

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 25, número 2, junio - diciembre 2024

- Editorial**
7 Agenda en medicina de familia
- Espacio del usuario**
9 Prevención en salud
- Originales**
12 Factores de riesgo y conductuales del cáncer y su relación con el peso corporal en estudiantes de medicina y enfermería y médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria
21 Revisión sistemática: utilidad del cribado de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria
- Repasando en AP**
33 Una lumbalgia poco común
39 Técnica ecográfica del aneurisma de aorta abdominal
43 Hablemos de pornografía en los adolescentes
- Artículo revisión**
52 Intervenciones psicológicas en atención primaria
- Artículo especial**
58 El lenguaje secreto de los olivos (y de la medicina de familia)
- Carta al director**
62 El papel de la atención primaria en la atención a la salud de las mujeres
- 65 **¿Cuál es su diagnóstico?**
Claudicación intermitente
- 67 **Publicaciones de Interés**
- 68 **Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
- 69 **Actividades Científicas**
- 71 **Comentarios a cuál es su diagnóstico**
Claudicación intermitente
- 73 **Conoce las respuestas correctas**
- 76 **Información para los autores y otros**



31^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22/24 MAYO
Hotel Barceló
Punta Umbría



Punta Umbría
HUELVA 2025

acm
andaluza de
congresos médicos

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



| congresosamfyc.com / info@congresosamfyc.com |

#SAMFyC2025

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia

Rocío Medero Canela

Vocal de Formación Continuada

Pedro Mesa Rodríguez

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

*Carmen María Escudero Sánchez
Pablo Prieto Díaz*

Vocal de Comunicación e Imagen

Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincial de Almería:

María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz:

José Joaquín Cordero de Oses

Vocal provincial de Córdoba:

Ana Fons Díaz

Vocal provincial de Granada:

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Huelva:

Eduardo Pérez Raquin

Vocal provincial de Jaén:

M^a de la Villa Juárez Jiménez

Vocal provincial de Málaga:

Rubén L. Vázquez Alarcón

Vocal provincial de Sevilla:

Mercedes Casado Martín

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4 bj D - 18001 - Granada (España)
Telf: 958 80 42 01 email:samfyc@samfyc.es
<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Disponible en formato digital en la web de SAMFyC (acceso libre):

<http://samfyc.es/revista/>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

EDITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Pilar Barroso García. Almería

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga

José M^a de la Higuera González. Sevilla

Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada

Juan Manuel García Torrecillas. Almería

José Antonio Jiménez Molina. Granada

Francisca Leiva Fernández. Málaga

José Gerardo López Castillo. Granada

Manuel Lubián López. Cádiz

Antonio Manteca González. Málaga

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

Hermínia M^a. Moreno Martos. Almería

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla

Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba

Miguel Ángel Prados Quel. Granada

J. Daniel Prados Torres. Málaga

Francisco Sánchez Legrán. Sevilla

Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga

Reyes Sanz Amores. Sevilla

Jesús Torío Durántez. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en ÍndICES CESIC

Incluida en el Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G - 18449413

Título clave: Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524 (hasta dic. 2023)

Depósito Legal: Gr-368-2000 (hasta dic. 2023)

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia.

Andalucía

C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España)

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría:

Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D - 18001 Granada (España)

Telf. + 34 958 80 42 01

Reservados todos los derechos.

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

Maqueta:

Sara Pérez Fajardo

Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital



sumario

- Editorial**
7 Agenda en medicina de familia
- Espacio del usuario**
9 Prevención en salud
- Originales**
12 Factores de riesgo y conductuales del cáncer y su relación con el peso corporal en estudiantes de medicina y enfermería y médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria
- Originales**
21 Revisión sistemática: utilidad del cribado de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria
- Repasando en AP**
33 Una lumbalgia poco común
- Repasando en AP**
39 Técnica ecográfica del aneurisma de aorta abdominal
- Repasando en AP**
43 Hablemos de pornografía en los adolescentes
- Artículo revisión**
52 Intervenciones psicológicas en atención primaria
- Artículo especial**
58 El lenguaje secreto de los olivos (y de la medicina de familia)
- Carta al director**
62 El papel de la atención primaria en la atención a la salud de las mujeres
- ¿Cuál es su diagnóstico?**
65 Claudicación intermitente
- Publicaciones de Interés**
67
- Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
68
- Actividades Científicas**
69
- Comentarios a cuál es su diagnóstico**
71 Claudicación intermitente
- Conoce las respuestas correctas**
73
- Información para los autores y otros**
76



contents

- Editorial**
7 Family Medicine Agenda
- The Consumer's Corner**
9 Health prevention
- Original Articles**
12 Reasons Risk and behavioural factors of cancer and their relationship with body weight in medical and nursing students and medical residents in family and community medicine.
21 Systematic review: utility of abdominal aortic aneurysm screening using ultrasound in primary care
- Reviewing in primary care**
33 A rare low back pain
39 Ultrasound technique of abdominal aortic aneurysm
43 Let's talk about pornography in teenagers
- Review Article**
52 Psychological interventions in primary care
- Special Article**
58 The Secret Language of Olive Trees (and Family Medicine)
- Letters to the Editor**
62 The role of primary care in women's health care
- Which is your diagnosis?**
65 Intermittent claudication
- Publications of interest**
67
- Knowledge pills @pontealdiaAP**
68
- Scientific Activities**
69
- Comments on Which is your diagnosis**
71 Intermittent claudication
- Know the correct answer**
73
- Information for authors and others**
76

Agenda en Medicina de Familia

Family Medicine Agenda

Moreno Corredor A

Médico de Familia. GdT SAMFyC Seniors

Med fam Andal.2024;2: 7-8

La agenda diaria del Médico de Familia siempre ha sido, por razones obvias, una cuestión primordial plagada de tensiones. La última (o debo de decir penúltima) ha sido la referencia a ella que le ha dedicado el Presidente de la Junta de Andalucía, el Sr. Juan Manuel Moreno, calificando de error de planificación la limitación a 35 pacientes al día. Esto ha motivado una acertada y contundente respuesta por parte de nuestra Sociedad Científica.

Cuando las cuestiones o temas están enredados puede ser clarificador hacer un ejercicio de reflexión que intente mostrar la esencia. Con la debida distancia y respeto, este tipo de actitud imita cuando los investigadores estudiaban la complejidad neuronal o genética haciéndola en el embrión de pollo o en la mosca del vinagre, para retrotraerse a esquemas más básicos que ayudasen a comprender la complejidad del sistema.

Veamos, en primer lugar existe una confusión de origen, y es considerar la agenda de consulta a demanda, como “LA AGENDA”, este error y desconocimiento de nuestros gestores y políticos (intencionada o no) les lleva, entre otras cosas, a considerar que la actividad de nuestra especialidad es similar a la agenda de Medicina General de los extintos ambulatorios, pero con más tiempo y con más pacientes, por lo que puede

uno concluir que no han pasado la primera transición, es decir, asimilan la situación actual a las instituciones abiertas del afortunadamente extinto INP (Instituto Nacional de Previsión) y su heredero INSALUD, instituciones preconstitucionales y pre reforma sanitaria, que expresadas en imágenes pudieran constituir auténticas distopías de asistencia sanitaria para bastantes médicos jóvenes y no tan jóvenes.

En segundo lugar, quiero hacer un sencillo (que no simple) ejercicio de memoria.

Con la Reforma Sanitaria de la APS las funciones y actividades de la Medicina de Familia, crecen en complejidad y la organización de la AGENDA propuesta permitiría su desarrollo. Se componía de consulta a la demanda, consulta programada (crónicos, pacientes complejos, ...) programas/procesos (atención a la mujer, ...), cirugía menor, posteriormente retinografías, ecografía ..., atención domiciliaria, docencia, formación, organización interna ... Aunque conocido, ha ido cayendo en el olvido en determinados sectores, o lo puede ser peor, se desconoce.

Este recordatorio me sirve para exponer que, sin el desarrollo de esta AGENDA, la Medicina de Familia no responde a sus cometidos, y si lo ha venido haciendo fue y es por la profesionalidad de multitud de médicos de familia, como bien queda expresado

en el comunicado de la SAMFyC (1).

Las declaraciones referidas ahondan en la difícil paradoja que nos encontramos, se nos demanda dar una respuesta a cuestiones que el bloqueo del sistema sanitario genera que no están en nuestra mano. Para responder a nuestro cometido carecemos, cuando menos, de nuestra principal herramienta: tiempo y organización eficaz, cuando no de recursos humanos. Detrás de las declaraciones crece la sombra de la amenaza, “más madera” como diría Groucho Marx, en forma de más pacientes y menos tiempo.

Cuando se nos hurta de nuestra primordial herramienta es como si el digestólogo no dispusiera de endoscopio y tuviese que diagnosticar a base de tránsitos esofagogastroduodenales, o al oftalmólogo se le sustrajera la lámpara de hendidura y además le pidieran resultados. Mientras nuestros políticos y autoridades sanitarias no entiendan esto, mal iremos.

En tercer y último lugar, señalar y recordar a nuestros responsables que más demanda y menos tiempo provoca una dolosa cascada, generando mayor grado de incertidumbre (al ya habitual), mayor petición de pruebas, más derivaciones, mayor consumo de fármacos, desmotivación profesional y en

general una asistencia sanitaria que camina hacia la senda del agujero negro de la baja calidad y, sobre todo, hacia el impacto negativo sobre la salud de los ciudadanos, contribuyendo a perpetuar un potenciado circuito pernicioso.

Nuestra neurona del embrión de pollo y el cariotipo de la mosca del vinagre, consiste en conocer y retomar nuestras funciones y estructuras básicas que conforman el fundamento de la Medicina Familiar. Poner esto en evidencia, entendiéndolo y compartiéndolo, nos será de utilidad para adaptarlo a los cambios y complejidad presente, y futuros, sin perder su esencia. Los problemas complejos no tienen soluciones fáciles.

La senda de la mejora está esbozada en esta editorial, cualquier otra vía es ineficiente y frustrante, y constituye el eje de nuestra disposición para compartir soluciones con las autoridades sanitarias.

(1) SAMFyC. Sobre las nuevas medidas de gestión de la demora en Atención Primaria por parte de la Consejería de Salud y Consumo. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2024/12/Comunicado-por-la-medida-de-gestion-demora-AP.pdf>

Prevención en salud

Health prevention

Ranea Díaz S

Secretaria General de FACUA Málaga y miembro de la Junta Directiva de FACUA Andalucía

Med fam Andal.2024;2: 9-11

El proceso de envejecimiento que está sufriendo la población española es una realidad inapelable, producto del incremento de la esperanza de vida al nacer, que permite un aumento del número de personas que alcanzan edades avanzadas.

Puesto lo anterior en relación con el descenso en la tasa de natalidad, donde España es el país con una de las tasas más bajas del mundo con un manifiesto descenso de nacimientos, el resultado es el indicado envejecimiento poblacional.

Acudiendo a los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística que se corresponden al año 2023, la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene un índice de envejecimiento de 116,87 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, lo que supone un incremento de 35,86 puntos en 20 años, por cuanto el índice correspondiente a 2003 fue 80,01.

Esta mayor senectud de la población tiene un gran impacto sobre la sanidad. Las personas de avanzada edad tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades o accidentes que desembocan en situaciones de incapacidad y dependencia, toda vez que se incrementan las enfermedades crónicas en este grupo poblacional.

Simultáneamente, hay estudios que concluyen que existe una subida de diagnóstico de enfermedades tumorales en menores de 50 años en los registros de los últimos 30 años.

Este doble reto para el sistema público de salud debe abordarse desde políticas eficaces de prevención.

La medicina preventiva puede llegar a evitar la enfermedad o mejorar el pronóstico con su detección temprana, lo que tiene una incidencia directa en el ahorro de recursos del servicio sanitario.

Igualmente, la ejecución de programas preventivos de salud efectivos desde el sistema público es una herramienta básica para contribuir a la igualdad social. Proporcionar los medios necesarios para que de forma universal la población pueda acceder a planes de prevención en salud reduciría las diferencias de esperanza de vida media en los grupos de población según su renta.

Para acometer políticas válidas de prevención es importante conocer la prevalencia de enfermedades en la población y las principales causas de fallecimiento.

En este sentido, el Servicio Andaluz de Salud publica datos de prevalencia de enferme-

dades crónicas y pirámide de edades de las personas atendidas. Asimismo, el Instituto de Estadística y Cartografía de la Junta de Andalucía publica el número de fallecimientos producidos en la comunidad trimestralmente, catalogándolo por sus causas.

Acudiendo a los últimos datos publicados correspondientes al primer trimestre de 2024, el mayor número de fallecimientos se deben a enfermedades del sistema circulatorio, seguido por las enfermedades tumorales. Sin embargo, en las personas de 15 a 64 años pasan a ser la principal causa de muerte.

Conociendo esta realidad social, nos cuestionamos si el Servicio Andaluz de Salud está desarrollando programas de prevención realmente útiles desde el punto de vista de los resultados en salud que se puedan obtener como de su extensión a la totalidad de la población objetivo.

En la página web del SAS (1), en el apartado de medicina preventiva, se indica la existencia de los siguientes programas:

- Detección precoz del cáncer de mama.
- Programa de cribado de cáncer colorrectal.
- Programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero.

Los referidos programas preventivos se centran en las enfermedades tumorales con mayor prevalencia. Existen pruebas diagnósticas poco invasivas cuyo resultado negativo permite descartar la presencia de enfermedad, y su detección en estadios iniciales, cuando no presentan sintomatología.

Según la descripción del programa la realización de pruebas diagnósticas va dirigida a la totalidad de la población diana marcada por tramos de edad.

Para la realización de este artículo se han

tratado de localizar publicados los datos de seguimiento de estos programas de prevención. Por ejemplo, número de personas contactadas para su realización, asistencia a la realización de las pruebas, personas que sin haber sido previamente contactadas han solicitado su incorporación a estos programas, número de personas totales que se han realizado la pruebas, frecuencia de repetición de las mismas. Pero no se ha podido encontrar dicha información.

La utilidad de estos programas radica en su efectiva implantación, esto es, en que lleguen a la población diana, se consiga su adhesión a la realización de estas pruebas diagnósticas y la repetición con la cadencia establecida. Lo contrario desprovee del valor preventivo que tienen asignados estos programas.

Como decíamos más arriba, las principales causas de fallecimiento son las enfermedades cardiovasculares y tumorales. Existen evidencias científicas sobre la incidencia que los hábitos de vida tienen sobre dichas dolencias, es sabido que la falta de ejercicio físico, la mala alimentación y la obesidad son factores de riesgo en las referidas enfermedades. ¿Existen verdaderos planes de prevención para la implantación de hábitos de vida saludables?

No podemos considerar que la existencia en centros sanitarios de cartelería y folletos con información en este sentido sean eficaces medidas de prevención en salud para la conseguir la incorporación de hábitos de vida saludables.

Sin duda, la mejora en los hábitos de vida es una tarea transversal que no puede circunscribirse en exclusiva al ámbito sanitario y afecta a diversas áreas de gobierno, como educación, agricultura, comercio, transportes, de las diferentes administraciones territoriales (autonómica y local).

En conclusión, consideramos que los beneficios sociales y económicos que reporta la medicina preventiva merecen un mayor esfuerzo para una adecuada planificación y efectiva ejecución. Resulta imprescindible un exhaustivo seguimiento y evaluación de resultados, con la debida transparencia que permita el libre acceso a los mismos, y se articulen mecanismos de participación social a través de asociaciones de consumidores y usuarios y de pacientes.

En conclusión, consideramos que los beneficios sociales y económicos que reporta la medicina preventiva merecen un mayor esfuerzo para una adecuada planificación y

efectiva ejecución. Resulta imprescindible un exhaustivo seguimiento y evaluación de resultados, con la debida transparencia que permita el libre acceso a los mismos, y se articulen mecanismos de participación social a través de asociaciones de consumidores y usuarios y de pacientes.

(1) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Programas de prevención. Acceso: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/programas-de-prevencion>

Factores de riesgo y conductuales del cáncer y su relación con el peso corporal en estudiantes de Medicina y Enfermería y médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

Risk and behavioral factors of cancer and their relationship with body weight in Medicine and Nursing students and internal physicians residents of Family and Community Medicine

Baena Morales B¹, Pérula de Torres LA², Puértolas Pau I³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara.

Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba. España

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Redes de Investigación Cooperativa Orientadas al Resultado en Salud (RICORS), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España. Grupo de Evaluación y mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aeropuerto.

Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba. España

Recibido el 04-09-2024; aceptado para publicación el 27-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 12-20

Correspondencia: Irish Puértolas Pau, mail: irispuertolas@gmail.com

Título: factores de riesgo y conductuales del cáncer y su relación con el peso corporal en estudiantes de Medicina y Enfermería y médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivo: determinar si la implementación de estilos de vida relacionados con el cáncer, los factores socio-demográficos y académicos, se asocian con el peso corporal en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y estudiantes de Medicina y Enfermería.

Diseño: observacional, descriptivo, y multicéntrico.

Emplazamiento: unidades docentes de MFyC de Ceuta y Córdoba y Universidades de Córdoba y Francisco de Vitoria (Madrid).

Población y muestra: médicos internos residentes de MFyC y estudiantes de medicina y de enfermería.

Intervenciones: se pasó un cuestionario autoadministrado, siendo las variables estudiadas: a) Sociodemográficas y académicas: edad y sexo, centro y tipo de formación y perfil académico; b) Conductas y estilos de vida: frecuencia de actividad física, frecuencia de consumo de frutas y verduras, de carnes rojas y consumo de alcohol y de tabaco. Preguntó sobre el peso y la talla y se calculó el Índice de masa corporal.

Resultados: participaron un total de 740 sujetos, el 74,1% eran mujeres. La edad media fue de 22,10 años (DT 4,53; límites: 18-52 años; IC del 95%:21,7-22,3). El 10,5% (IC 95%: 8,2-12,7) tenía sobrepeso, y el 1,6% (IC 95% 0,7-2,5) presentaba obesidad. El 34,2% (IC 95%: 30,8-37,6) practicaba ejercicio físico de 2-3 veces por semana. No hubo asociación significativa entre el IMC y la frecuencia de realización de ejercicio físico ($p=0,313$), frecuencia de ingesta de frutas, verduras u hortalizas y carne roja. ($p=0,104$; $p=0,681$; $p=0,169$; respectivamente). Sin embargo, se obtuvo relación significativa entre la edad (OR=2,20; IC 95%:1,46-3,32; $p<0,001$), el sexo (OR= 2,05; IC 95%:1,13- 3,70; $p=0,017$), y el tipo de formación (OR=2,20; IC 95%:1,46-3,32; $p<0,001$) y el sufrir sobrepeso/obesidad.

Conclusión: los estilos de vida relacionados con el cáncer no se hallan asociados al peso de los adultos jóvenes estudiantes de grado y postgrado. Los sujetos de mayor edad y las mujeres tienen más probabilidades de padecer sobrepeso/obesidad. Los que tienen un mayor nivel académico, presentan con más frecuencia sobrepeso/obesidad.

Palabras clave: prevención del cáncer, atención primaria, profesionales sanitarios, estudiantes universitarios, obesidad.

SUMMARY

Title: Risk and behavioural factors of cancer and their relationship with body weight in medical and nursing students and medical residents in family and community medicine.

Objective: to determine whether the implementation of cancer-related lifestyles, sociodemographic and academic factors are associated with body weight in family and community medicine (FCM) residents and medical and nursing students.

Design: observational, descriptive, and multicentre.

Location: FCM teaching units in Ceuta and Córdoba and the Universities of Córdoba and Francisco de Vitoria (Madrid).

Population and sample: FCM resident physicians and medical and nursing students.

Interventions: a self-administered questionnaire was administered, with the variables studied being: a) Sociodemographic and academic: age and sex, centre and type of training and academic profile; b) Behaviours and lifestyles: frequency of physical activity, frequency of consumption of fruit and vegetables, red meat, alcohol and tobacco. Weight and height were asked and the body mass index was calculated.

Results: A total of 740 subjects participated, 74.1% were women. The mean age was 22.10 years (SD 4.53; range: 18-52 years; 95% CI: 21.7-22.3). 10.5% (95% CI: 8.2-12.7) were overweight, and 1.6% (95% CI: 0.7-2.5) were obese. 34.2% (95% CI: 30.8-37.6) exercised 2-3 times a week. There was no significant association between BMI and frequency of physical exercise ($p=0.313$), frequency of fruit, vegetables and red meat intake ($p=0.104$; $p=0.681$; $p=0.169$; respectively). However, a significant relationship was found between age (OR=2.20; 95% CI:1.46-3.32; $p<0.001$), sex (OR= 2.05; 95% CI:1.13- 3.70; $p=0.017$), and type of education (OR=2.20; 95% CI:1.46-3.32; $p<0.001$) and being overweight/obese. **Conclusions:** The family doctor's ability to resolve demands raised by telephone is high, and is related to the presence of chronic illness and prior knowledge between patient and doctor. A longer duration favors the telephone consultation being finalist.

Conclusion: lifestyles related to cancer are not associated with the weight of young adult undergraduate and graduate students. Older subjects and women are more likely to be overweight/obese. Those with a higher educational level are more likely to be overweight/obese.

Key words: cancer prevention, primary care, health professionals, university students, obesity.

Introducción

El cáncer es la principal causa de defunción a nivel mundial, atribuyéndose a esta patología en 2020 alrededor de 10 millones de muertes según la OMS (1). La prevalencia ha aumentado debido a los cambios en los estilos de vida y al envejecimiento de la población. Estimándose que un tercio de las muertes por cáncer, se deben a factores externos y modificables como la falta de ejercicio físico, el consumo reducido de frutas y verduras y la obesidad, entre otros (2,3). Las tendencias en continuo aumento, de las neoplasias malignas relacionadas con la obesidad, hacen de este espectro de enfermedades una prioridad de salud pública.

El asesoramiento sobre cambios en los es-

tilos de vida, en relación a las recomendaciones disponibles para los profesionales de salud, puede ayudar de forma directa a promover hábitos más saludables e indirectamente prevenir enfermedades secundarias como el cáncer. Por tanto, enfermeros y médicos tienen un papel clave estableciendo los objetivos de pérdida de peso, prestando motivación y apoyo y llevando a cabo programas de pérdida de peso (4).

En consecuencia, tanto los profesionales en AP como los futuros profesionales en salud deben entender los distintos factores de predisposición a la obesidad, para ayudar en el cambio a los pacientes, contribuyendo con ello también a una disminución de las enfermedades secundarias derivadas de malos hábitos, concretamente el cáncer.

A la luz de la literatura disponible, es necesario investigar si la práctica por parte de los futuros profesionales en salud y residentes de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de estilos de vida saludables, recogidos en distintos planes de acción, guarda relación con el peso corporal de los mismos.

Sujetos y métodos

Se planteó un estudio observacional, descriptivo y multicéntrico. La población estudio estaba constituida por médicos internos residentes de MFyC con sede en las Unidades Docentes de Córdoba y Ceuta, por estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba (UCO) y por estudiantes de la Universidad Francisco de Victoria en Madrid (UFVM). Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que no dieran su consentimiento para participar en el estudio.

Se calculó un tamaño de muestra mínimo a reclutar de 377 sujetos, estimando que el 50% de los participantes habría practicado las recomendaciones contempladas en el Código Europeo contra el Cáncer (CECC) (5) y asumiendo un error alfa de 5% y un nivel de precisión estadística del 5%. La muestra fue reclutada por dos vías:

- Mediante correo electrónico a los residentes de MFyC de las Unidades Docentes de Córdoba y de Ceuta, donde cada residente recibió un mensaje explicando el propósito de la investigación, se les solicitó su consentimiento informado para participar y por último se les pidió que complementaran el cuestionario a través de Google Forms (Google drive).
- Entregando personalmente el cuestionario a los alumnos de las Facultades de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba y la Facultad de Medicina Francisco de Victoria, para que lo completaran antes de empezar una de sus cla-

ses impartidas por docentes vinculados a algunas de estas universidades.

Las conductas y los estilos de vida relacionados con el cáncer fueron evaluados a partir de un cuestionario en el que se contemplaban los hábitos de salud incluidos en el CECC. Dicha encuesta fue elaborada por profesionales de MFyC de la Unidad Docente de Córdoba en colaboración con miembros del grupo de Evaluación y Educación para la salud del Grupo de la Sociedad Española de Familia y Medicina Comunitaria (semFYC) dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (6), siendo sometido a un proceso de validación lógica-aparente y de contenido, para ser autocumplimentado de manera anónima.

Las variables medidas fueron:

- a. Sociodemográficas y académicas: edad y sexo, centro y tipo de formación y perfil académico.
- b. Conductas y estilos de vida: consumo de alcohol, consumo de tabaco, frecuencia de actividad física, peso, frecuencia de consumo de frutas y verduras, de carnes rojas, siendo estas variables categorizadas como: no suelo realizar actividad/consumo o sólo de vez en cuando; consumo/ingesta de dos a tres veces en semana; consumo/ingesta recurrente, entendiéndose como casi a diario.
- c. El peso se ha clasificado en base al Índice de Masa Corporal (IMC), el cual permite clasificar el estado ponderal de la persona en normopeso (18,5-24,9), sobrepeso (25,0-29,9) y obesidad (> 30) y se calcula a partir de la fórmula: peso (kg)/talla (m²) (7).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Se calcularon las medidas de tendencia central (media), de dispersión (desviación típica -DT-) y de po-

sición (límites de la distribución) para las variables cuantitativas, y las frecuencias absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas. Además, se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para las principales variables. También se procedió a realizar un análisis bivariante, mediante las pruebas de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney, para comprobar la relación entre las variables sociodemográficas y académicas de los participantes en el estudio, el establecimiento de los hábitos relacionados con la salud y las conductas preventivas del cáncer, y la acogida de estos hábitos por parte de los encuestados, empleando contrastes bilaterales para un valor de $p < 0,005$. Por último, se efectuó un análisis de regresión logística binaria para comprobar la relación entre variables independientes sociodemográficas y académicas y los hábitos de salud en relación con el peso (variable dependiente), para lo que se dicotomizó el IMC (IMC > 25, sobrepeso u obesidad vs. IMC < 25 normopeso). Para comprobar la bondad de ajuste del modelo multivariante se usó el test de Hosmer-Lemeshow.

El proyecto fue aprobado por la dirección del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir y por el Comité de ética e investigación clínica del hospital Reina Sofía, de Córdoba.

Resultados

Un total de 740 personas participaron en este estudio, de las cuales el 74,1% eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 22,10 años (DT= 4,53; límites: 18 a 52 años; IC del 95%: 21,7-22,3).

Del total de los participantes encuestados, el 46,1% (IC 95%: 42,5-49,7) eran estudiantes de enfermería, el 41,9% (IC 95%: 38,3-45,3) eran estudiantes de medicina y el 12,0% (IC 95%: 9,7-14,4) eran residentes de MFyC. Encontrándose estudiando en ese momento en la Facultad de Medicina y Enfermería de

la UCO el 78,1% (IC 95%: 75,2-81,0), en la Facultad de Medicina de la UFVM el 9,5% (IC 95%: 7,4-11,6) y formándose como residentes en MFyC, el 10,8% (IC 95%: 8,5-13,0) en la unidad docente de Córdoba y el 1,6% (IC 95%: 0,7-2,5) en la unidad docente de Ceuta. Al considerar el perfil académico del total de encuestados el 87,6% (IC 95%: 85,2-89,9) estaban cursando estudios de grado y el 12,4% (IC 95%: 10-14,7) eran especialistas internos en formación.

En relación con los estilos de vida relacionados con la salud de los encuestados, el 12,2% (IC 95%: 9,8-14,5) eran fumadores. El 34,2% (IC 95%: 30,8-37,6) practicaba ejercicio físico de 2-3 veces por semana. Con respecto a la dieta, el 54,2% (IC 95%: 50,6-57,8) y el 59,3% (IC 95%: 55,7-62,8) de la población encuestada afirmaba consumir regularmente verduras e ingerir frutas respectivamente, el 23,9% (IC 95%: 20,8-26,9) consumía carne roja todos los días o casi todos los días y el 77,3% (IC 95%: 74,2-80,3) consumía esporádicamente alcohol. En base al peso, el 10,5% (IC 95%: 8,2-12,8) de los participantes tenía sobrepeso, y el 1,6% (IC 95%: 0,4-2,1) tenían obesidad.

Respecto a si la implementación de determinados estilos de vida de los residentes de MFyC y de los estudiantes de enfermería y medicina influyen en el peso, no se ha encontrado asociación significativa en lo que respecta al peso de los encuestados en función de la frecuencia de práctica de actividad física ($p=0,313$), ni tampoco en la ingesta de verduras, hortalizas o fruta, y carne roja en la dieta ($p=0,104$; $p=0,681$; $p=0,169$, respectivamente) (tabla 1).

La tabla 2 muestra la relación entre los hábitos de salud con el peso, habiéndose encontrado una asociación significativa entre el normopeso y el consumo de alcohol esporádico (OR: 0,56; $p=0,03$; mayor normopeso en aquellos individuos con consumo sobre-

cohol esporádico). En la *tabla 3* se muestran los resultados del análisis de regresión logística de los factores sociodemográficos y académicos de los encuestados, en función del peso, encontrándose relación significativa entre el peso y la edad, con mayor

sobrepeso/obesidad en aquellos individuos con 21 o más años (OR:2,20; IC 95%:1,46-3,32; p≤0,001); el sexo, con mayor sobrepeso/obesidad en mujeres (OR: 2,05; IC 95%:1,13-3,70; p=0,017); y el lugar de formación, con mayor probabilidad de padecer

Tabla 1. Relación de los estilos de vida de los residentes de Medicina de familia y estudiantes de Medicina y enfermería, en función del peso

		Peso		TOTAL
		Normopeso	Sobrepeso /obesidad	
Actividad física	No suelo realizar ningún tipo de actividad física/ Solo de vez en cuando	48,6%	56,7%	49,6%
	De 2 a 3 veces a la semana	34,6%	31,1%	34,2%
	Regularmente	16,8%	12,2%	16,2%
Consumo de verduras u hortalizas	No suelo ingerir esos alimentos / Solo de vez en cuando	12,3%	5,6%	11,5%
	De 2 a 3 veces por semana	33,4%	41,1%	34,3%
	Regularmente	54,3%	53,3%	54,2%
Consumo de frutas	No suelo ingerir esos alimentos / Solo de vez en cuando	19,4%	15,6%	18,9%
	De 2 a 3 veces por semana	21,7%	4,4%	21,8%
	Regularmente	58,9%	62,2%	59,3%
Consumo de carne roja	No suelo ingerir esos alimentos / Solo de vez en cuando	18,3%	26,7%	19,3%
	De 2 a 3 veces a la semana	57,5%	51,1%	56,8%
	Regularmente	24,2%	22,2%	23,9%

Tabla 2. Relación entre los hábitos de salud en relación con el peso de los residentes de Medicina familiar y estudiantes de Enfermería y Medicina

Variables independientes				B	P	OR	IC 95% de la OR
Actividad física	Regularmente	vs	No suelo realizar actividad física / sólo de vez en cuando	0,098	0,89	1,84	0,61-3,83
			De dos a tres veces en semana	0,342	0,38	1,40	0,65-2,04
Consumo verduras y hortalizas	Regularmente	vs	No suelo ingerir esos alimentos/ sólo de vez en cuando	-0,628	0,22	0,53	0,19-1,47
			De dos a tres veces en semana	0,261	0,28	1,29	0,80-2,09
Consumo frutas	Regularmente	vs	No suelo ingerir esos alimentos/ sólo de vez en cuando	-0,234	0,49	0,79	0,40-1,55
			De dos a tres veces en semana	-0,046	0,87	0,95	0,54-1,68
Consumo carne roja	Regularmente	vs	No suelo ingerir esos alimentos/ sólo de vez en cuando	0,457	0,17	1,58	0,82-3,03
			De dos a tres veces en semana	-0,075	0,79	0,92	0,52-1,63
Consumo alcohol	No bebo	vs	Bebo esporádicamente	-0,567	0,03	0,56	0,33-0,96
			Bebo ≥ 3 consumiciones al día	23,397	1,00	1,45	0,65-2,23
			Bebo 1 ó 2 consumiciones al día	-0,232	0,73	0,79	0,21-2,98
Hábito tabáquico	Fumo	vs	He sido fumador	0,191	0,71	1,21	0,43-3,39
			No fumo	-0,255	0,46	0,77	0,39-1,53

Test de Hosmer-Lemeshow: 3,435; p= 0.805

OR: Odds Ratio; IC 95%: intervalo de confianza para el 95%. p=1

Tabla 3. Relación entre variables sociodemográficas y académicas en relación con el peso de los residentes de Medicina familiar y estudiantes de Enfermería y Medicina

Variables independientes				B	P	OR	IC 95% de la OR
Lugar	Unidad docente	vs	Facultad universitaria	0,792	<0,001	2,20	1,46-3,32
Sexo	Mujer	vs	Hombre	0,720	0,017	2,05	1,13-3,70
Edad	≥21 años	vs	≤20 años	0,792	0,99	1,58	0,84- 2,85
Perfil académico	Residente	vs	Estudiante de enfermería	-19,020	0,99	1,98	0,95-2,94
			Estudiante de medicina	-19,681			

Test de Hosmer-Lemeshow: 4,245; p= 0.817
OR: Odds Ratio; IC 95%: intervalo de confianza para el 95%. p=1

peso/obesidad en aquellos sujetos adscritos a las Unidades Docentes de MFyC (OR: 2,20; IC 95%: 1,46-3,32; $p \leq 0,001$).

Discusión

Es bien sabido a nivel mundial que la obesidad se está dando y se está convirtiendo en un problema de salud pública en la población general, al ser considerada hoy en día una epidemia global, habiéndose triplicado su incidencia desde 1975 y teniendo en cuenta que se asocia con el 30-50% de los cánceres diagnosticados en la actualidad. A pesar de que distintos trabajos de investigación proponen varios factores predisponentes, biomarcadores y mecanismos de prevención, es necesario ahondar aún más sobre esta patología (8).

Tomando en consideración que el conocimiento de los estilos de vida relacionados con la salud de los residentes y estudiantes de Medicina y Enfermería es importante, no sólo por los efectos sobre su propia salud, sino por cómo pueden impactar en los hábitos de la población, sirviendo de apoyo para tal afirmación, de los estudios publicados por Pérula et al. 2020 (9) y Oberg EB et al. 2020 (10). Hemos estimado preciso determinar en el presente estudio, si la implementación de estilos de vida relacionados con el cáncer como son el consumo de verduras, frutas, carnes rojas, alcohol y tabaco y la práctica de actividad

física, así como factores sociodemográficos y académicos, se asocian con el peso corporal del citado colectivo de profesionales.

Se ofreció participar en el estudio a 740 pacientes. La muestra seleccionada contempló una proporción de estudiantes graduados similar a la mencionada por el Ministerio de Educación y Formación Profesional del Gobierno de España (11). En cuanto a los estilos de vida, el 12,2% eran fumadores, el 34,2% practicaba ejercicio físico de 2-3 veces por semana o todos los días. Con respecto a la dieta, más de la mitad de los sujetos afirma consumir regularmente verduras e ingerir frutas respectivamente, aproximadamente una cuarta parte consumía carne roja todos los días o casi todos los días. Estos datos se encuentran en consonancia con los publicados por la Encuesta Nacional de Salud de España en 2017 (ENSE) (12).

A pesar de que han sido numerosos los trabajos que han señalado que el consumo de alimentos hipercalóricos, grasa y alcohol están correlacionados con la presencia de obesidad (13,14), en nuestro estudio sólo hemos encontrado asociación con el consumo de alcohol; ni la actividad física ni la dieta parecen relacionarse con el peso de los participantes del estudio. Esto, nos lleva a reafirmar la conclusión a la que llegó Emery et al. en 2015 (15), de que los factores desencadenantes y predisponente de obesidad

están modificándose paralelamente al incremento del estrés laboral y un entorno doméstico poco saludable.

Distintos estudios (16–18) mencionan otros muchos factores predisponentes además de los arriba expuestos, que varían dependiendo de la geografía, las condiciones sociales, los factores políticos y económicos, siendo los más comunes los sociodemográficos y educativos. En el estudio actual, al igual que en distintas publicaciones (13,17), hemos hallado una asociación entre el sexo y el sobrepeso u obesidad, siendo más prevalente esta condición en las mujeres. También se ha encontrado asociación con la edad, imperando el sobrepeso u obesidad entre la población de mayor edad.

En relación con las condiciones sociales y económicas, el estudio pone de manifiesto que los factores académicos guardan relación con la prevalencia de obesidad, tanto el perfil académico (estudiante o residente), el nivel formativo (grado o postgrado). Pertinente a lo económico un estudio realizado en Francia (16), evidencia que tener un ingreso económico superior, una clase ocupacional más alta y un nivel educativo más elevado reducen la incidencia de obesidad. Esto refuerza más aún la idea de que, para prevenir la obesidad es necesario una mejora en la educación nutricional, tanto de la población general como de los futuros profesionales de la salud.

A pesar de que la difusión de la educación sanitaria y el desarrollo de normas en materia de consumo van teniendo progresivamente un mayor impacto, hay un gran desconocimiento en aspectos relevantes relacionados con la nutrición tanto por los estudiantes universitarios de medicina como los profesionales de la AP, lo que ha llevado a que ambos colectivos manifiesten la necesidad de que en las Facultades de Medicina se potencien y mejoren la enseñanza y formación en esta

materia. Siendo esta una de las fundamentaciones por las que en el presente estudio hemos querido analizar cómo son los hábitos de vida en los estudiantes y residentes.

Las recomendaciones del CECC deberían aplicarse en la educación sanitaria en toda Europa. Un reciente estudio europeo (19) sobre el conocimiento del CECC mostró que solamente el 21% de los polacos había oído hablar del mismo. Tratándose de la mayor proporción de conocedores entre todos los países encuestados, lo que parece sugerir que existen grandes lagunas en los conocimientos sobre el cáncer.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar en primer lugar, que los resultados pueden estar sujetos a un sesgo de voluntariado o de selección, ya que los individuos más interesados en la prevención del cáncer eran probablemente los más propensos a participar en el estudio. Por lo tanto, la verdadera prevalencia de los hábitos saludables recomendados por el CECC entre nuestros participantes podría haberse sobreestimado. En segundo lugar, hemos utilizado como base de este estudio al realizar el cuestionario las recomendaciones incluidas en la tercera edición y no en la cuarta del CECC (5), incorporándose en esta última nuevas recomendaciones, entre ellas la promoción de la lactancia materna, la limitación de la terapia sustitutiva hormonal, la promoción de la vacunación contra la hepatitis B en los recién nacidos y la vacunación contra el virus del papiloma humano entre los adolescentes jóvenes de ambos sexos. Sería interesante realizar un estudio similar que incorpore estas actualizaciones para evaluar la aplicación de las mismas entre los estudiantes de grado y postgrado, así como en los propios profesionales sanitarios.

En tercer y último lugar, en relación con la metodología del estudio, se seleccionaron sólo algunos cursos de medicina o enfer-

mería de la Universidad de Córdoba y de la Universidad Francisco de Vitoria para participar en este estudio. Esto se hizo por cuestiones operativas, pues los investigadores impartían clase a dichos cursos.

En conclusión, a pesar de que la falta de actividad física y una dieta deficiente en frutas y verduras, y rica en carne roja han sido identificados en la literatura como factores predisponentes de obesidad, en nuestro estudio no se ha podido determinar que estos factores influyan en el peso. Aunque sí hemos encontrado que los factores sociodemográficos como la edad y el sexo, así como el perfil académico se asocia con el peso, y dado que las consecuencias de la obesidad son enormes e interrelacionadas, resultaría necesario la creación, por parte de las instituciones responsables, de más planes formativos y programas de salud que fomenten y promuevan la prevención de la obesidad incidiendo en sus principales factores de riesgo, y por ende, de las enfermedades que favorecen su génesis a consecuencia de ésta, como es el cáncer.

Conflicto de interés:

Los autores declaran la inexistencia de conflictos de interés.

Agradecimientos:

Los autores quieren mostrar su agradecimiento a todos los que han participado en el proyecto de investigación del que se deriva este artículo (Grupos colaborativos de los estudios CECC-AP y CECC-PRO), así como a los miembros del grupo de evaluación y mejora del PAPPs (semFYC), y de su organismo de coordinación, por apoyar y avalar este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.

2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: World Health Organization [Internet]. 2020. World Health Organization. Global Health Observatory. Available from: <https://www.who.int/data/gho>
3. New Global Cancer Data: GLOBOCAN [Internet]. 2020. Available from: <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2020>
4. J. Oficial de la Comunidad Europea. Plan de acción Europa contra el cáncer. Comisión de la Comunidad Europea. 1987; Comunidad (87/c50/01):1–58.
5. Gobierno de España. Código Europeo contra el Cáncer. 2021. Ministerio de Sanidad. Available in: <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas21/CodigoEuropeoCancer.htm>
6. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 2024 Nov;56:103128.
7. Sociedad Española de Obesidad (SEEDO). Índice de Masa Corporal. 2024.
8. Al-Raddadi R, Bahijri SM, Jambi HA, Ferns G, Tuomilehto J. The prevalence of obesity and overweight, associated demographic and lifestyle factors, and health status in the adult population of Jeddah, Saudi Arabia. Ther Adv Chronic Dis [Internet]. 2019 Jan 30;10:204062231987899. Available in: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2040622319878997>
9. Pérula de Torres LA, Romero Rodríguez E, Moscoso Cuevas JI, Jiménez García C. Degree of knowledge of the European Code against Cancer among university students, residents and health professionals of primary care. Aten Primaria [Internet]. 2020;52(4):287–9. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.010>
10. Oberg EB FE. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. J R Coll Physicians Edinb. (39):290–1.
11. Ministerio de Educación y formación profesional. Panorama de la Educación. Indicadores de la OCDE 2021. Secretaría General. Madrid; 2021. 12–13 p.
12. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2017 [Cited 2021 May 20]. Encuesta Nacional de Salud en España. Available in from; <https://>

- [www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/escuestaNacional/encuesta 2017.htm](http://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/escuestaNacional/encuesta%202017.htm)
13. Endalifer ML, Diress G. Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review. *J Obes* [Internet]. 2020;2020:6134362. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32566274>
 14. Ganle JK, Boakye PP, Baatiema L. Childhood obesity in urban Ghana: evidence from a cross-sectional survey of in-school children aged 5–16 years. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1):1561. Available in: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7898-3>
 15. Emery CF, Olson KL, Lee VS, Habash DL, Nasar JL, Bodine A. Home environment and psychosocial predictors of obesity status among community-residing men and women. *Int J Obes* [Internet]. 2015;39(9):1401–7. Available in: <https://www.nature.com/articles/ijo201570>
 16. Auguste A, Dugas J, Menvielle G, Barul C, Richard JB, Luce D. Social distribution of tobacco smoking, alcohol drinking and obesity in the French West Indies. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1):1424. Available in: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7802-1>
 17. Adom T, Kengne AP, De Villiers A, Puoane T. Prevalence of overweight and obesity among African primary school learners: a systematic review and meta-analysis. *Obes Sci Pract* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 12];5(5):487–502. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/osp4.355>
 18. Al Kibria GM, Swasey K, Hasan MZ, Sharmeen A, Day B. Prevalence and factors associated with underweight, overweight and obesity among women of reproductive age in India. *Glob Health Res Policy* [Internet]. 2019;4(1):24. Available in: <https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-019-0117-z>
 19. Tripp ML, Dahlberg CJ, Eliason S, Lamb JJ, Ou JJ, Gao W, et al. A Low-Glycemic, Mediterranean Diet and Life style Modification Program with Targeted Nutraceuticals Reduces Body Weight, Improves Cardiometabolic Variables and Longevity Biomarkers in Overweight Subjects: A 13-Week Observational Trial. *J Med Food* [Internet]. 2019;22(5):479–89. Available in: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jmf.2018.0063>

Revisión sistemática: utilidad del cribado de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria

Systematic review: utility of abdominal aortic aneurysm screening using ultrasound in primary care

Arjona Carpio B

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén

Recibido el 30-10-2024; aceptado para publicación el 26-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 21-32

Correspondencia: Belén Arjona Carpio, mail: belenarjonacarpio@gmail.com

RESUMEN

Título: revisión sistemática: utilidad del cribado de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria.

Objetivos: conocer la utilidad del diagnóstico precoz del aneurisma de aorta abdominal (AAA) de forma precoz.

Diseño: revisión sistemática de la literatura científica sobre el cribado de AAA (diámetro $\geq 5,5$ cm.) mediante ecografía en atención primaria.

Emplazamiento: bases de datos (Pubmed, Cochrane, Medline) y Guías de Práctica Clínica. Manuscritos de <10 años, en inglés/castellano y con acceso gratuito.

Población y muestra: artículos originales de investigación (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, estudio de cohortes, series de casos) entre los años 2017-2024.

Intervenciones: se seleccionaron 13 artículos de 186 publicaciones encontradas, y 9 publicaciones (guías y manuales). La calidad de la evidencia se evaluó mediante el método GRADE.

Resultados: la mayoría de los artículos de investigación seleccionaron a hombres mayores de 50 años, con una prevalencia del AAA de 1,5-8%. Los factores de riesgo asociados más importantes fueron el tabaquismo y la hipertensión, otros fueron diabetes, dislipemia, enfermedad cardiovascular establecida y antecedentes familiares de AAA. Hay resultados dispares sobre la capacidad de disminución de la mortalidad por rotura de AAA mediante la detección precoz con ecografía. La ecografía se muestra como la prueba de imagen más sensible y específica para este cribado.

Conclusión: el cribado ecográfico protocolizado podría aumentar la supervivencia y reducir los riesgos, dado que las complicaciones de la AAA son potencialmente mortales. Los estudios se centran en hombres de 65 años de edad o superior y con factores de riesgo cardiovascular. La formación del médico de familia permitiría realizar un cribado oportunista, con beneficios que superan los riesgos.

Palabras clave: aneurisma de la aorta abdominal, programas de detección diagnóstica, ultrasonografía, atención primaria de salud.

SUMMARY

Objectives: To determine the usefulness of early diagnosis of abdominal aortic aneurysm (AAA).

Design: Systematic review of the scientific literature on screening for AAA (diameter ≥ 5.5 cm) using ultrasound in primary care.

Setting: Databases (Pubmed, Cochrane, Medline) and Clinical Practice Guidelines. Manuscripts <10 years old, in English/Spanish and with free access.

Population and sample: Original research articles (clinical trials, systematic reviews, cohort studies, case series) between the years 2017-2024.

Interventions: 13 articles were selected from 186 publications found, and 9 publications (guides and manuals). The quality of the evidence was assessed using the GRADE method.

Results: Most research articles selected men over 50 years of age, with an AAA prevalence of 1.5-8%. The most important associated risk factors were smoking and hypertension, others were diabetes,

dyslipidemia, established cardiovascular disease and family history of AAA. There are mixed results on the ability to reduce mortality from AAA rupture by early detection with ultrasound. Ultrasound is shown to be the most sensitive and specific imaging test for this screening.

Conclusion: Protocolized ultrasound screening could increase survival and reduce risks, given that AAA complications are potentially fatal. The studies focus on men aged 65 years or older and with cardiovascular risk factors. Training of family physicians would allow opportunistic screening, with benefits that outweigh the risks.

Key words: Aortic Aneurysm, Abdominal, Diagnostic Screening Programs, Ultrasonography, Primary Health Care.

Introducción

El Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) es una dilatación patológica de la aorta mayor o igual a 3 centímetros (cm) por el debilitamiento de su pared, afectando a las tres capas (íntima, media y adventicia) (1).

Su causa fundamental es la arteriosclerosis. Se pueden desarrollar en cualquier segmento de la aorta, aunque la localización más frecuente de formación, así como de rotura, complicación más grave, es la aorta infrarrenal.

La prevalencia estimada de AAA varía en función de factores siendo más frecuentes en edades avanzadas de la vida, sexo masculino, antecedentes familiares de aneurisma y reunir FRCV (factores de riesgo cardiovascular) como el tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad arterial periférica. El control de los FRCV y el cese del hábito tabáquico evitan la progresión aneurismática. Además, es recomendable el uso de estatinas y antiagregación ante la existencia de trombo mural aórtico.

Esta patología afecta a un 1,5-2% de los adultos, al 6-7% en mayores de 60 años y hasta un 12% en mayores de 80 años (2). La ruptura es potencialmente mortal con una tasa de mortalidad estimada del 80% en los pacientes que llegan al hospital y del 50% en los que se somete a cirugía urgente. La detección de AAA antes de su ruptura y la reparación electiva representan el pilar del tratamiento, y se ha demostrado que los programas de detección por ultrasonidos (US) reducen la mortalidad por AAA en hombres de 65 a 79 años (3).

El objetivo del cribado es diagnosticar e intervenir los AAA con un diámetro $\geq 5,5$ cm de forma precoz, para evitar la mortalidad asociada a su ruptura (4,5). No obstante, hay una gran disparidad de criterios sobre su uso como técnica de cribado para la detección precoz del AAA. El cribado sistemático con ecografía resulta costo-efectivo pero su indicación varía según las diversas guías: en general, estaría indicado en población mayor de 65 años, de sexo masculino y con antecedentes de hábito tabáquico o taba-

quismo activo. También en mayores de 50 años, hombres y mujeres, con antecedentes familiares de primer grado de AAA.

Existen diferentes guías propuestas por múltiples servicios de Cirugía Vasculard que proponen el cribado sistemático del AAA mediante el uso de la ecografía. Otros sistemas sanitarios, como el de Reino Unido, han implantado programas de cribado de AAA. Pese a ello, actualmente no se dispone de un programa de cribado universal para la detección de AAA. Es por ello que se plantea la realización de una revisión sistemática de la literatura para realizar una actualización del conocimiento actual sobre el cribado de AAA mediante ecografía clínica en Atención Primaria. Como objetivo secundario se planteó determinar la eficacia del cribado de AAA mediante ecografía clínica en Atención Primaria, así como sus riesgos y beneficios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda de información

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica en relación a cribado de aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria. Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane y Medline, utilizando descriptores: “Abdominal aortic aneurysm”, “ultrasound in primary care”, “abdominal ultrasound in primary care”, “Abdominal aortic aneurysm screening in primary care”.

Se ha utilizado terminología adecuada, adaptando los términos al tesoro propio de cada una de las bases de datos, con el fin de realizar una estrategia de búsqueda correcta. Del mismo modo se efectuó búsqueda a través de libros (Guías de Práctica Clínica y Manuales de Diagnóstico y Terapéutica Médica) (4,6), así como en sitios web de Sociedades Científicas relacionadas (Sociedad

Española de Imagen Cardíaca) (7), entre otras. Se buscaron artículos publicados en los 10 últimos años. A continuación, se realizaron las tablas de evidencia, niveles de evidencia y recomendación. Por último, se redactaron los resultados y las conclusiones.

Selección de estudios

Criterios de inclusión:

- Idioma: fundamentalmente obtenidos en inglés o castellano.
- Disponibilidad: artículos gratuitos (“free full test”).
- Fecha de publicación “10 years”.
- Tipo de estudio: artículos originales de investigación, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisión sistemática, estudio de cohortes, series de casos.
- Calidad: título y resumen, análisis del texto completo con un diseño apropiado y una interpretación coherente.

Criterios de exclusión:

- Se excluyen estudios duplicados o desfasados por estudios posteriores.
- Publicaciones que no aporten información.

Proceso de selección

Se realizó una primera selección de estudios mediante lectura del título y el abstract, aquellos que cumplían criterios de inclusión acordados fueron revisados con lectura completa del artículo. Posteriormente se seleccionó los artículos que informasen sobre la eficacia del cribado de AAA en Atención Primaria, considerando relevancia y validez.

El periodo elegido para la búsqueda bibliográfica en los sistemas de referencia mencionados fueron desde el año 2017 hasta el 2024.

Extracción de datos y evaluación de la calidad

Para la extracción de datos y posterior ela-

boración de la revisión sistemática, se diseñó una tabla de evidencia con los resultados más importantes de cada uno de los estudios seleccionados: identificación del artículo, autores, fecha, tipo de estudio, nivel de evidencia y recomendación (*tabla 1*). Esta tabla recoge todos los artículos seleccionados (un total de trece) de las distintas bases de datos tras la búsqueda con palabras clave. La calidad de la evidencia se evaluó a través del método GRADE (*anexo 1*).

Resultados

Se realiza una exhaustiva selección de artículos, atendiendo a distintos criterios de inclusión y exclusión especificados anteriormente. Inicialmente se realizó la “identificación de estudios vía bases de datos y archivos”, obteniendo así el registro de 186 artículos procedentes de Pubmed, Cochrane y Medline. Tras aplicar los criterios de inclusión, se descartaron 157 artículos. A continuación, se hizo un cribado tras “revisión de título y resumen”, obteniendo 29

artículos, procediendo a excluir 10 artículos tras analizar el texto completo. Por tanto, las publicaciones evaluadas para elegibilidad fueron 19, de las cuales, 7 de ellas excluidas posteriormente por presentar aspectos centrados en técnicas quirúrgicas y por el diseño metodológico del artículo. Finalmente, por esta vía los estudios incluidos fueron 13 artículos en total. Por otro lado, se obtuvo una “identificación de estudios por otros métodos” siendo registrados un total de 9 publicaciones evaluadas para elegibilidad (a partir de sitios web, libros y citas bibliográficas). Estas 9 publicaciones junto con las 13 anteriores sumaron un total de 22 artículos incluidos en la revisión sistemática (*Figura 1*).

Características generales de los pacientes

Se analizaron las características generales de los pacientes atendiendo a su rango de edad, sexo, así como los factores de riesgos asociados a AAA: hábito tabáquico, FRCV (dislipemia, hipertensión, diabetes), enfer-

Tabla 1. Calidad de la evidencia aportada por las publicaciones revisadas

Autores	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Recomendación
Bravo Merino L. et al (2019)	Estudio observacional (descriptivo transversal)	Baja	Débil
López-Téllez A. et al. (2024)	Estudio observacional (descriptivo transversal)	Baja	Débil
Guirguis-Blake J.M. et al. (2019)	Revisión sistemática: ECA (ensayo controlado aleatorizado) y estudio observacional. (estudio de cohortes).	Alta-moderada	Fuerte
		Baja	Débil
Rodríguez J. et al. (2022)	Estudio observacional (transversal descriptivo)	Baja	Débil
Bains P. et al. (2021)	ECA (ensayo clínico aleatorizado)	Alta-moderada	Fuerte
Olmstead C. et al. (2022)	Estudio observacional	Baja	Débil
Sweeting M.J. et al. (2021)	Ensayo clínico	Alta-moderada	Fuerte
Spanos K. et al. (2023)	Estudio observacional	Baja	Débil
Duncan A. et al (2021)	Estudio observacional (transversal)	Baja	Débil
Sisó-Almirall A. et al (2017)	Estudio observacional	Baja	Débil
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2017)	ECA	Alta-moderada	Fuerte
Cornejo Saucedo M.A. et al. (2018)	Estudio observacional (transversal y multicéntrico)	Baja	Débil
Fattahi N. et al. (2024)	Estudio observacional (casos y controles)	Baja	Débil

medad vascular establecida y antecedentes familiares de AAA (Tabla 2).

La mayoría de los estudios realizados comprenden pacientes a partir de los 65 años (2,8-17), mientras que solo dos investigaciones (18,19) iniciaron el estudio en mayores de 60 años. Cornejo Saucedo et al. (16) incluyeron en su trabajo varones mayores de 55 años, mientras que López-Téllez et al (8) estudiaron varones mayores de 50 años. Algunos engloban a pacientes mujeres, pero son la minoría. López-Téllez et al (8) estudió hombres y mujeres mayores de 50 años con antecedentes familiares de AAA, además de varones de 65-75 años con hipertensión. Por su parte, Cornejo Saucedo et al. (16) incluyeron a varones mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años con riesgo cardiovascular alto o muy alto. Duncan et al (14) fue el único trabajo que estudió la población femenina, de forma exclusiva, de 65-74 años con alto riesgo cardiovascular. En la revisión sistemática de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (15), dentro de sus 4 estudios, uno de ellos incluye a mujeres mayores de 65 años, pero debido a tamaño insuficiente de muestra y amplios intervalos de confianza presenta baja calidad de la evidencia.

Factores de riesgo asociados a AAA

Con respecto a los factores de riesgo asociados a AAA, una vez seleccionada la muestra a estudio, la gran mayoría (2, 8, 10, 12, 14, 17-19) identificaron y clasificaron a los pacientes con riesgo cardiovascular en función de si presentan tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad cardiovascular establecida y antecedentes familiares de AAA. La hipertensión fue el factor de riesgo más frecuentemente presente en la población de estudio de los diferentes artículos junto con hábito tabáquico actual o pasado. En más del 50% de la muestra de los estudios referidos, los pacientes eran fu-

madores activos o exfumadores. A continuación, les seguían por orden de prevalencia: dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular establecida y por último antecedentes familiares de AAA conocidos (2, 8, 10, 12, 14, 17-19).

Prevalencia de AAA

Para comenzar, se realizó una clasificación de la prevalencia en función de edad, sexo y asociación familiar a AAA. En los diferentes estudios se observó una prevalencia variable entre el 1,5% hasta el 8%, en el rango de edad estudiado: varones mayores de 55 años sin antecedentes familiares de AAA conocidos (2, 8, 10, 14-19). Con respecto a mujeres, Duncan A. et al (14) estimaron una prevalencia del 0,29% en mujeres de 65 a 74 años con alto riesgo, obteniendo una mayor prevalencia de AAA en fumadores con respecto a no fumadores.

Fattahi N. et al. (17), en su estudio basado en pacientes con antecedentes familiares conocidos de AAA, estimaron una prevalencia del 0,9% en hijos adultos.

A continuación, se valoró la prevalencia en función de la zona demográfica.

En referencia a España (2, 8, 10, 16, 9), la prevalencia de AAA se posicionó ente el 1,7% y el 8%. En Grecia central (18) fue del 2-2,3%. Según la Canadian Task Force on Preventive Health Care (15), la prevalencia de AAA en los cuatro ECA oscilaron entre 3,9% y 7,2%, siendo estudios realizados en población de Inglaterra, Dinamarca y Australia.

Efectos del cribado de AAA: beneficios y riesgos.

Los beneficios y riesgos del cribado se presentan en la tabla 3. En diferentes estudios (9-12, 15) se concluyó que la detección precoz de AAA disminuía las cirugías de emergencias, así como aumentaban las derivaciones a Cirugía Vascular para interven-

ción si procedía. Por tanto, consiguiendo así reducciones en la rotura de AAA y su mortalidad.

En cuanto a los riesgos, Bains P. et al. (11) informaron acerca de la falta de reducción en la mortalidad, impacto negativo en calidad de vida y criterios de elegibilidad del cribado inconsistentes. En Reino Unido, donde tienen establecido un programa de cribado, Olmstead C. et al. (12) en su estudio valoraron pautas de mejora en el cribado de AAA, que no resultaron ser más efectivas que las implantadas. Por otro lado, se ha visto que prolongar los intervalos de vigilancia en el programa de detección de AAA, especialmente para AAA pequeños, puede reducir mínimamente el costo por años de vida ajustados por calidad (AVAC) del programa. Sin embargo, no está claro si los costos justifican el cambio de la práctica clínica (13).

Discusión

El AAA es un importante problema de salud que cursa de forma asintomática hasta el momento de su ruptura, con una mortalidad del 85-90%. Por este motivo, es importante resaltar que las complicaciones de la AAA son potencialmente mortales, por lo que el cribado y un seguimiento ecográfico protocolizado podrían aumentar la supervivencia y reducir los riesgos. En el momento actual, en España no hay ningún sistema de cribado implantado para la detección de AAA en Atención Primaria, a diferencia de los programas de cribado de cáncer (colorrectal, mama y cérvix) y cribado neonatal. La presente revisión sistemática, investiga las principales ventajas y desventajas de instaurar el Cribado de AAA mediante ecografía en Atención Primaria, así como la población diana a estudio.

Dentro de los artículos revisados podemos decir que el cribado de AAA engloba en la

mayoría de los estudios un rango de edad superior a los 65 años, varón y con FRCV. Con respecto a los FRCV, todos los pacientes presentaban al menos uno, siendo más fuertemente asociados la hipertensión y el hábito tabáquico presente o pasado.

La prevalencia en la población general es baja, siendo más frecuente en varones con respecto a mujeres y a AF de AAA. Sin embargo, la prevalencia de AAA en pacientes con riesgo cardiovascular es elevada (8,16). Así como presenta cierta variabilidad según la zona demográfica, con rangos entre el 1,7% y 8%.

Con respecto al diagnóstico, la ecografía es la prueba de imagen más sensible y específica (S 93,3%, E 98,5%), además de accesible en Atención Primaria (AP) para el cribado de AAA, detectando a sujetos asintomáticos. La ecografía en AP realizada por médicos de familia tras una formación básica muestra muy alta validez diagnóstica. La ecografía manual podría ser una herramienta factible para el médico de familia de AP, ya que es fácilmente repetible y segura (19), sin irradiación. Por lo que, un programa de detección dirigido por médicos de familia capacitados, utilizando el ultrasonido portátil, realizaría una detección temprana de AAA de forma segura y confiable.

Por otro lado, se ha evidenciado la necesidad de realizar estudios más amplios de efectividad para la implantación de un sistema de detección precoz de AAA en población de riesgo (2). La detección de AAA en hombres mayores y/o igual a 65 años se asoció a una disminución de la mortalidad y las tasas de ruptura asociadas a AAA, pero no se asoció a un beneficio en la mortalidad por todas las causas. Como resultado, se obtuvieron tasas más altas de cirugía electiva, sin diferencias en la calidad de vida a largo plazo (9). Por otro lado, la Canadian Task Force on Preventive Health Care (15) otor-

Tabla 2. Características generales de los pacientes incluidos en los estudios

Referencia	Pacientes incluidos o Nº estudios	Población	Edad	Otros factores de riesgo
Bravo Merino b L. et al (2019)	N= 304, (Coto 232 sujetos y Calzada II 175)	Zonas básicas de salud El Coto y La Calzada II (Guijón)	65-75 años (varones)	- Tabaco: Fumadores: 43, exfumadores: 175. - AF AAA: 10 (3%). - HTA 163 (54%). - DM 75 (25%). - DLP 110 (37%). - Enfermedad coronaria 46 (15%). - ACV 15 (5%).
López-Téllez A. et al. (2024)	N= 157	AP (Atención Primaria). Se desconoce zona.	65-75 años (varones) +HTA, fumadores/ exfumadores; o >50 años con AF de AAA (hombre y mujer)	- HTA 94,7% - Fumador 20,7%, resto exfumadores. - AF AAA 20% - DLP 67,3% - ECV previa 20,7%
Guirguis-Blake J.M. et al. (2019)	4 ECA	Se desconoce.	≥ 65 años	Se desconoce.
Rodríguez J. et al. (2022)	N=608	AP, zona básica (C.S. Alcalde Bartolomé González, Móstoles) en Madrid.	65-79 años (varones) y ≥1 FRCV	- HTA 73,8% - Fumadores 20%, Exfumadores 61,3% - AF AAA 1,8% - IAM 11,5% - ICTUS previo 8,1% - Claudicación intermitente 5,1%
Bains P. et al. (2021)	19 artículos (8 estudios en Suecia, 3 en EEUU, 3 en Reino Unido, 1 en Suiza, 3 en Nueva Zelanda y 1 en Australia).	Se desconoce.	Chun et al. 2019: 65-75 años. Engelberger et al 2017: 65-80 años. Hager et al 2017, Johansson et al. 2018, Nair et al. 2019: ≥ 65 años. McCaul et al. 2016: 64-83 años.	Se desconoce.
Olmstead C. et al. (2022)	N=266.	Centro académico Salud familiar en Londres (Ontario).	Varones de 65-80 años.	- HTA 165. - Fumadores 30, exfumadores 105. - DM 54. - AF AAA 7. - Hª aneurisma (excluyendo AAA): 2.
Sweeting M.J. et al. (2021)	N=500.000 parejas de hombres	Reino Unido	≥ 65 años.	Se desconoce.
Spanos K. et al. (2023)	N=1256.	Áreas urbanas y rurales de Grecia Central.	> 60 años varones.	En n=25, AAA>3cm se detectó: - HTA 80% - Fumadores 32%, exfumadores 28% - DM 4% - DLP 60% - AF AAA 4% - Enfermedad cerebrovascular 12%
Duncan A. et al (2021)	N=5200	Atención Primaria. Se desconoce.	Mujeres 65-74 años con alto riesgo.	Registro demográfico sólo de 4613 mujeres, categorizando en fumadoras, exfumadoras y fumadoras con antecedentes de CAD. Y dentro de los mismos, clasificando según la presencia de FRCV (HTA, DM, DLP, IAM e historia de AF AAA).
Sisó-Almirall A. et al (2017)	N=1010	3 centros públicos AP en Barcelona.	> 60 años varones.	- HTA 663 (65,6%) - DM 275 (27,2%) - DLP 547 (54,2%) - Fumadores 143 (14,2%), exfumadores 665 (65,8%) - AF AAA 13 (1,3%) - Enfermedad coronaria 137 (13,6%) - ACV 38 (3,8%) - Claudicación 42 (4,2%)
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2017)	4 ECA poblacionales (2 en Inglaterra, 1 en Dinamarca y 1 en Australia)	N=700 N=6433 N=639 N=704	3 en ≥ 65 años, varones. 1 en mujeres.	Se desconoce.
Cornejo Saucedo M.A. et al. (2018)	N=659	6 unidades de Medicina Interna en España.	Varones > 55 años y mujeres > 65 años con RCV alto o muy alto.	Se desconoce.
Fattahi N. et al. (2024)	N=1508 (699 hombres, 809 mujeres)	Registro nacional de pacientes hospitalizados, alta hospitalaria y ambulatorio en Estocolmo (Suecia).	Hombres ≥ 65 años.	En casos (AF AAA), varones n=350: - Fumadores 24 (7%), exfumadores 156 (45%) - HTA 165 (47%) - DM 47 (14%) - Infarto miocardio previo 11 (3%) - ACV 15 (4%) En casos (AF AAA), mujeres n=402: - Fumadores 37 (9%), exfumadores 179 (45%) - HTA 145 (36%) - DM 23 (6%) - Infarto miocardio previo 5 (1%) - ACV 10 (2%)

ga una evidencia de calidad moderada a los resultados de la detección en hombres de 65 a 80 años, dado que produciría reducciones modestas en la mortalidad asociada a AAA, rotura de AAA y las tasas de intervenciones de emergencia.

Los beneficios de la detección de AAA superan a los daños potenciales, teniendo en cuenta que los médicos de atención primaria deben individualizar a cada paciente. Los programas de cribado deben estudiarse según la epidemiología de AAA de cada región. Por lo que, la detección de AAA en hombres puede permitir la detección temprana, la vigilancia y la intervención de complicaciones potencialmente mortales. Bains P. et al (11) en su estudio observaron limitaciones, debido a incluir países que tenían implantado el programa de Cribado de AAA como son EEUU, Reino Unido y Suecia, con respecto a los que no lo tenían.

Rodríguez Donoso J. et al (10) indicaron que puede ser complejo instaurar un programa extensible a toda la población diana para realizar de forma sistemática. Si esto no es factible, debería al menos contemplarse una búsqueda oportunista, tanto al realizar una exploración ecográfica por otra causa, como en revisiones rutinarias para control de FRCV, especialmente en pacientes fumadores o exfumadores. Por su parte, Olmstead et. Al (12) manifestaron la necesidad de mejorar la detección de AAA con la implementación de recordatorios basados en registros médicos electrónicos o detección por ultrasonido en el lugar de atención de Atención Primaria.

Además, Sweeting M. et al (13) compararon dos estrategias de vigilancia adicionales consideradas por el Comité Nacional de Detección de Reino Unido. La primera estrategia propone una exploración de vigilancia cada 2 años para hombres con AAA de 3-3,9 cm, anual para hombres con AAA de 4-4,4 cm

y cada 3 meses para AAA de 4,5-5 cm. La segunda en aneurismas pequeños (3-3,9cm) amplía a 3 años, como se sugiere en las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cirugía Vasculat. La segunda opción resultó ser la más costosa, aunque puede reducir mínimamente el costo por años de vida ajustados por calidad (AVAC). En cuanto al sexo femenino, existe baja efectividad clínica y económica con respecto a la detección de AAA en mujeres de 65-74 años consideradas como alto riesgo (fumadoras, exfumadoras o con antecedentes de enfermedades arterias coronarias) (14).

En Suecia, según el estudio por Fattahi N. et al. (17), la prevalencia de AAA en hombres y mujeres de la población general es baja, pero la prevalencia en personas con posibles riesgos hereditarios es notablemente mayor, en particular los hijos de mujeres con AAA y los fumadores de mayor edad.

Conclusiones

La presente revisión sistemática demuestra que el beneficio del cribado de AAA mediante ecografía en Atención Primaria superaría a los probables riesgos, disminuyendo así la mortalidad. Sería necesario evaluar estudios con mayor tamaño de muestra, a más largo plazo y realizados en la Atención Primaria para valorar el costo-efectividad de este tipo de programas de cribado sobre la población de riesgo. En el caso de que un programa de cribado universal no fuera rentable, podría plantearse el desarrollo e implantación de un cribado oportunista en las consultas de Atención Primaria para el diagnóstico y seguimiento de varones con una edad igual o superior a los 65 años y al menos con un factor de riesgo cardiovascular.

Como conclusión final, se pone de manifiesto la necesidad de dotar de ecógrafos a los centros de salud para su uso por los médicos/as de familia. Para disminuir la variabi-

Tabla 3. Objetivos y resultados: prevalencia y efectos del cribado

Referencia	Objetivos	Resultados
Bravo Merino L. et al (2019)	Estimar la prevalencia de AAA en dicha población y su relación con los FR. Determinar la validez de la ecografía en AP para detección AAA en varones de 65-75 años y la concordancia interobservador (CCI) en el diagnóstico entre AP y cirugía vascular.	Prevalencia AAA 4,6%. Variables asociadas a mayor probabilidad de presentar AAA fueron: edad, tabaco, HTA, dislipemia y diabetes. La ecografía presentó: S 93,3%, E 98,5%. El CCI entre AP y Cirugía Vascular fue 0,88 (IC:95: 0,79-0,94), siendo reproducibilidad excelente.
López-Téllez A. et al. (2024)	Evaluar la utilidad de la ecografía en la detección de AAA en población de riesgo en AP.	En paciente de riesgo, el cribado oportunista mediante ecografía por médicos de familia presenta una prevalencia AAA 8%, permitiendo identificar a 12 pacientes con AAA.
Guirguis-Blake J.M. et al. (2019)	Evaluar los beneficios y daños de los programas de cribado de AAA, enfoques para el tratamiento de aneurismas pequeños, así como determinar rendimiento de la detección para subgrupos de población.	- Disminución de rotura de AAA y mortalidad relacionada con AAA, pero no hubo por todas las causas. - Disminución de cirugías de emergencias. - Daños: más cirugías generales. - El tratamiento quirúrgico de AAA pequeños detectados mediante screening no produjo mejores resultados que actitud de seguimiento.
Rodríguez J. et al. (2022)	Describir la implantación de cribado ecológico de AAA en nuestra ZB a los varones de 65-79 años y >1FR para desarrollar AAA. Analizar el rendimiento de dicho cribado.	- Prevalencia 2,6%. - Todos los pacientes con AAA: fumadores/exfumadores. - Beneficio: detección precoz de AAA que se derivan a Cirugía vascular y se intervienen si procede.
Bains P. et al. (2021)	Beneficios y posibles daños de la detección de AAA en adultos mayores.	- Prevalencia varió del 1,5 a 7,1%. - Beneficio cribado: disminución incidencia rotura de AAA. - Daños: falta reducción mortalidad, impacto negativo en calidad de vida y criterios elegibilidad cribado no sólidos.
Olmstead C. et al. (2022)	Investigar las tasas de detección de AAA 6 meses anteriores y posteriores de la introducción de pautas actualizadas Grupo de Trabajo Canadiense sobre Atención Médica Preventiva (CTFphc).	Las prácticas de detección no cambiaron con respecto a las pautas de detección de AAA del CTFPHC. Los antecedentes de tabaquismo no parecieron afectar, a pesar de su fuerte asociación a riesgo de AAA.
Sweeting M.J. et al. (2021)	Investigar la seguridad y rentabilidad de alargar el tiempo entre ecografías de vigilancia en el Programa de detección de AAA del Reino Unido.	Prolongar los intervalos de vigilancia, especialmente para AAA pequeños, puede reducir mínimamente el costo por años de vida ajustados por calidad (AVAC) del programa. Sin embargo, no está claro si los costos justifican el cambio de la práctica clínica.
Spanos K. et al. (2023)	Presentar experiencia del único programa piloto de detección AAA existente en Grecia.	- Prevalencia de AAA en Grecia Central fue 2-2,3%. - FR asociados: mayor edad (P<0,042), tabaco (P<0,006) y su duración (P<0,008). La duración del tabaquismo es el FR mayor asociado a incidencia AAA (1.05, IC 0,02-6,6; P=0,01).
Duncan A. et al (2021)	Determinar los resultados de un programa de detección de AAA dirigido a mujeres con alto riesgo de padecer AAA.	- Prevalencia del 0,29%. - Mayor prevalencia de AAA en fumadoras con respecto a no fumadoras. La detección de AAA en mujeres puede no ser beneficiosa.
Sisó-Almirall A. et al (2017)	Evaluar la precisión y confiabilidad de un programa de detección dirigido por médicos de familia de AP utilizando un dispositivo de US portátil para determinar la prevalencia de AAA y ECV asociadas a una población mediterránea.	- Prevalencia 1,7% de AAA diagnosticados sin detección. - FR + prevalente fue fumar alguna vez, asociado estrechamente con AAA, pero no significativo por pequeño número de pacientes con AAA. La mediana del diámetro aórtico en el momento del diagnóstico fue de 3,5 cm en los pacientes examinados y de 4,7 cm (p<0,001) en los pacientes que se diagnosticó AAA de forma incidental.
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2017)	Recomendaciones sobre la detección de AAA en adultos asintomáticos en Atención Primaria.	- Prevalencia AAA en los cuatro ECA: 3,9% y 7,2%. - Beneficios: reducciones en la rotura de AAA, procedimientos de emergencia y muerte dentro de los 30 días posteriores a procedimiento de AAA. Además, reducción del RA de 1,3 menos muertes relacionadas con AAA por cada 1.000 hombres examinados (0,8 a 1,6 menos) en el seguimiento de "3-5 años" y 3,2 menos (0,6 a 6,0 menos) en el período de "13-15 años". - No hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas en el seguimiento de "3-5 años" (p=0,10) (evidencia de baja calidad), y sí en el de "13-15 años" (evidencia moderada). - Calidad de la evidencia baja en mujeres debido al tamaño insuficiente de la muestra y amplios IC.
Cornejo Saucedo M.A. et al. (2018)	Determinar la prevalencia de AAA, definida por un diámetro arterial >3cm, en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular y evaluar sus características clínicas.	- Prevalencia AAA fue del 8%. La mayoría varones (94,3%). El análisis multivariante demostró asociación entre AAA y edad (OR: 1,06; IC 95%: 1,02-1,1; p < 0,01), sexo masculino (OR: 5,6; IC 95%: 1,6-18,8; p = 0,01), tabaquismo activo (OR: 3,22; IC 95%: 1,16-8,93; p = 0,024) y arteriopatía periférica (OR: 3,51; IC 95%: 1,73-7,09; p < 0,01).
Fattahi N. et al. (2024)	El objetivo principal fue informar de la prevalencia de AAA en hijos adultos, de paciente con AAA. Como objetivo secundario explorar la eficiencia de detección basada en registros.	- Prevalencia AAA fue 0,9% entre los hijos de adultos varones y los controles (3/350 vs 3/349). Prevalencia AAA en hijas y los controles fue similar. - La edad media de los participantes diagnosticados AAA entre los hijos varones fue 73,3 años y en los controles 71,3 años. En la femenina 74 años y 71 años para los controles.

alidad entre profesionales, sería esencial desarrollar una formación previa de la técnica ecográfica dado que la formación de médicos ayuda a maximizar los beneficios del uso de la ecografía clínica. Su integración en el entorno de Atención Primaria garantiza la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la apertura a la tecnología médica. Por último, la implantación de protocolos de cribado y seguimiento permitirían unificar criterios y establecer unos criterios comunes de interconsulta con Cirugía Vascul.

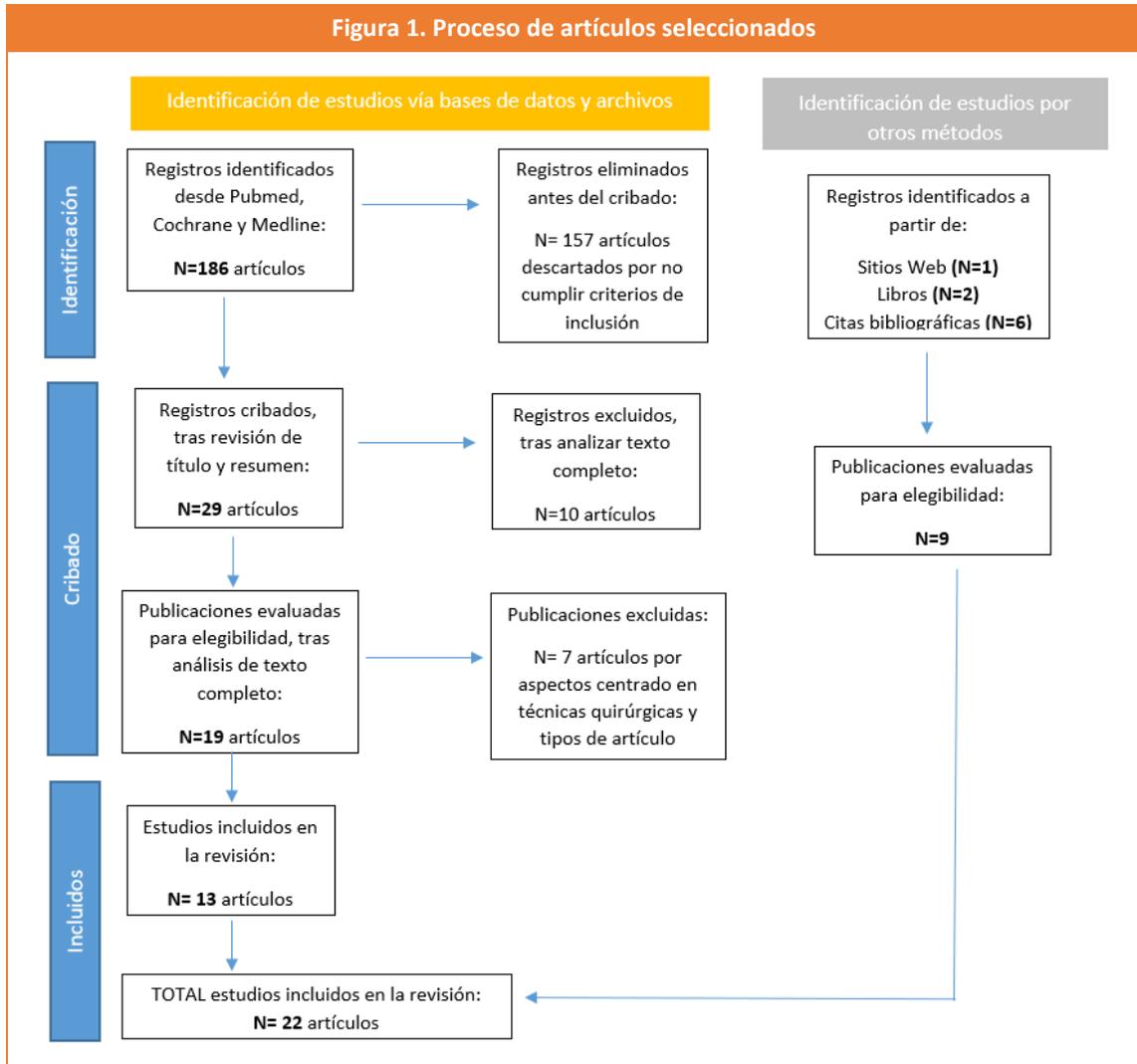
Conflicto de interés: ninguno.

Agradecimientos: a Juan Andrés Ramos Ruíz, Médico de Familia y Técnico de Salud UDMAFyC Norte-Nordeste Jaén, y al Consejo Editorial de la Revista Med fam Andal. (SAMFyC), por sus sugerencias y correcciones durante la redacción de este artículo.

Anexo 1. Clasificación de la calidad de la evidencia y grado de recomendación en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia científica	Diseño del estudio	Disminuir si*	Aumentar si**
Alta	ECA	Limitación de la calidad del estudio importante (-1) o muy importante (-2)	Asociación: Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 0 <0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1)
Moderada	Estudios observacionales	Inconsistencia importante (-1)	Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 0 0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2) Gradiente dosis-respuesta (+1) Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)
Baja		Alguna (-1) o gran incertidumbre (-2) acerca de que la evidencia científica sea directa	
Muy baja		Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	
	Otros tipos de diseño		
Recomendación	Paciente/Cuidadores	Clínicos	Gestores/Planificadores
Fuerte	La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de las personas deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Condicional	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes personas y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

* En el caso de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se puede disminuir la calificación de la calidad de la evidencia científica.

** En el caso de los estudios observacionales se puede aumentar la calificación de la calidad de la evidencia científica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Lattanzi S. Abdominal aortic aneurysm: pathophysiology and clinical issues. *J Intern Med.* 2020.; 288(3):376-378.
2. Bravo Merino L, González Lozano N, Maroto Salmón R. Validity of the abdominal ecography in primary care for detection of aorta abdominal aneurism in male between 65 and 75 years. *Aten Primaria.* 2019; 51(1):11-17.
3. Lattanzi S. Abdominal aortic aneurysm: pathophysiology and clinical issues. *J Intern Med.* 2020.; 288(3):376-378.
4. Trillo Fernández C, coord. *Ecografía en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica.* 2ª Edición. Granada: Fundación SAMFyC; 2021.
5. Alasasfeh I, Abudawood R, Hwidi BE. Rupture abdominal aortic aneurysm discovered by pocket-sized ultrasound in a low resource setting: a case report. *Int J Emerg Med.* 2024. 17;17(1):9.
6. Aparicio EM, Caso JM, Díaz M, et al. *Manual de diagnóstico y Terapéutica Médica.* 9ª Edición. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2022.
7. Web S. Exploración sonográfica del aneurisma aórtico abdominal: lo clásico y lo novedoso [Internet]. Sociedad Española de Imagen Cardíaca. 2023. Disponible en: <https://ecocardio.com/documentos/retic-web/trukipedias/exploracion-sonografica-del-aneurisma-aortico-abdominal-lo-clasico-y-lo-novedoso.html>
8. López Téllez A, Ramírez Torres JM, Pérez Vázquez E. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm in primary care. In Press, Corrected Proof. Feb 2024.
9. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, et al. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019. Dec.
10. Rodríguez Donoso J, Martínez Ramos E, Aparicio Velasco J, et al. Abdominal aortic aneurysm ultrasound screening in men with risk factors in Primary Care. *Aten Primaria.* 2022;54(3):102234.
11. Bains P, Oliffe JL, Mackay MH, et al. Screening older adult men for abdominal aortic aneurysm: A scoping review. *Am J Mens Health.* 2021;15(2):15579883211001204.
12. Olmstead C, Wakabayashi A, Freeman TR, et al. Abdominal aortic aneurysm screening in an academic family practice. *Can Fam Physician.* 2022;68(12):899-904.
13. Sweeting MJ, Marshall J, Glover M, et al. Evaluating the Cost-Effectiveness of changes to the Surveillance Intervals in the UK abdominal aortic aneurysm screening programme. *Value Health.* 2021;24(3):369-376.
14. Duncan A, Maslen C, Gibson C, et al. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm in high-risk women. *Br J Surg.* 2021; 108(10):1192-1198.
15. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for abdominal aortic aneurysm in primary care. *CMAJ.* 2017; 189(36):E1137-E1145.
16. Cornejo Saucedo MA, García-Gil D, Brun Romero FM, et al. Prevalence of abdominal aortic aneurysm in patients with high cardiovascular risk. *Rev Clin Esp (Barc).* 2018;218(9):461-467.
17. Fattahi N, Linné A, Roy J. Prevalence of abdominal aortic aneurysm in first-degree relatives: detecting AAA in adult offspring of AAA patients. *BJS Open.* 2024;8(1):zrad163.
18. Spanos K, Nana P, Roussas N, et al. Outcomes of a pilot abdominal aortic aneurysm screening program in a population of Central Greece. *Int Angiol.* 2023;42(1):59-64.
19. Sisó-Almirall A, Kostov B, Navarro González M, et al. Abdominal aortic aneurysm screening program using hand-held ultrasound in primary healthcare. *PLoS one.* 2017;12(4):e0176877.

Una lumbalgia poco común

A rare low back pain

González Furundarena S

Especialista en MFyC. Atención primaria. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla

Recibido el 19-09-2024; aceptado para publicación el 14-11-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 33-38

Correspondencia: Sofia González Furundarena, mail: sofgonzalez22@gmail.com

El caso

Acude a consulta un paciente de 44 años sin antecedentes patológicos de interés por dolor lumbar constante, no irradiado, localizado siempre en la misma zona, desde hace varios meses. Niega otros síntomas. A la exploración, presenta ligero dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar. Se solicita radiografía lumbosacra sin hallazgos patológicos y se pautan antiinflamatorios.

Vuelve a los dos meses porque el dolor no ha mejorado con antiinflamatorios y fisioterapia privada. Se solicita una resonancia magnética (RMN) donde se observan varias lesiones nodulares vertebrales inespecíficas, una de las cuales muestra un patrón infiltrativo de aspecto tumoral en el cuerpo vertebral de L2. Ante estos hallazgos se hace una exploración más completa donde destacan adenopatías de alrededor de 1 cm rodaderas a nivel cervical (submandibular izquierda y en región de esternocleidomastoideo bilateral), adenopatías inguinales izquierdas no dolorosas de 1 cm aproximadamente, menos móviles, y una adenopatía a nivel costal derecho de unos 2 cm. El resto de la exploración no presenta hallazgos patológicos.

Tras estos hallazgos, se hace una interconsulta con Medicina Interna para seguir el estudio.

Lo evalúan en Medicina Interna y lo citan para una biopsia con aguja gruesa (BAG) de la adenopatía costal con resultado anatomopatológico de infiltración por proceso linfoproliferativo B de alto grado.

Desde allí, se deriva al paciente a Hematología donde continúan el estudio con TAC, RMN, PET- TAC y más biopsias, y se inicia tratamiento con quimioterapia R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona).

Tras 6 ciclos de quimioterapia se observa respuesta metabólica completa en el PET-TAC, el paciente se encuentra mucho mejor y más animado.

Introducción

El linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes (LDCBG) es el subtipo histológico más común del linfoma no Hodgkin (LNH), representando aproximadamente el 25 % de los casos. La incidencia anual del LD-

CBG es de aproximadamente 2-3 casos por 100.000 habitantes en países desarrollados. Esto supone en una consulta de atención primaria, menos de 1 caso al año.

El LDCBG es más prevalente en pacientes ancianos con una edad media de 70 años, aunque también ocurre en adultos jóvenes y raramente en niños. Es ligeramente más predominante en el sexo masculino.

La categoría diagnóstica del LDCBG es heterogénea en morfología, genética y comportamiento biológico. Varias entidades clinicopatológicas son reconocidas en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2017, y son suficientemente distintas para ser consideradas categorías diagnósticas separadas:

- LDCBG rico en linfocitos T / histiocitos.
- LDCBG primario del mediastino, también llamado linfoma de células B grandes mediastínico primario (tímico).
- Linfoma intravascular de células B grandes.
- Granulomatosis linfomatoide, un linfoma de células B grandes positivo para el virus de Epstein-Barr.
- LDCBG primario del sistema nervioso central.
- LDCBG cutáneo primario, tipo pierna.
- LDCBG asociado con inflamación crónica.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de LDCBG se basa en una combinación de hallazgos clínicos, histológicos, inmunohistoquímicos y moleculares.

1. Presentación clínica

- **Síntomas B:** Fiebre, pérdida de peso no intencional (>10% del peso corporal en 6 meses) y sudores nocturnos. Suelen pre-

sentarse en un tercio de los pacientes.

- **Masa tumoral:** En la mayoría de los pacientes se presenta con una masa tumoral de rápido crecimiento que involucra uno o más ganglios linfáticos y sitios extranodales. Aproximadamente el 40% de los pacientes se presenta con enfermedad extranodal. Prácticamente cualquier tejido u órgano puede ser el sitio primario de LDCBG, pero el tracto gastrointestinal es el sitio más común.
- Síntomas locales: Dependiendo de la localización del tumor, puede haber dolor o disfunción orgánica.

2. Análisis de sangre

- La lactato deshidrogenasa (LDH) y la beta-2-microglobulina séricas a menudo están elevadas por encima de lo normal.

3. Biopsia y examen histológico

- La confirmación del diagnóstico requiere una biopsia del tejido afectado, generalmente de un ganglio linfático.
- Histológicamente se caracteriza por una proliferación difusa de células B grandes con núcleos vesiculares prominentes, nucléolos evidentes y citoplasma moderado a abundante.

4. Inmunohistoquímica

- Los marcadores típicos incluyen CD20, CD19, CD22, y CD79a.
- Los subtipos moleculares se pueden distinguir utilizando marcadores como BCL2, BCL6, y MYC.

5. Estudios moleculares y genéticos

- Translocaciones genéticas comunes incluyen t(14;18) que afecta a BCL2, y t(3;14) que afecta a BCL6.
- Análisis de expresión génica y secuenciación de próxima generación (NGS)

se utilizan para identificar subgrupos moleculares específicos, como los tipos activados de B-cell (ABC) y centro germinal B-cell (GCB).

6. Imágenes

- Tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (TC) se utilizan para la estadificación y evaluación de la respuesta al tratamiento.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye otras entidades que cursen con adenopatías y puedan tener similares características patológicas. Esto incluye linfoma de Hodgkin, adenopatía metastásica de otros tumores primarios (por ejemplo, carcinoma nasofaríngeo, sarcoma de tejidos blandos), toxoplasmosis, infecciones típicas y atípicas por micobacterias, infección por el virus de Epstein-Barr (EBV), lupus eritematoso sistémico y trastornos que causan hiperplasia reactiva de los ganglios linfáticos.

Tratamientos

1. Quimioterapia:

- R-CHOP: El tratamiento estándar es la quimioterapia combinada con rituximab (R-CHOP: rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona).

Aproximadamente el 60-70% de los pacientes se curan con este régimen, aunque el 30-40% recaen o son refractarios a la terapia.

- R-EPOCH: cuando falla el tratamiento con R-CHOP, se puede aplicar un esquema más agresivo con rituximab ajustado a la dosis, etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina.
- Dosis intensificada: En casos de alto riesgo, se pueden considerar esquemas de dosis intensificada o consolidación con quimioterapia de alta dosis y tras-

plante autólogo de células madre.

2. Terapias Dirigidas

- Inhibidores de BTK: Ibrutinib ha mostrado eficacia en subgrupos específicos de LDCBG, especialmente aquellos con mutaciones en el gen MYD88.
- Inhibidores de BCL2: Venetoclax es un inhibidor de BCL2 que puede ser útil en pacientes con sobreexpresión de BCL2.
- Biopsia líquida: Evaluación de ADN en sangre para detectar la presencia de enfermedad residual o recaída temprana, y mutaciones genéticas detectables a través del análisis de tejidos que pueden usarse para guiar las decisiones de tratamiento.

3. Inmunoterapia

- CAR-T Cells: La terapia con células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) como axicabtagene ciloleucel y tisagenlecleucel ha revolucionado el tratamiento del LDCBG refractario o en recaída.
- Anticuerpos monoclonales: Además de rituximab, se están desarrollando otros anticuerpos monoclonales dirigidos a CD19, CD20, y otros antígenos específicos de células B.

4. Radioterapia

- La radioterapia puede ser utilizada como tratamiento adyuvante en casos localizados o para paliar síntomas en masas tumorales grandes.

5. Trasplante de células madre

- El trasplante autólogo de células madre se considera en pacientes con LDCBG en recaída que responden a la quimioterapia de rescate.
- El trasplante alogénico es una opción menos común, reservada para casos al-

tamente seleccionados debido a su mayor toxicidad.

Complicaciones

El LDCBG puede presentar complicaciones significativas, especialmente en etapas avanzadas o en pacientes que no responden a los tratamientos estándar. Algunas de las complicaciones incluyen:

- 1. Involucramiento de médula ósea:** afecta entre el 10-20% de los casos, pudiendo ser concordante (involucramiento por LDCBG) o discordante (involucramiento por linfoma de células B de bajo grado).
- 2. Recaída y resistencia al tratamiento:** un desafío importante en la gestión del LDCBG, con aproximadamente un tercio de los pacientes que recaen tras el tratamiento inicial.
- 3. Complicaciones infecciosas:** debido a la inmunosupresión inducida por la quimioterapia, los pacientes tienen un mayor riesgo de infecciones oportunistas, incluyendo bacterianas, víricas y fúngicas.
- 4. Complicaciones relacionadas con el tratamiento:**
 - Mielosupresión: la quimioterapia puede causar neutropenia, anemia y trombocitopenia, aumentando el riesgo de infecciones y hemorragias.
 - Toxicidad cardíaca: la doxorubicina es cardiopélica y puede llevar a insuficiencia cardíaca, especialmente en dosis acumuladas altas.
 - Neuropatía: vincristina puede causar neuropatía periférica, afectando la calidad de vida de los pacientes.

5. Síndrome de lisis tumoral

- La rápida destrucción de células tumorales puede liberar grandes cantidades de potasio, fósforo y ácido úrico en la san-

gre, llevando a insuficiencia renal aguda y otras complicaciones metabólicas.

6. Complicaciones crónicas

- **Segundas neoplasias:** los pacientes tratados por LDCBG tienen un riesgo aumentado de desarrollar segundas neoplasias malignas, tanto hematológicas como sólidas, debido a la inmunosupresión y la exposición a agentes quimioterapéuticos.
- **Insuficiencia orgánica:** daño crónico a órganos como el corazón, riñones y pulmones puede ocurrir como resultado de la toxicidad acumulada de los tratamientos.

Pronóstico

El pronóstico de LDCBG ha mejorado significativamente con los avances en el tratamiento, especialmente con la inclusión de rituximab en los esquemas de quimioterapia. Sin embargo, el pronóstico varía dependiendo de factores como la edad del paciente, el estadio de la enfermedad, el índice de masa tumoral, y la respuesta inicial al tratamiento.

El Índice Pronóstico Internacional (IPI) es una herramienta útil para evaluar el pronóstico, considerando factores como la edad, el estado general del paciente (performance status), el nivel de lactato deshidrogenasa (LDH), el estadio de la enfermedad y el número de sitios extranodales afectados.

Conclusiones

La lumbalgia es una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria, el segundo motivo de consulta después de las infecciones respiratorias y representa aproximadamente un 5-10% de las consultas.

La mayoría de las consultas se relacionan con causas benignas (contracturas, artrosis...), pero también puede ser síntoma de patologías más graves. Esto suele conducir

a errores o retrasos en el diagnóstico, sobre todo cuando no se evalúan correctamente los signos de alarma o red flags, siendo los más importantes los siguientes:

1. **Edad:** la edad avanzada suele ser un factor de riesgo para la lumbalgia, sin embargo, si el dolor se presenta en pacientes menores de 18 años o mayores de 50 años puede ser un signo de alarma y debería ser motivo de preocupación. En los jóvenes con lumbalgia aguda con o sin trauma, hay que pensar en defectos congénitos o fracturas vertebrales, en mayores de 50 años se debe descartar tumores, infecciones o afecciones intraabdominales como aneurisma de aorta.
2. **Uso de anticoagulantes o antiagregantes:** los pacientes anticoagulados tienen mayor riesgo de presentar hematomas epidurales que pueden comprimir la médula espinal o raíces nerviosas, aunque el riesgo de esto es muy bajo.
3. **Fiebre:** la fiebre puede ser indicativa de infección, por lo que habría que descartar un absceso espinal epidural en estos casos.
4. **Síntomas genitourinarios:** la retención urinaria y la incontinencia fecal están asociadas comúnmente con el síndrome de cauda equina, una emergencia médica causada por la compresión de las raíces nerviosas de la médula espinal.
5. **Inmunocomprometidos:** las infecciones son comunes en personas con inmunodeficiencias debido a comorbilidades o medicaciones. Estas infecciones pueden no presentar fiebre, complicando el diagnóstico. Los pacientes con uso prolongado de corticosteroides, diabetes, desnutrición o abuso de alcohol tienen mayor riesgo de infecciones o fracturas vertebrales.
6. **Abuso de drogas vía parenteral:** pacientes con abuso actual o historia de abuso de drogas vía parenteral tienen mayor riesgo de bacteriemia, lo que puede causar infecciones en la columna como espondilodiscitis o abscesos epidurales. En la anamnesis es importante preguntar por el uso de drogas IV en casos de lumbalgia.
7. **Cirugía reciente o inyecciones espinales:** cambios en los síntomas tras una cirugía de columna o inyecciones espinales podrían sugerir una infección o hematoma. Los pacientes con punciones lumbares también están en riesgo de hematomas epidurales o infecciones.
8. **Trauma:** un trauma mayor, o incluso trauma menor en ancianos, puede causar fracturas vertebrales, y las fracturas pueden comprimir la médula espinal. Además, si añadimos el uso de anticoagulantes pueden ocasionar un hematoma epidural.
9. **Historia de cáncer:** un historial personal o familiar de cáncer es crucial en la evaluación de la lumbalgia, especialmente en pacientes con cánceres metastásicos, como de próstata, mama o pulmón, que tienden a diseminarse a la columna vertebral y pueden comprimir la médula espinal.
10. **Otros síntomas constitucionales:** la pérdida de peso inexplicable, el dolor nocturno o en reposo son signos preocupantes que pueden sugerir infecciones o malignidad, y requieren una evaluación inmediata.

Como médicos de familia, ante un dolor lumbar que no mejora, hay que realizar una exploración física completa para encontrar algún signo o síntoma que nos haga pensar en otra enfermedad, como en este caso el LDCBG, y solicitar pruebas complementarias.

tarias para ampliar el estudio. Además, es muy importante el manejo multidisciplinar precoz para tratar al paciente cuanto antes.

Agradecimiento a Miguel Ángel Prados Quel por su ayuda en el desarrollo y orientación del presente trabajo.

Conflicto de interés: ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. LaCasce AS, Ng AK, Aster JC, Freedman AS, Rosmarin AG. Clinical presentation and diagnosis of classic Hodgkin lymphoma in adults. UpToDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-classic-hodgkin-lymphoma-in-adults>
2. Freedman SA, Aster JC. Epidemiology, clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of diffuse large B cell lymphoma. UpToDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-diffuse-large-b-cell-lymphoma>
3. Thermulen AM, Gross TG. Overview of non-Hodgkin lymphoma in children and adolescents. UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-non-hodgkin-lymphoma-in-children-and-adolescents>
4. Harris NL. Differential diagnosis between Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *Int Rev Exp Pathol.* 1992; 33:1-25. doi: 10.1016/b978-0-12-364933-1.50006-0. PMID: 1733868.
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Non-Hodgkin's Lymphomas. Version 5.2020.
6. National Cancer Institute. Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®) – Health Professional Version. 2021.
7. Ta R, Yang D, Hirt C, Drago T, Flavin R. Molecular Diagnostic Review of Diffuse Large B-Cell Lymphoma and Its Tumor Microenvironment. *Diagnostics.* 2022;12(5):1087. Available in: <https://www.mdpi.com/2075-4418/12/5/1087>
8. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. IARC; 2017.
9. Schmitz N, Zeynalova S, Nickelsen M, et al. CNS International Prognostic Index: a risk model for CNS relapse in patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. *J Clin Oncol.* 2016;34(26):3150-3156.
10. SEMERGEN. Guía de manejo de la lumbalgia en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; 2019.
11. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-1858.
12. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. SEER Cancer Statistics Explorer. National Cancer Institute. Disponible en: https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/application.html?site=86&data_type=1&graph_type=4&compareBy=sex&chk_sex_3=3&chk_sex_2=2&race=1&age_range=1&advopt_precision=1&hdn_view=0&resultsRegion0
13. De Palma MG. Red flags of low back pain. *JAAPA.* 2020; 33(8):8-11. Disponible en: https://journals.lww.com/jaapa/fulltext/2020/08000/red_flags_of_low_back_pain.1.aspx

Técnica ecográfica del aneurisma de aorta abdominal

Ultrasound technique of abdominal aortic aneurysm

Arjona Carpio B

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bailén. Bailén. Jaén

Recibido el 30-10-2024; aceptado para publicación el 4-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 39-42

Correspondencia: Belén Arjona Carpio, mail: belenarjonacarpio@gmail.com

El aneurisma de aorta abdominal

La mayoría de los aneurismas de aorta abdominales (AAA) son asintomáticos y se detectan de forma incidental. En ocasiones se puede palpar una masa pulsátil. Si se rompe, se manifiesta como un dolor repentino e intenso en el abdomen (epigástrico o lumbar), irradiado o no a miembros inferiores (1). El gold estándar para la detección y diagnóstico de AAA es la ecografía abdominal, con una sensibilidad del 94-99% y una especificidad del 98-100% (2). Ante la sospecha clínica de AAA se realizará una ecografía. Cuando el diámetro de la aorta abdominal sea ≥ 3 cm o el de las arterias ilíacas $>1,5$ cm, se debe valorar la presencia de signos

de inestabilidad hemodinámica. En el paciente estable se realizará un angio-TC, que proporciona información sobre la morfología, extensión y localización, mientras que en el paciente inestable se debe considerar la realización de una cirugía urgente (3). El tratamiento intervencionista puede ser mediante cirugía abierta con interposición de injerto protésico y exclusión del aneurisma o de forma intravascular (reparación aórtica endovascular), introduciendo la prótesis por la arteria femoral y fijándola a la pared vascular con stents metálicos cubiertos. La elección de la técnica quirúrgica dependerá de la morfología del aneurisma, la situación clínica, la edad y la comorbilidad del paciente (*tabla*) (6).

Tabla. Manejo de los aneurismas de aorta abdominal

Asintomáticos	Sintomáticos	Rotura
<p>-Diámetro < 4 cm: seguimiento ecográfico abdominal anual.</p> <p>-Diámetro 4-5,4 cm: seguimiento ecográfico cada 3-6 meses.</p> <p>-Diámetro $\geq 5,5$cm (5 cm en mujeres) o crecimiento semestral >5mm: derivación para reparación quirúrgica (consigue una reducción de la mortalidad por AAA del 43%).</p>	<p>Ingreso y reparación quirúrgica programada precoz.</p>	<p>1. Monitorización y confirmación mediante angio-TC.</p> <p>2. Hipotensión permisiva: restricción de los fluidos y tensión arterial sistólica objetivo de 70-90 mmHg para prevenir una hemorragia excesiva.</p> <p>3. Reparación quirúrgica urgente.</p>

En Atención Primaria, la ecografía es una técnica diagnóstica no invasiva que permite detectar AAA en pacientes asintomáticos, siendo el método de detección más utilizado y recomendado (4). La ecografía “a pie de cama” o “ecografía clínica” hace referencia a la evaluación clínica con US por médicos no radiólogos. Es una herramienta que complementa la exploración física, apoya la sospecha diagnóstica, estratifica el riesgo, guía las decisiones terapéuticas, monitoriza la respuesta a tratamientos, además de realizar un cribado de algunas enfermedades (2,6).

Anatomía de la aorta abdominal

La aorta abdominal penetra en la cavidad abdominal a través del hiato diafragmático. Su diámetro mayor no debe superar los 3 cm a este nivel. Su diámetro va disminuyendo discretamente hasta su bifurcación a nivel del ombligo en las arterias ilíacas, en las que el diámetro debe ser menor de 1,5 cm. Da lugar a los siguientes vasos por orden cráneo-caudal:

- Tronco celíaco (TC) que se divide en tres ramas: hepática, esplénica y coronaria estomáquica.
- Arteria mesentérica superior (AMS).
- Arterias renales (izquierda y derecha), salen aproximadamente 1cm por debajo de la AMS en las caras laterales de la aorta. Por lo tanto, no podremos verlas en cortes longitudinales de las mismas, sino en cortes transversales.
- Arteria mesentérica inferior (AMI): justo antes de la bifurcación. Poco valorable por ecografía.

Técnica ecográfica

Se utiliza una sonda curvilínea o “convex” de baja frecuencia (3,5 a 5 MHz) para explorar la aorta, el mismo transductor de la

ecografía abdominal. La profundidad suele oscilar entre 8-12 cm. La exploración se realiza con el paciente en decúbito supino y es recomendable un ayuno previo de al menos 6 horas, para evitar interferencias del contenido gastrointestinal (3,7). La medición fundamental en la exploración es el diámetro máximo de la aorta abdominal. Debemos realizar un estudio completo, desde su inicio en el diafragma hasta la bifurcación distal de las arterias ilíacas.

Inicialmente la aorta debe explorarse **longitudinalmente** a nivel paramedial izquierdo subxifoideo, es decir, situaremos la sonda ligeramente a la izquierda de la línea media abdominal del paciente, con la marca que indica la dirección de barrido dirigida a nivel craneal. La aorta se visualiza como una imagen tubular, pulsátil, rectilínea, con paredes hiperecogénicas y luz anecoica, situada sobre los cuerpos vertebrales (*Figura 1*). En su cara anterior presenta salida del TC y a continuación de la AMS, que sigue su trayecto paralelamente anterior a la aorta.

Figura 1. . Aorta abdominal, exploración y medición del diámetro longitudinal. Se observa la emergencia de los troncos celiacos.

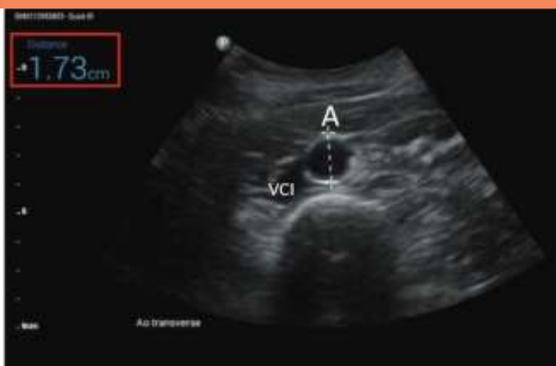


La aorta presenta un calibre de 2 cm de eje anteroposterior a nivel de diafragma y, va disminuyendo progresivamente hasta medir 1,5 cm a nivel de la bifurcación de las arterias ilíacas (nivel de L4, correspondiendo con el ombligo). Las mediciones deben realizarse desde las paredes más externas de la aorta. Se puede realizar en plano longitudinal y transversal, pero algunos autores recomiendan en plano longitudinal para evitar sobreestimaciones al colocar la sonda con cierto grado de oblicuidad.

A continuación, el marcador de la sonda se inclina 90° hacia el lado derecho para visualizar la sección transversal de la aorta proximal, medial y distal.

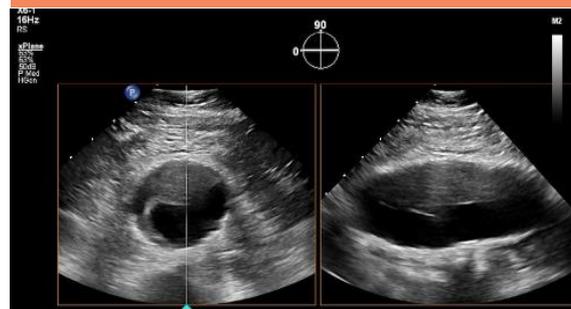
Con el transductor en línea media corte transversal a nivel de epigastrio localizaremos la aorta y la cava en la cara anterior de los cuerpos vertebrales (*Figura 2*). La aorta aparece a la izquierda del paciente con sección redondeada, pulsátil, paredes hiperecogénicas y luz anecogénica. La vena cava inferior (VCI) está a la derecha de la columna con forma ovalada y paredes delgadas, siendo posible comprimirla con la presión del transductor.

Figura 2. Aorta abdominal, exploración y medición del diámetro transverso



Poco después de su paso a través del diafragma sale el TC, visualizándose una imagen en “T” o en “gaviota” al dividirse en las ramas hepática y esplénica. La ecografía además nos permite detectar otras patologías de la aorta abdominal; trombos murales dentro del aneurisma y placas de ateroma entre otras (*Figura 3*). Ocasionalmente se puede observar un trombo dentro del aneurisma. El Doppler color es útil para estudiar el flujo dentro del aneurisma. La presencia de líquido intraperitoneal libre puede indicar rotura de aneurisma aórtico (7).

Figura 3. Aneurisma de aorta abdominal parcialmente trombosado, objetivándose en vistas transversal y longitudinal



La rotura del AAA es una emergencia potencialmente mortal, condición que tiene una alta mortalidad. El riesgo de ruptura de un aneurisma aumenta con su mayor diámetro. Los hallazgos ecográficos de rotura de AAA son principalmente líquido retroperitoneal libre que a veces es difícil de visualizar debido al transductor, sin embargo, mediante Doppler se puede verificar la interrupción de la aorta, malformación, coágulo en la luz y fuga de líquido. En tales casos, la ecografía es una herramienta que salva vidas y ayuda a orientar al paciente para una cirugía inmediata. El retraso en el diagnóstico de AAA se debe a que puede simular otras patologías como el cólico renal o la diverticulitis aguda (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Alasasfeh I, Abudawood R, Hwidi BE. Rupture abdominal aortic aneurysm discovered by pocket-sized ultrasound in a low resource setting: a case report. *Int J Emerg Med.* 2024. 17;17(1):9.
2. Conangla-Ferrin L, Guirado-Vila P, Solanes-Cabús M, et al. Ultrasound in Primary Care: Consensus recommendations on its applications and training. Results of a 3-Round Delphi study. *Eur J Gen Pract.* 2022; 28(1):253-259.
3. Trillo Fernández C, coord. *Ecografía en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica.* 2ª Edición. Granada: Fundación SAMFyC; 2021.
4. López Téllez A, Ramírez Torres JM, Pérez Vázquez E. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm in primary care. In Press, Corrected Proof. Feb 2024.
5. Sánchez-Duque JA, Muñoz-Marín GA. Point of care ultrasound in Primary Care. *Aten Primaria.* 2022; 54(11):102474.
6. Aparicio EM, Caso JM, Díaz M, et al. *Manual de diagnóstico y Terapéutica Médica.* 9ª Edición. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2022.
7. Khan MA, Abu-Zidan FM. Point of care ultrasound for the acute abdomen in primary health care. *Turk J Emerg Med.* 2020; 20 (1): 1-11.
8. Carrera KG, Hassen G, Rossitto F, et al. The Benefits and Barriers of using Point of Care Ultrasound in Primary Healthcare in the United States. *Cureus.* 2022; 14(8): e28373.

Preguntas

1. **¿Cuál de las siguientes es la complicación más grave asociada al AAA?**
 - a. Disección aórtica.
 - b. Trombosis.
 - c. Ruptura AAA.
 - d. IAM (infarto agudo de miocardio).
2. **¿Cuál es la prueba diagnóstica no invasiva más sensible y específica para el diagnóstico de AAA?**
 - a. TC de abdomen.
 - b. Angio-TC de abdomen.
 - c. Radiografía de abdomen.
 - d. Ecografía abdominal.
3. **¿Cuál de los siguientes NO es uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de AAA?**
 - a. Hipertensión.
 - b. Sexo femenino.
 - c. Tabaquismo.
 - d. Antecedente familiar AAA.
4. **¿Existe actualmente un programa de cribado universal para la detección de AAA?**
 - a. Sí.
 - b. No, aunque depende de las CCAA (Comunidades Autónomas) de cada país.
 - c. No, aunque hay países que sí como es el Reino Unido.
 - d. No, aunque en España existe el cribado de AAA.
5. **¿Cuál es la tasa de mortalidad estimada en el paciente que llega al hospital con el diagnóstico de ruptura de AAA?**
 - a. 80%.
 - b. 60%.
 - c. 40%.
 - d. 30%.

Hablemos de pornografía en los adolescentes

Let's talk about pornography in teenagers

Palenzuela Paniagua SM^{a1}, Leal Helmling J², Jiménez Pulido I³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Otero, Área Sanitaria de Ceuta. Grupo de Estudio del Adolescente, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

²Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

³Médico de Familia Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Estudio del Adolescente, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Recibido el 20-12-2024; aceptado para publicación el 30-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 43-51

Correspondencia: Sara M^a Palenzuela Paniagua, mail: spalenzuelapaniagua@gmail.com

El panorama actual de la pornografía en la adolescencia

La pornografía se define como cualquier material visual, auditivo o escrito que tiene como objetivo representar actividades sexuales con la intención de estimular sexualmente al espectador o lector. Puede presentarse en diversos formatos, como videos, imágenes, textos, audios o animaciones, y abarca desde representaciones suaves hasta contenido altamente explícito.

A diferencia de la pornografía convencional, que era principalmente generada por productoras y distribuidas en revistas o quiscos, la nueva pornografía está mucho menos limitada. Esta nueva pornografía se ha convertido en la fuente de aprendizaje sexual principal, de construcción de identidad sexual, para menores y jóvenes. Desconocemos las cifras de contenido pornográfico sobre el total de internet¹. La oferta es ilimitada y en constante expansión e incluyen todo tipo de prácticas, temáticas y corporalidades. La presencia del porno no se limita a sitios propiamente destinados a ello, sino que ha colonizado desde videojuegos

hasta redes sociales como Tik Tok o Instagram. Existen 144 millones de plataformas que reciben 46 millones de visitas diarias, un número que supera al de Netflix, Twitter o Amazon. En 5 segundos, 3.500 personas ya han visitado Pornhub, uno de los portales pornográficos por excelencia. En total se estima que recibe durante un año 23 mil millones de visitas (más de 2 millones por hora). España es el 12º país en consumo según el portal de pornografía más importante².

Teniendo en cuenta esta transformación, existen múltiples estudios que muestran una reducción en las edades de inicio del consumo y aumento de la frecuencia con las que se consume. La edad promedio de exposición a la pornografía es 11-13 años (9 de cada 10, de entre 8 y 16 años, han consumido pornografía)³. Dentro de las características que favorecen el uso de pornografía en edades tempranas destacan:

- Universalización de la cultura de pantallas en la adolescencia y acceso a Internet a edades reducidas. Las redes se configuran como el espacio interactivo preferido para establecer relaciones.

- Creciente hipersexualización de las sociedades avanzadas (en los medios de comunicación, filmaciones, redes sociales, Internet, etc.).
- Desarrollo de la industria pornográfica en el ámbito internacional. Facilidad de acceso a contenido ilimitado sin control o restricción para menores de edad. El bajo o nulo coste del material pornográfico y la posibilidad de acceder a él de forma anónima
- Falta de educación afectiva y sexual que dé respuesta a la curiosidad, genere capacidad crítica y modere el consumo.

La red permite que los adolescentes entren fácilmente en contacto con el contenido sexual explícito a una edad cada vez más temprana, ya sea de forma involuntaria o intencionada (30% acceden a él de forma accidental a través de anuncios o pop-ups). Se calcula que los niños acceden a su primer móvil en torno a los once años, y el 62% tiene un perfil de Instagram o Tiktok⁴. De esta forma, aunque de forma individual se activen sistemas de control parental o se retrase la edad de entrega del móvil, la accesibilidad es alta.

La mayoría de contenido pornográfico accesible en la red mantiene 2 mensajes fundamentales que se reiteran: el desplazamiento del deseo de la mujer al del hombre y la asociación del placer femenino al dolor con lo que se normaliza la violencia contra la mujer y la cosificación de la mujer. Además, otro elemento de preocupación es la representación de prácticas sexuales de riesgo como no utilizar preservativo.

El consumo de porno puede darse de forma aislada o asociarse a otras conductas sexuales como el sexting (recibir o enviar mensajes, imágenes o vídeos sexualmente explícitos a través del teléfono móvil o las redes sociales). En determinadas oca-

siones, estas imágenes pueden difundirse sin consentimiento. Esta práctica está cada vez más extendida y normalizada entre los jóvenes (1 de cada 4 adolescentes declara haber practicado sexting alguna vez)^{5,6}. En la *tabla 1* se resume los principales datos de los estudios epidemiológicos más recientes sobre el consumo de pornografía por los adolescentes. En la *tabla 2* se resumen las principales características del acceso de las personas adolescentes a la pornografía.

Efecto sobre la maduración sexual en la adolescencia

La sexualidad es el resultado de un complejo proceso evolutivo permanente que comienza a desarrollarse en la infancia. Con el consumo de pornografía, el deseo sexual del adolescente se va construyendo sobre unos cimientos irreales, violentos y desiguales⁷. Además, se ha comprobado que, cuando la intentan imitar, no siempre solicitan un consentimiento previo en sus prácticas, al igual que ocurre en la pornografía. Iniciarse a la sexualidad a través de la pornografía puede conllevar consecuencias nocivas, entre las que encontramos:

- Efectos psicológicos: La exposición temprana está asociada con la desensibilización emocional y problemas en la autoimagen corporal por las expectativas e ideas alejadas de la realidad. Frustración y miedo ante estándares inalcanzables tanto en belleza como en sus relaciones.
- Impacto en las relaciones: El 88% de los videos porno incluye agresividad física y verbal, generalmente del hombre hacia la mujer. Este contenido está lejos de reproducir conductas y comportamientos sexuales sanos que son normalizadas. La percepción distorsionada de las relaciones sexuales conlleva a un deterioro de las relaciones interpersonales con un aumento de la inclinación a cosificar la

figura femenina y a incurrir en estereotipos de género, desarrollando actitudes permisivas sexuales e instrumentalización la sexualidad.

- Conductas sexuales de riesgo: Se normaliza una sexualidad desprotegida e irresponsable con los métodos anticonceptivos y la protección frente a las enfermedades de transmisión sexual. Sexo

en grupo y grabación de otras personas con la posterior publicación no consentida con la única finalidad de hacer daño (revenge porn)

- Rendimiento académico: Se ha observado una correlación entre el consumo frecuente y la disminución en el rendimiento escolar.

Tabla 1. Principales resultados de los estudios poblacionales sobre el consumo de pornografía en las personas adolescentes

Estudio ESTUDES 2023 (42.208 alumnos entre 14-18 años (2023) ⁸	
- Prevalencia:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 66,8% de los jóvenes de 14 a 18 años ha visto pornografía alguna vez. ○ 86,3% de los chicos vs. 46,7% de las chicas. ○ 44,5% la ha visto en el último mes.
- Consumo por edad:	<ul style="list-style-type: none"> ○ A mayor edad, mayor consumo: 37,1% de los jóvenes de 14 años consumió pornografía en el último mes.
- Modalidad de consumo:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mayoritariamente en solitario (85%). ○ Los chicos prefieren verla solos (91%), mientras que las chicas son más propensas a consumirla en pareja (13,9%) o con amigos (37%). ○ El 92,4% accede desde el móvil.
- Acceso accidental:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un 30% de los adolescentes accede de forma accidental.
Informe Juventud y Pornografía en la Era Digital (FAD) (1259 adolescentes entre 16-29 años) 2023 ⁹	
- Edad de primer contacto:	<ul style="list-style-type: none"> ○ El 45% de los jóvenes lo tiene entre los 12-15 años. ○ 25% antes de los 12 años ○ 6,5% a los 8 años.
- Género:	<ul style="list-style-type: none"> ○ El consumo es más frecuente en hombres que en mujeres.
- Acceso accidental:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 40% ha visto contenido pornográfico sin buscarlo.
- Interacción con contenido:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 48,7% ha recibido fotos o videos sexuales. ○ 20,9% ha compartido contenido erótico de personas conocidas sin su consentimiento.
Estudio de las Islas Baleares (3629 alumnos entre 13-18 años) 2022 ¹⁰	
- Prevalencia:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 90,5% de los jóvenes de 13 a 18 años ha visto pornografía.
- Edad de inicio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Media de 12,7 años para chicas y 12,98 años para chicos. ○ 17,5% tuvo su primer contacto a los 8 o 9 años.
- Tipo de contenido:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 76,25% consume principalmente pornografía hardcore. ○ 66,9% de las chicas vs. 84,7% de los chicos la consumen de forma habitual.
- Normalización de la violencia:	<ul style="list-style-type: none"> ○ La pornografía hardcore conduce a la normalización y erotización de la violencia sexual.
- Frecuencia:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un 18,2% admite un consumo diario.
Informe de Save the Children (1753 adolescentes entre 13-17 años) 2020 ⁷	
- Prevalencia:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 62,5% de los jóvenes de 13 a 17 años ha consumido pornografía.
- Edad de inicio:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 53,8% accedió antes de los 13 años, y 8,7% antes de los 10. ○ Edad promedio: 12 años (antes de los 12 en chicos y 12,5 en chicas).
- Diferencias de género:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los chicos suelen buscar activamente pornografía como un "rito de iniciación". ○ Las chicas suelen encontrarla de forma accidental y están más expuestas a recibir contenido no solicitado.

¿Cuándo el consumo de pornografía se convierte en un problema?

Aunque el consumo de pornografía puede empezar como algo meramente recreativo (lo cual no excluye las consecuencias previamente mencionadas), su uso repetido puede derivar en un problema clínico. La Organización Mundial de la Salud ha incluido en la actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) la **Conducta Sexual Compulsiva (CSC)** como categoría específica dentro del Trastorno del Control de los Impulsos (11). La pornografía estaría incluida dentro de esta clasificación como una conducta propia de la CSC, siendo la CSC una categorización más amplia, que incluye todo tipo de conductas sexuales como: masturbación, relaciones sexuales casuales, uso de chats o webcams sexuales y clubs de prostitución o striptease.

Los criterios del uso problemático establecidos para adultos podrían extrapolarse a adolescente, a falta de criterios específicos para este grupo de población. Estos criterios propuestos son:

1. Repetitivas conductas sexuales que se convierten en el foco principal de la vida de la persona, hasta el punto de ser negligente con su salud o con la atención de otros intereses, actividades o responsabilidades.
2. Ha hecho numerosos esfuerzos infructuosos para controlar o reducir significa-

tivamente su conducta sexual.

3. Continúa realizando la conducta sexual a pesar de las consecuencias adversas (ruptura de relaciones, impacto negativo en la salud, laboral, ocupacional, etc.)
4. Continúa con la conducta sexual aun cuando no se deriva placer de ella o es muy pequeño.

En algunos casos el consumo de pornografía puede convertirse problema, tanto por el abuso o consumo compulsivo, como por prácticas de riesgo como el sexting, sextosión, grooming, etc. El **uso problemático de pornografía (UPP)** se define desde la perspectiva de la salud mental como el consumo de pornografía que perturba el funcionamiento de una persona y se asocia a comportamientos incontrolables y adictivos, asemejándose a las características habituales de otras adicciones. Existe un debate sobre si este comportamiento es similar a una adicción comportamental, a una conducta compulsiva, consecuencia de la impulsividad o una conducta aprendida y condicionada. Los criterios propuestos para el UPP son:

- Uso altamente frecuente, excesivo y compulsivo de pornografía.
- Urgencia para involucrarse en el comportamiento, con el objetivo de alcanzar o mantener un estado emocional positivo o para escapar/evitar un estado emocional negativo.

Tabla 2. Principales características del acceso de las personas adolescentes a la pornografía

1. **Alta prevalencia del consumo de pornografía desde edades tempranas**, con un promedio de inicio alrededor de los 12 años.
2. **El consumo es mayor en chicos que en chicas**, y suele ser más activo por parte de los hombres, mientras que las mujeres lo encuentran con más frecuencia de forma accidental.
3. **El móvil es el dispositivo principal** para acceder a contenido pornográfico.
4. **El consumo de pornografía hardcore es mayoritario**, lo que genera preocupación por la normalización de la violencia sexual en los jóvenes.
5. **El acceso accidental y la difusión no consentida de contenido sexual** son fenómenos frecuentes, especialmente entre adolescentes.

- Disminución del control sobre la conducta.
- Repetición de la conducta a pesar de las consecuencias adversas, que derivan en un malestar personal significativo y dificultades funcionales.

Un instrumento muy reciente y útil, validado en población adolescente (española y mexicana) de 12 a 18 años, es la versión breve del Cuestionario de Uso Problemático de Pornografía (PPCS-6)^{1,2}, que identifica la presencia de un posible UPP. Se trata de una adaptación del ya validado para adultos (PPCS-18) y que puede servir como un instrumento de cribado con validez y fiabilidad demostrada para adolescentes (*tabla 3*).

¿Cómo abordar este tema desde la consulta de Atención Primaria?

Los/las médicos/as de familia somos, en muchas ocasiones, el primer contacto de la persona adolescente en el sistema sanitario. Es preciso tener presente la importancia (por prevalencia y gravedad) de este problema,

por lo que debemos de ser sensibles en este aspecto y seguir formándonos para conocer las nuevas tecnologías y en los riesgos-beneficios que éstas suponen. La coordinación con otros profesionales como los pediatras y el personal docente de educación secundaria y bachillerato es necesario para poder desarrollar acciones de prevención del UPP y de intervención comunitaria en esta población.

Abordar el consumo de pornografía en adolescentes desde la consulta de atención primaria es un tema delicado y multifacético⁷. Implica no solo la educación sobre salud sexual, sino también el fomento de una comunicación abierta y respetuosa, así como el reconocimiento de los aspectos psicológicos y emocionales involucrados¹¹. Para ellos habrá que fomentar y mantener los siguientes puntos:

1. El ambiente:

- Crear un ambiente de confianza y apertura estableciendo un espacio seguro y privado donde el adolescente se sienta cómodo para hablar sin ser juzgado

Tabla 3. Versión breve del Cuestionario de Uso Problemático de Pornografía (PPCS6)

Por favor, piensa en los últimos 6 meses e indica, en una escala del 1 al 7, con qué frecuencia o hasta qué punto te identificas con las siguientes afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas. Señala la respuesta con la que más te identificas.

	Nunca	Raramente	De forma ocasional	A veces	A menudo	Muy a menudo	Todo el tiempo
He sentido que el porno es una parte importante de mi vida	1	2	3	4	5	6	7
He liberado tensiones mirando porno	1	2	3	4	5	6	7
He abandonado otras actividades lúdicas para mirar porno	1	2	3	4	5	6	7
He sentido que cada vez necesitaba más porno para satisfacer mis necesidades	1	2	3	4	5	6	7
Cuando me he prometido dejar de mirar porno, solo lo he conseguido durante un periodo corto de tiempo	1	2	3	4	5	6	7
Me he estresado cuando algo me ha impedido mirar porno	1	2	3	4	5	6	7

Nota: El punto de corte para indicar un posible uso problemático de la pornografía es de 20 puntos.

- Ser empático y normalizar el consumo de pornografía entre los adolescentes dejando claro que existen aspectos que pueden ser problemáticos si no se gestionan de manera adecuada.

- Asegurar la confidencialidad reafirmando que lo que se comparte en la consulta es confidencial lo cual favorecerá la apertura del adolescente.

2. Preguntar:

- Evaluar el contexto y la frecuencia del consumo con pregunta abiertas y de forma neutral. En lugar de hacer preguntas directas o confrontativas, utiliza frases abiertas, como: “*A veces los jóvenes exploran temas sobre sexualidad por Internet, ¿cómo te sientes tú al respecto?*” Esto permite que el adolescente se sienta más cómodo para hablar de su experiencia.
- Explorar la frecuencia y el contexto: Es importante saber si el consumo de pornografía es ocasional o frecuente, y si está afectando su vida diaria (rendimiento escolar, relaciones interpersonales, etc.). También se debe indagar si existe alguna compulsión o dificultad para controlar este consumo. Es fundamental una postura de apoyo sin juzgarlo.
- Ayudar al adolescente a entender que está en una etapa de exploración y que no es algo de lo que deban sentirse avergonzados, pero que es importante manejarlo de manera saludable.
- Explorar la relación con la familia: Si el adolescente está abierto a ello, es posible involucrar a los padres en la conversación. Los padres pueden ser una fuente importante de apoyo y guía, y a menudo también necesitan orientación sobre cómo abordar este tema en casa. Ofrecerles recursos educativos o recomendaciones sobre cómo fomentar una

conversación abierta y respetuosa sobre sexualidad.

3. Informar:

- Desmitificar la pornografía: Explicar que la pornografía no refleja la realidad de las relaciones sexuales ni el consentimiento, y que muchas veces presenta una visión distorsionada o no saludable de la sexualidad. Resaltar que lo que se ve en la pornografía no es un modelo a seguir para la intimidad.
- Discutir los efectos potenciales sobre la salud mental, como la ansiedad, la baja autoestima o las expectativas poco realistas sobre el cuerpo y la sexualidad.
- Subrayar la importancia del consentimiento mutuo y respetuoso en las relaciones sexuales, algo que rara vez se refleja de manera adecuada en la pornografía.
- Hablar sobre la sexualidad sana, basada en el respeto, la confianza y el bienestar emocional, destacando la importancia de las relaciones afectivas y de cómo aprender a tener una sexualidad responsable y respetuosa.

4. Actuar:

- Evaluar posibles signos de adicción, si el consumo es excesivo o interfiere en otros aspectos de la vida del adolescente, como las relaciones sociales, el rendimiento escolar o su bienestar emocional.
- Investigar si el consumo de pornografía está afectando sus interacciones con amigos, familiares o parejas. A menudo, los adolescentes pueden desarrollar una percepción distorsionada de lo que es una relación íntima saludable.
- Explorar si puede haber otros problemas asociados como por ejemplo dificultad para relacionarse con iguales,

problemas de ansiedad, de depresión o cualquier conducta de índole violento o antisocial.

5. Comprobar si en algún momento ha estado inmerso en alguna situación de violencia o en algún comportamiento de riesgo y si alguna vez le afectara cómo detectarla y reportarla a un adulto.

6. Fomentar el autocuidado digital:

- Hablar sobre el autocontrol, el establecimiento de límites y el uso responsable de la tecnología. Enseñarles a reconocer la importancia de elegir contenidos que contribuyan a su bienestar y fomentando un sentido crítico
- Asegurarse de que el adolescente esté informado sobre los riesgos de la exposición a contenido inapropiado en línea, y cómo protegerse frente a estos peligros. Seguimiento con visitar para manejar cualquier preocupación y reforzar mensajes educativos.

El consumo de pornografía presenta una estrecha relación con el uso sin control de los dispositivos digitales, una conducta de riesgo que progresivamente se está incorporando a las actividades preventivas y de promoción de la salud en las consultas de Atención Primaria. El cambio de patrón de relación de las personas adolescentes motivado por las redes sociales hace que sean más vulnerables a los riesgos que conlleva la alta accesibilidad a contenidos pornográficos. Por ello, es vital la importancia de fomentar la autoestima, el conocimiento, la capacidad crítica, las relaciones interpersonales y familiares para prevenir conductas de riesgo.

¿Existen protocolos o guías específicas en atención primaria para tratar el tema de la pornografía en adolescentes?

Es un tema que preocupa hoy en día por el incremento de su uso y el impacto que tiene

la pornografía distribuida por internet sobre las conductas sexuales y sobre las relaciones de género. Diferentes servicios sanitarios de las comunidades autónomas, ayuntamientos, asociaciones, fundaciones y sociedades científicas están trabajando en la elaboración de Guías y protocolos tanto para profesionales como para familiares^{12,13,15}. Estas guías ayudan a prevenir, detectar precozmente y tratar este tema, apareciendo cada día nuevos documentos. Desde el grupo de estudio del adolescente de SAMFyC destacamos las guías editadas por la fundación Save The Children⁷ y la fundación ANAR¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villena Moya, A; Mestre-Bach, G; Chiclana Actis, C. Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: un debate no resuelto. *Adolescente* 2020; VIII (2): 32-41. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7544&tipo=documento>
2. Villena Moya A, Testa G, Hodann Caudevilla RM, Chiclana Actis C, Mestre Bach G. Pornografía en la edad infantojuvenil: situación actual y su prevención. *Pediatr Integral* 2024; XXVIII (1): 66.e1 – 66.e6
3. Ballester L, Orte C, Pozo Gordaliza R. Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales. *Universitat de les Illes Balears*. 2019. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/nueva-pornografia-y-cambios-en-las-relaciones-interpersonales-de-adolescentes-y-jovenes/>
4. Triple A Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187-193. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187>
5. Rial Boubeta A. Adolescencia, Tecnología, Salud y Convivencia. 2022. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/nueva-pornografia-y-cambios-en-las-relaciones-interpersonales-de-adolescentes-y-jovenes>
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas,

2023. 89 p. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf
7. Save the Children. Informe (Des)información sexual: pornografía y adolescencia. 2020 [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-09/Informe_Desinformacion_sexual-Pornografia_y_adolescencia.pdf
 8. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2023. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
 9. Gómez Miguel A, Kuric Kardelis S, Sanmartín Ortí A. Informe Juventud y Pornografía en la Era Digital (FAD). Centro Reina Sofía. 2023. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8452&tipo=documento>
 10. Duran I Febrer, M; Milano V; Estudio sobre pornografía en las Islas Baleares. Instituto Balear de la Mujer, Universidad de las Illes Balears. 2022
 11. Educación sexual integral. OMS. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
 12. Barbero Reyes M. “Ni Zorras Ni Héroes. Guía para trabajar el consumo de pornografía en menores. Conceptos básicos y actividades para llevar a cabo con grupos de adolescentes o en tutorías educativas” Diputación de Granada 2021. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8160&tipo=documento>
 13. El porno no mola, y ahora entenderás por qué. Anna Salvia, Cristina Torrón. Barcelona, Montena, 2024. D.L. B 17857-2023. ISBN 978-84-19746-85-6
 14. El Porno no es real. Guía para familias y menores de edad. Fundación ANAR. Madrid. 2023. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: www.anar.org/el-porno-no-es-real/
 15. Testa G, Villena A, Mestre G, Chiclana C. Guía para familias. Adolescentes y uso de la pornografía. UNIR. [Internet]. [Consultado 17 diciembre 2024]. Disponible en: https://www.unir.net/wp-content/uploads/2023/12/Guia-para-Familias_Adolescentes-y-Uso-de-Pornografia.pdf

Preguntas

1. Qué porcentaje de adolescentes accede de forma accidental a contenido pornográfico en España?

- a. 15%.
- b. 25%.
- c. 30%.
- d. 40%.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el consumo de pornografía en España es correcta?

- a. El consumo es más frecuente entre mujeres que hombres.
- b. El 90% de los adolescentes accede al contenido desde un ordenador.
- c. La edad promedio de inicio en el consumo

de pornografía es de 12 años.

- d. La mayoría de los adolescentes consume pornografía en compañía de otros.

3. ¿Cuál es una de las consecuencias psicológicas del consumo temprano de pornografía?

- a. Mejora en el rendimiento académico.
- b. Desensibilización emocional y problemas de autoimagen corporal.
- c. Aumento del interés en relaciones interpersonales.
- d. Reducción de la frustración emocional.

4. ¿Qué define al Uso Problemático de Pornografía (UPP)?

- a. El consumo de pornografía que se limita a los fines recreativos.
- b. El consumo de pornografía asociado a

comportamientos incontrolables y adictivos.

- c. El consumo de pornografía exclusivamente en edades avanzadas.
- d. El consumo de pornografía en espacios públicos.

5. ¿Qué objetivo tiene el ambiente creado en la consulta de atención primaria al tratar el consumo de pornografía?

- a. Facilitar un espacio para que el adolescente se sienta juzgado.
- b. Garantizar la confidencialidad y fomentar la apertura del adolescente.
- c. Evitar conversaciones directas sobre sexualidad y tecnología.
- d. Obligar al adolescente a discutir su consumo con sus padres.

6. ¿Cuál de las siguientes acciones NO se forma parte del abordaje en la consulta?

- a. Desmitificar la pornografía como una representación fiel de las relaciones sexuales.

- b. Informar sobre los riesgos de la exposición a contenido inapropiado en línea.

- c. Implementar un tratamiento farmacológico para disminución de la lívido.
- d. Fomentar el autocuidado digital y el establecimiento de límites.

7. ¿Qué instrumento puede ser utilizado para evaluar el Uso Problemático de Pornografía en adolescentes?

- a. Cuestionario de Autoestima Digital (CAD).
- b. Versión breve del Cuestionario de Uso Problemático de Pornografía (PPCS-6).
- c. Escala de Evaluación del Consumo Tecnológico (EECT).
- d. Manual Clínico de Adicciones Digitales (MCAD).

Intervenciones psicológicas en atención primaria

Psychological interventions in primary care

Rodríguez Tejada A¹,

Rodríguez Jiménez C²

¹Médico de Familia. Centro de salud El Alamillo. Sevilla

²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Villanueva de Algaidas, Archidona. Málaga

Recibido el 09-09-2024; aceptado para publicación el 23-09-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 52-57

Correspondencia: Auxiliadora Rodríguez Tejada, mail: auximismo@gmail.com

1. Introducción

En el abordaje terapéutico de gran parte de la patología atendida en atención primaria es necesario realizar un tratamiento multimodal en el que se incluya tanto el tratamiento somático como el tratamiento del componente psicológico. Este abordaje psicológico fomenta el empoderamiento de la persona que sufre, al mismo tiempo que la sitúa en un rol activo en la enfermedad, además de facilitar un mejor control de síntomas¹, en lugar de la posición pasiva que supone la toma de medicación prescrita.

Algunas de estas intervenciones psicológicas cuentan con estudios suficientes como para avalar un alto grado de recomendación y otras, aunque aún no están respaldadas por estudios de alto nivel de evidencia, sí que son recomendables por la ausencia de efectos adversos en su uso. Entre estas medidas se encuentra la entrevista motivacional, el consejo médico fomentando los estilos de vida saludables, cambios en estilos de vida e higiene del sueño, la psicoeducación, técnicas psicoterapéuticas, técnicas de relajación y la atención al área biopsicosocial. Se pueden emplear de forma aislada o combinar varias técnicas, adaptándolas a las características de cada persona y a su entorno.

2. Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es el elemento esencial para el intercambio de información y es-

tablecer así un vínculo con el paciente, lo que posteriormente tendrá un peso muy importante en el éxito del resto de medidas terapéuticas que se lleven a cabo. La relevancia de la entrevista clínica puede ser aún mayor teniendo en cuenta que puede ser utilizada como terapia en sí misma mediante la intervención breve y el uso del lenguaje y los silencios como herramientas, haciendo énfasis en los mecanismos de afrontamiento efectivos y sanos del paciente a la vez que se restará valor a esos mecanismos desadaptativos que el individuo pone en marcha y que le causan sufrimiento¹.

La entrevista motivacional consiste en la realización de señalamientos que permiten al paciente descubrir sus propios recursos de afrontamiento. Mediante preguntas abiertas se facilita el diálogo, se permite la obtención de información adicional y favorece la catarsis de expresión de sentimientos. La escucha reflexiva esclarece lo que el paciente quiere decir realmente, mediante preguntas acerca del significado de lo que ha expresado o verbalización de lo que hemos entendido. También destaca el uso de afirmaciones automotivadoras encaminadas al cambio mediante el reconocimiento del problema, preocupación por el mismo, intención de cambiar y visión optimista ante este cambio. Este tipo de intervención ha demostrado una disminución de la ansiedad y un incremento de bienestar y autoeficacia².

3. Consejo médico

3.1. Estilo de vida saludable: alimentación, ejercicio, hábitos tóxicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la conferencia mundial ‘Promoción de la Salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Salud para todos y todos para la salud’, se difundieron las doce pautas esenciales para promover una buena salud.

Adoptar una serie de estilos de vida saludable son esenciales para la prevención de enfermedades cardiovasculares, así como establecer estos buenos hábitos, favorecen de manera positiva el gozar de una buena salud mental. Seguir una dieta estilo mediterráneo o basada en plantas; hacer ejercicio mínimo 30 minutos al día favorece la salud física y mental, tener unos buenos horarios de sueño y respetarlo; no tomar drogas que afecten al buen desarrollo cerebral, sin olvidar evitar la cafeína y el tabaco.^{3,4}

3.2. Cambio en estilos de vida

Tener un entorno familiar estable, donde se atiendan las distintas necesidades afectivas, así como construir relaciones de amistad y sociables saludables, donde se compartan experiencias y se establezcan relaciones de soporte mutuo, pueden mejorar el bienestar emocional.

Organizarse el tiempo, como por ejemplo, respetando el tiempo de estudio, estableciendo horarios para la realización de tareas y actividades o incluso respetando tiempos de entregas, pueden ayudar a evitar factores estresantes.⁴

3.3. Higiene del sueño

Dormir de una manera adecuada disminuye la tasa de enfermedades crónicas y degenerativas. Tener un sueño de calidad se relaciona con el equilibrio de los sistemas cardiovasculares, metabólicos, neurológico e inmunológico ya que en el sueño es un proceso circadiano donde la repercusión de

otros procesos del organismo como la secreción hormonal generan cierta importancia.

Para tener una buena higiene de sueño se recomienda:

- A. Establecer un horario regular todos los días para irse a dormir y despertarse.
- B. Realizar actividad física con regularidad, pero no justo antes de acostarse.
- C. Evitar alimentos pesados, picantes o azucarados antes de acostarse.
- D. Evitar cafeína 6 horas antes de acostarse, el alcohol y el tabaco.
- E. Evitar el ruido distractor y eliminar la mayor cantidad de luz posible.^{5,6}

4. Psicoeducación y educación sobre su enfermedad

La psicoeducación aporta información tanto al paciente como a su entorno sobre las características específicas de la enfermedad: concepto, tipos, factores desencadenantes, signos y síntomas y las estrategias de manejo y prevención. Este conocimiento confiere mayor seguridad y sensación de autocontrol al paciente al ser capaz de reconocer los signos de alarma. Además, su entorno se ve reforzado al reconocer los síntomas y poder empatizar ante su malestar⁷.

5. Psicoterapias

5.1. Terapia de apoyo: es la psicoterapia básica en la consulta de atención primaria centrada en posibilitar la expresión de sentimientos, reforzar las defensas adaptativas del paciente y contener la ansiedad. Mediante la movilización de las fortalezas propias del paciente se le capacita para afrontar su enfermedad. Es un tratamiento médico-psicológico universalmente ajustable tanto por resguardar todo el espectro de los sufrimientos como por ser aplicables a cualquier comunidad humana⁴.

5.2. Terapia de resolución de conflictos: terapia formulada por D'Zurilla y Goldfried, orientada a que el paciente aprenda a identificar su problema para que posteriormente cree estrategias efectivas para resolverlo.

5.3. Terapia cognitivo conductual: se trata de un tipo de terapia basado en estrategias de identificación de las reacciones emocionales y de los pensamientos automáticos negativos (PAN); con un posterior entrenamiento en el “circuito de falsa alarma” que explica cómo esos PAN generan reacciones fisiológicas. Trabajar herramientas de modificación de los PAN, como la búsqueda de evidencias para confirmar o descartar un pensamiento, la experimentación, imaginación guiada ante eventos disparadores de ansiedad, uso del humor y de la palabra “Alto” como una forma de detención del pensamiento, además del uso de autoafirmaciones positivas y de auto instrucciones que sustituyan los pensamientos disfuncionales.

5.4. Psicoterapia breve: basada en la hipótesis de que los problemas se perpetúan por un patrón repetitivo de intentos de solución fallido se puede diseñar un modelo de psicoterapia breve dividido en 3 fases. En la primera fase se identifica y define el problema además de explorar los intentos de solución intentados hasta ese momento. En la segunda fase se van señalando los cambios producidos y el resultado de los mismo, mediante un método de ensayo-error se van analizando y potenciando aquellas estrategias sanas y resolutivas. En la tercera fase se lleva a cabo la consolidación del cambio dando mayor autonomía al paciente. Estas intervenciones han demostrado un efecto positivo en la mejoría de calidad de vida tanto en el individuo como en su entorno, así como un mayor control y gestión de sus estados emocionales ^{6,7}.

5.5. Terapia narrativa: basada en el poder de los relatos basándose en la determinación

de la visión del mundo y en la modificación de nuestras vidas. Se realiza una “externalización” del problema separando el problema de la persona, poniéndole nombre y prestando especial cuidado en el lenguaje para evitar aquellas expresiones que contribuye a su perpetuación. De este modo, se sitúa el problema en el exterior separándolo de la identidad de la persona, permitiendo buscar su significado y modo de controlarlo ⁸.

5.6. Terapias basadas en la atención plena (mindfulness): la atención plena se ha incorporado al arsenal terapéutico occidental en las últimas décadas, pero es una práctica milenaria conservada entre los budistas. Consisten en una atención sobre lo que se está sintiendo, de un modo neutral sin intentar controlar, modificar o evitar, es decir, la aceptación que se ve complementada por la compasión. Su uso en ansiedad ha demostrado una reducción de marcadores fisiológicos de ansiedad (cortisol) además, de incrementar la capacidad de regulación emocional traduciéndose en mejoras en la ansiedad y el estrés ^{9,11}.

5.7. Terapia grupal: la terapia grupal en cualquiera de las modalidades terapéuticas usadas tiene el valor añadido del poder co-terapéutico de cada uno de los integrantes, así como el sentimiento de identidad de grupo e integración. Ha demostrado un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida ¹².

5.8. Psicoterapia centrada en el sentido: basada en la Logoterapia del Dr Viktor Emil Frankl que propone que es posible atribuir un sentido a la vida, incluso minutos antes de la muerte, con la premisa de que el cuerpo se enferma, pero el espíritu del hombre nunca se enferma. Se puede fortalecer o revelar el sentido de la vida mediante el desarrollo de valores, construcción cognitiva de lo que es más importante para las personas, lo más valioso y que moviliza el deseo de

vivir. Los tres valores propuestos por Frankl son: 1. Creación (posibilidad de realizar o hacer algo que se da al mundo); 2. Experiencia (vivencias, aprendizaje, relaciones, conexión con otros y con el entorno, incluye aquí el arte y el humor) y 3. Actitud (la libertad de elección de cómo actuar ante la adversidad y la capacidad de aprender del sufrimiento y verlo de una manera positiva)¹³.

6. Entrenamiento en técnicas de relajación

El entrenamiento se realiza en consulta y después el paciente lo practica asiduamente en casa para usarlo de un modo automático en momentos de inicio de la sintomatología¹⁴.

7. Atención al área biopsicosocial

El abordaje biopsicosocial de la ansiedad es un enfoque integral utilizado en la comprensión y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Este modelo reconoce que la enfermedad no se debe únicamente a factores biológicos, sino que también está influenciada por factores psicológicos y sociales. El enfoque biopsicosocial implica una evaluación exhaustiva que tiene en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. Esto implica considerar la historia clínica y familiar, los síntomas físicos y emocionales, los factores de estrés, los patrones de pensamiento y los recursos de apoyo social. Los factores sociales que intervienen son el entorno familiar, laboral o de amistad que pueden potenciar o aumentar la vulnerabilidad personal¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Tejada A, Torres Tejera ME. Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*. 1 de abril de 2024;6(2):100193.
- Flores RG, Sosa JJS. Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*. 1 de octubre de 2013;23(2):183-93.
- Alimentación sana [Internet]. Who.int. [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Recomendaciones para promocionar Hábitos Positivos de Salud Mental [Internet]. Clínic Barcelona. [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia/habitos-positivos>
- Nosotros PC. Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos (por la World Sleep Society) [Internet]. www.elsevier.com. Elsevier; 2018 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>
- World sleep society, advancing sleep health worldwide [Internet]. | Advancing Sleep Health Worldwide. 2015 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://worldsleepeociety.org/>
- Arias Manzano M. Propuesta de intervención psicoeducativa con familias y docentes para la prevención y el tratamiento de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2020.
- Pedro Ibrahim González Villarrubia, Lizette Pérez Martínez, Homero Calixto Fuentes González. Modelo De Educación Médico Humanista De Los Médicos Generales Integrales Para La Psicoterapia De Apoyo. *Opuntia Brava*. 1 de junio de 2018;10(2):250-9.
- Ignacio Barreira Alsina, Leandro Nicolas Bevacqua, María Camila Bidal, Cesar Gabriel Amaya, Paula Daniela Varela. Efectividad de tratamientos breves y focalizados según la percepción de pacientes con ansiedad y depresión. *Revista Eugenio Espejo*. 1 de agosto de 2021;15(3).
- De La Cruz Gil R. Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*; Vol 5 Núm 11 (2021): julio-diciembre: La pandemia de la COVID-19 un contexto de investigación. 1 de enero de 2021;
- Herrero Gómez V, Cano Vindel A. Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento; *Adjustment disorder with anxiety. Assessment, treatment and follow up: a case report*. 1 de enero de 2022;

12. Sy Atezaz Saeed M, Karlene Cunningham P, Richard M. Bloch P. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *American Family Physician*. 15 de mayo de 2019;99(10):620-7.
13. Rodriguez Duran CA, Moreno Coutino AB. Evaluacion de dos tratamientos psicologicos para mujeres embarazadas con sintomatologia ansiosa. *Psicologia y Salud*. 1 de enero de 2021;31(1):69.
14. Collado-Navarro C, Colomina-Llobell C, Barceló-Soler A. New approaches in anxiety and depression: Mindfulness meets Specialized Mental Health care needs. Nuevos abordajes en ansiedad y depresión: Mindfulness al servicio de las necesidades asistenciales de Salud Mental Especializada. 2021;
15. Antón-Menárguez V, Jareño B, Lara-Espejo I, Redondo-Jiménez M, García-Marín P. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. marzo de 2019;45(2):86-92.
16. Bueno Bejarano Vale de Medeiros AY, Ramos Pereira E, Costa Rosa Andrade Silva RM, Nencetti Pereira Rocha RC. Psicoterapia Centrada en el Sentido: Una revisión acerca de estrategias psicoterapéuticas para el tratamiento del paciente con cáncer. *PSICOONCOLOGIA*. julio de 2020;17(2):311-33.
17. Kim H sil, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1 de abril de 2018;32(2):278-84.
18. Barbero Gutierrez J, Gómez-Batiste X, Mate Méndez J, Mateo Ortega D. Manual de atención psicosocial 2016 [Internet]. Obra social La Caixa. [citado 30 de abril de 2023]. 78 p. Disponible en: https://docs.google.com/document/d/1Z292U18gqKMWf6hOLRo4_ls2Y0QwnEBmqDnUkuknJ0I/edit?usp=drive_web&oid=117876437554504057456&usq=embed_facebook

Preguntas

1. ¿Qué objetivo tiene la entrevista motivacional en el tratamiento de pacientes en atención primaria?

- a. Establecer una relación pasiva en la que el paciente siga las instrucciones del médico sin cuestionarlas.
- b. Sugerir cambios en el estilo de vida sin necesidad de escuchar al paciente.
- c. Evitar que el paciente se exprese emocionalmente para no aumentar su ansiedad.
- d. Ayudar al paciente a descubrir sus propios recursos de afrontamiento y fomentar su participación activa en el tratamiento.

2. ¿Qué recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover una buena salud mental en relación con los hábitos de vida?

- a. Evitar cualquier tipo de ejercicio físico.
- b. Mantener un entorno familiar estable y relaciones sociales saludables.

- c. Dormir más de 10 horas al día.
- d. Consumir a limentos procesados para mayor energía.

3. ¿Cuál de las siguientes terapias psicológicas se basa en identificar los pensamientos automáticos negativos y entrenar al paciente para modificarlos?

- a. Terapia cognitivo-conductual.
- b. Terapia de resolución de conflictos.
- c. Terapia narrativa.
- d. Terapia de apoyo.

4. En el enfoque biopsicosocial de la ansiedad, ¿qué factores son considerados para evaluar y tratar el trastorno de ansiedad?

- a. Únicamente los factores biológicos y médicos del paciente.
- b. Solo los factores sociales como el entorno laboral y familiar.
- c. vida del paciente sin considerar su salud física.

5. ¿Cuál es el principal beneficio de la psicoeducación en atención primaria?

- a. Incrementar la dependencia del paciente hacia el profesional de salud.
- b. Proporcionar al paciente y su entorno información sobre la enfermedad y sus estrategias de manejo, aumentando su sensación de autocontrol.
- c. Reducir la necesidad de tratamientos farmacológicos a través de la información.
- d. Cambiar la enfermedad del paciente a través de la educación sin necesidad de otras intervenciones.

El lenguaje secreto de los olivos (y de la Medicina de Familia)

The Secret Language of Olive Trees (and Family Medicine)

Melguizo Jiménez M

Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar. Granada

Recibido el 18-12-2024; aceptado para publicación el 20-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 58-61

1. Sobre los olivos en crisis:

Los olivos son árboles que se asemejan a los profesionales de la Medicina de Familia. Pueden estar solos o formar campos inmensos; en ambos casos, se nos muestran austeros, sobrios, requieren muy poca tierra y muy poca agua para sobrevivir y dar frutos. Muy lejos de la aparente arrogancia o soberbia que parecen transmitir otros árboles y otros profesionales de la Medicina.

A veces los olivos, como los Médicos de Familia, sufren crisis de supervivencia. Son trasladados como arboles ornamentales a rotondas o son trasplantados a hábitat climáticos inhóspitos. Al igual que algunos Médicos de Familia asumen un rol biológico o profesional, pero no lo habitan. Se produce, un proceso gradual de desprofesionalización (dejan de dar aceitunas), despersonalización (dejan los ciclos estacionales) y llegan a morir por dentro (se dejan secar) (1).

Como bien describe Gemma Torrell, los Médicos de Familia pueden también “desprofesionalizarse” cuando no encuentran condiciones adecuadas de desarrollo profesional, “despersonalizarse” cuando ya no responden a las expectativas de pacientes o a sus propias necesidades y “morirse por dentro” cuando consideran a los pacientes como enemigos y a ellos mismos como médicos cínicos.

2. Sobre el nombre de este oficio:

“Izena duen guztia omen da” (Todo lo que tiene nombre, existe) dice un viejo dicho en euskera. Nuestro oficio tiene tres nombres, Medicina de Cabecera, Medicina General y Medicina de Familia y Comunitaria. Y las tres denominaciones hacen referencia a dimensiones de nuestro trabajo complementarias con los que uno se puede sentir muy cómodo.

La atención personalizada solo es posible en la **Medicina de Cabecera** del paciente. Junto a la silla en la consulta o a la cama en el domicilio, esos espacios tan particulares de encuentro clínico. Donde lo esencial no es el cuerpo de conocimientos sino la manera de pensar e integrar los elementos biológicos, biográficos y contextuales. Porque solo la práctica generalista integral, accesible, humanista y longitudinal permite entender que lo importante es el paciente, no la enfermedad.

No hay más medicina personalizada y de precisión que la **Medicina General**. Llegarán avances tecnológicos y científicos por doquier. Cada vez más inteligencia artificial, robótica, genómica, nanotecnología y telemedicina. La tecnología, la necesidad de fragmentar el conocimiento y la mercantilización han multiplicado la especialización. La subespecialización es una necesidad y una contradicción al mismo tiempo, por ello

necesitamos médicos que tengan una visión de conjunto e integradora. La Medicina General puede asemejarse a la artesanía de la Taracea; diferentes materiales, en diferentes soportes, con texturas, colores y formas diversas que incrustados en madera alcanzan una robustez y belleza singulares.

La **Medicina de Familia y Comunitaria** nos permite entender el microcosmos personal de nuestros pacientes y el nuestro propio. Nos permite encontrar nuestra propia patria. Hasta el siglo XIX la palabra patria tenía otro significado. Para Cervantes la patria era ese lugar pequeño, íntimo y acogedor donde uno tiene sus amigos y sus recuerdos y adónde uno siempre desea volver. La patria de un Médico de Familia es su consulta, su listado de pacientes, la comunidad donde ejerce y su Equipo de Atención Primaria. Es verdad que en esta patria pudo y puede haber mucha dependencia, mucho asistencialismo y mucho paternalismo. Pero, alejado de visiones sórdidas o con moralina, es el lugar de felicidad profesional.

3. Sobre los valores de este negocio:

Confundimos con demasiada frecuencia en Medicina de Familia cual es nuestro negocio, cual es nuestra función dentro del Sistema de Salud.

Nuestro negocio va **más de oficio que de genialidad**. Estamos fuera del mundo del Hospital, centrado en lo agudo y fuera de la Subespecialización centrada en la focalidad. Una paciente no necesita un Cardiólogo o un ORL para ella sino para su enfermedad; para ella necesita un Médico de Familia. El diagnóstico o el tratamiento son un medio para la enfermedad, no el fin de la actividad clínica.

Nuestro negocio se desenvuelve en la **complejidad** (manejamos lo complejo, no lo difícil) y la **incertidumbre** (somos gestores del tiempo biográfico y patográfico). En Medicina de Familia hacemos retratos como pinturas al óleo, no fotografías. El Sistema de Salud debe elegir entre mantener una atención accesible, integral y horizontal o sustituirla por otra inmediata, aguda y vertical; siendo su obligación reconocer que

las necesidades y demandas clínicas tienen mucho más que ver con la complejidad, la multimorbilidad y las desigualdades sociales que con la insuficiencia presupuestaria.

Nuestro negocio tiene **valores transversales** compartidos con la profesión médica como la Humanización y la Calidad, pero tiene otros **valores propios** como la longitudinalidad, la integralidad, la accesibilidad o la equidad. Valores que existen, pero se resisten a una mera medición cuantitativa (al igual que la libertad o el amor) y jamás se traducen en patentes tecnológicas o farmacéuticas. Valores que se ofrecen desde la gratuidad por la imposibilidad de ponerles precio pero que necesitan un soporte estructural y laboral en Medicina de Familia.

Nuestro negocio ha de soportar **la gran paradoja de la Atención Primaria**. Ya sabemos por Kurt Stange que somos peores en lo individual pero mucho mejores en resultados a largo plazo y a nivel comunitario. Individualmente una atención de peor calidad a enfermos individuales en procesos agudo, pero un mejor estado de salud funcional, a menor coste, para el conjunto de personas con enfermedades crónicas y discapacidad y, sobre todo, mucha más calidad, mejor salud, mayor equidad y a menor coste para el conjunto de personas y poblaciones (2).

Nuestro negocio va de longitudinalidad, definida por Juan Gervas como atención por el mismo Médico de Familia a lo largo de la vida, para la mayoría de los problemas de salud del paciente y con reconocimiento de la población y familias de una fuente de cuidados con la cual se cuenta para el contacto inicial de procesos agudos y para el seguimiento de problemas crónicos. La **longitudinalidad** solo es posible si se ofrecen servicios muy variados, con capacidad de resolución directa en un elevado porcentaje de casos, con una accesibilidad flexible y tanto en el ámbito de la consulta como en el domicilio (3).

Y, finalmente, nuestro negocio va de asumir una **crisis permanente en la Medicina de Familia**. Iona Heath nos revela que nuestro papel es ser protagonistas en la experiencia humana de la enfermedad y el malestar, re-

conozcamos que vamos contracorriente de la sociedad de mercado en que vivimos. Un mercado sanitario que intenta promover el individualismo, el consumo de técnicas o tratamientos, la rentabilización de patentes, la medicalización de malestares y la glorificación de la novedad (4). Solo desde la “innovación con rumbo” (particularmente en recursos humanos) que nos propone Sara Calderón podríamos contrarrestar estas tensiones del mercado sanitario.

4. Sobre el recambio generacional en Medicina de Familia:

El olivo se conjuga en femenino en Jaén. También, actualmente, la Medicina de Familia. La transformación, y lo que significa, es radical. De ello se derivan cambios en estilos de práctica profesional y en dimensiones relacionales.

Hay otros signos de alarma y, sobre todo, de esperanza. Lamentablemente hemos enseñado a las nuevas generaciones de residentes a esquivar los golpes, no a encajarlos. Pero las adversidades y contratiempos son consustanciales al ejercicio de la Medicina de Familia. Singularmente debido a que la continuidad en la asistencia nos confronta ineludiblemente a éxitos y fracasos, con una imposible autocomplacencia. Permitamos pues a jóvenes ser héroes y heroínas de su propio futuro sin victimismos ni actitudes pseudoprotectoras.

Al igual que en la crianza de los vinos de Jerez, donde el sistema de criaderas y soleras permite a los vinos más viejos beneficiarse de la frescura de los jóvenes, y a éstos del envejecimiento adquirido por los años. En Medicina de Familia el intercambio entre médicos jóvenes, adultos y veteranos genera riqueza intelectual y motivación corporativa.

En Medicina Familia no hay mejor orientación para los jóvenes que mostrarles el beneficio de saltar entre diferentes disciplinas, en lugar de buscar la excelencia en una técnica o una focalización del conocimiento. De evitar el fracaso, en lugar de buscar el éxito. De evitar la estupidez, en lugar de buscar la originalidad.

5. Sobre el lenguaje secreto de los olivos:

Aparentemente en un campo de olivos observamos árboles incomunicados, aunque sorprendentemente iguales en su tamaño, morfología, color y estado de conservación. Más allá de la simetría con la que fueron plantados nos atrapa la visión de uniformidad y aparente aislamiento. En realidad, hoy sabemos que los olivos están conectados por medio de las raíces, como las dendritas en una red neuronal, y que a través de éstas se mandan señales eléctricas, sincronizan tanto la velocidad de la fotosíntesis como la floración y ayudan a los miembros enfermos de su “comunidad” canalizando minerales y sales. También conocemos que un olivo plantado en hilera o con proximidad a un grupo, tendrá un crecimiento más rápido que si lo hace de forma aislada.

Los profesionales sanitarios no somos relevantes nadie sin interactuar con los iguales. Aunque solo sea a través de una cultura profesional transmitida a través de la formación, el intercambio o los contactos. De hecho, el elemento más incentivador se relaciona siempre con el intercambio entre colegas.

Al igual que los olivos, existe en Medicina de Familia un lenguaje secreto y propio de comunicación e interconexión. Un lenguaje que previene la pérdida de la esencia del oficio o el deterioro personal. Un lenguaje de ayuda para alcanzar todas las dimensiones de la Medicina de Familia y la consecución de sus valores esenciales. Un lenguaje que permite la transmisión de conocimiento y energía a las nuevas generaciones.

Lejos de la nostalgia retrospectiva, el lenguaje secreto y propio de la Medicina de Familia es realmente quien establece una mirada esperanzada al futuro.

Texto de la Conferencia Inaugural del XXX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Granada, junio de 2024.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrell G. El maravilloso e increíble proceso de morir por dentro. <https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morir-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torrell/>
2. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med.* 2009;293–9.<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2713149/>
3. Gérvas J, Fernandez M. Sobre el concepto de longitudinalidad, la característica básica de la atención primaria (la relación estable médico-paciente). <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2024/12/longitudinalidad-2-concepto.pdf>
4. Heath I, Montori V. Responding to the crisis care. *BMJ* 2023;380: p464 <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p464>

El papel de la atención primaria en la atención a la salud de las mujeres

The role of primary care in women's health care

Prieto Gallego L¹, Lima Chedas Fernandes A²

¹Especialista en MFyC. Consultorio La Peza. ZBS Purullena. Granada. Grupo de Trabajo SAMFyC Atención a la Mujer-SRM

²Especialista en MFyC. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. Grupo de Trabajo SAMFyC Atención a la Mujer-SRM

Recibido el 13-11-2024; aceptado para publicación el 13-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 62-64

Correspondencia: Lorena Prieto Gallego y Ana Lima Chedas Fernandes

mail: lorena.pgallego@icloud.com y analimachedas@hotmail.com

Sr. Director,

La Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental y eje vertebrador del sistema sanitario español, clave para garantizar una atención integral y equitativa dado su cercanía y continuidad en el tiempo (1).

El sistema sanitario es en sí mismo un determinante de salud y su actuación puede invisibilizar desigualdades o mantenerlas, así como ayudar a impedir la reproducción de sesgos, al ser la especialidad con mayor capacidad de transversalidad en la atención a la salud de las personas.

A pesar de las evidencias que muestran diferencias significativas en la salud entre hombres y mujeres, la gestión de esta morbilidad diferencial a menudo ha sido insuficiente.

La salud de las mujeres o la importancia del género en la manera de enfermar de éstas,

no ha sido tenido en cuenta a lo largo de la historia por las ciencias médicas. En los últimos años, se ha generado interés en la medicalización de procesos fisiológicos de las diferentes etapas vitales de las mujeres, centrándolos en la salud sexual y reproductiva.

Estos sesgos de género en la atención sanitaria pueden traducirse como errores y retrasos diagnósticos y terapéuticos y por tanto como una desigual calidad en la atención sanitaria, según el sexo de quien acude a consulta (2).

Esta situación parte de la presunción errónea de igualdad entre mujeres y hombres en el curso de la enfermedad (2) Un ejemplo bastante estudiado en los últimos 40 años es la presentación clínica diferente de hombres y mujeres del dolor precordial típico, que ha llevado a un habitual menor diagnóstico y peor tratamiento de los infartos en las mujeres, con la consecuencia grave de una mayor morbimortalidad (3, 4).

De forma alternativa, también se presume que hombres y mujeres, por sus diferencias biológicas, puedan expresar diferentes perfiles de salud y así se diagnostiquen más problemas de salud mental en las mujeres y menos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5). Este enfoque reduccionista se relaciona con esquemas de diagnóstico diferencial aprendidos y esperados, por tanto, de cada sexo, así como con nuestra propia socialización de género como profesionales de la salud.

La toma de decisiones en la atención sanitaria puede estar sesgada en función de la prevalencia de las enfermedades por sexo o si hay diferencias fisiopatológicas como la edad de inicio o la diferente sintomatología. (como hemos hablado previamente de la EPOC tradicionalmente asociado a hombres fumadores o los infartos que en mujeres se dan a mayor edad y con sintomatología “atípica”).

Estas presunciones erróneas se producen más a menudo en enfermedades cuyos diagnósticos son eminentemente clínicos, especialmente las relacionadas con el dolor. Pero también se producen, como hemos visto, en otras con signos clínicos objetivables con pruebas complementarias. (5)

Estrategias para mejorar la atención a las mujeres

Incorporar una perspectiva de género en la AP requiere un enfoque multidisciplinar. A continuación, se presentan algunas estrategias para mejorar la atención a la salud de las mujeres:

1. Capacitación en Sensibilización de Género:

Capacitar a los profesionales de salud en la identificación y abordaje de los sesgos de género que pueden influir en su práctica. Sería ideal que la formación en género es-

tuviera incluida en los currículos universitarios, pero resulta especialmente necesario incluirlo en la docencia de las y los residentes para fomentar la perspectiva de género, así como en la formación continua de las y los profesionales en ejercicio.

2. Desarrollo de Protocolos Específicos:

Crear protocolos que tengan en cuenta las diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes en las diferentes herramientas y estrategias que se utilizan en Atención Primaria como los procesos asistenciales integrales. (PAI)

3. Investigación Inclusiva:

Promover la investigación que incluya datos desagregados por sexo y género y que permitan analizar el impacto del género en las diferentes etapas de los estudios. Igualmente, necesario es potenciar la investigación realizada por mujeres y sobre temas que conciernen a la salud de las mujeres.

La Atención Primaria tiene el potencial de ser un catalizador para mejorar la salud de las mujeres a través de la integración de una perspectiva de género de manera transversal. Reconocer y abordar las diferencias en la salud entre hombres y mujeres no solo es un imperativo ético, sino también una necesidad para garantizar que todas y todos los pacientes reciban una atención equitativa y efectiva. Al empoderar a las y los profesionales de salud con las herramientas y conocimientos necesarios, podemos trabajar hacia un sistema de salud más justo y accesible para todas las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. [Internet.] 10 de abril de 2019. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

2. Ruiz M^aT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(2):106-9.
3. Ayanian John Z, Epstein Arnold M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalised for coronary heart disease. *N Engl J Med*. 1991;325:221-5.
4. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, Jaunin-Stalder N, Herzig L, Verdon F, Favrat B, Locatelli I, Clair C. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. *Womens Health (Lond)*. 2018;14:1745506518805641.
5. Delgado A, Saletti-Cuesta L, López-Fernández LA, Gil-Garrido N, Luna Del Castillo JD. Gender inequalities in COPD decision-making in primary care. *Respir Med*. 2016;114:91-6. Epub 2016 Mar 25.
6. Ruiz Cantero M, Salvador Sánchez L. Retos de la Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de género. *Sesgose innovaciones. AMF*. 2020;16(5):250-257.
7. Valls Llobet, Carme. *Mujeres invisibles para la medicina*. 3^a ed. Barcelona: Editorial Swing; 2020.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Claudicación intermitente

Intermittent claudication

Beas Martínez R

Médico. Centro de Salud "Manuel Polaina Bailón". Mengíbar. Jaén

Recibido el 23-09-2024; aceptado para publicación el 26-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 65-66

Paciente de 55 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus, HTA y fumador (23 índice/paquetes/año). Bebedor ocasional de fin de semana. Convive con su mujer y un hijo que trabaja en negocio familiar (imprenta). En tratamiento hasta 2021 con Glicazida 60 mg día + metformina 850 cada 12h + Enalapril 20 mg-HCTZ 12,5 mg con, hasta 2018, control de glicada en 7,5. Desde 2018 a verano 2021 no acude.

En la analítica de junio 2021 se detecta mal control de su diabetes y se modifica el tratamiento con metformina y sitagliptina a dosis máximas y controles semestrales para ajustar tratamiento.

En octubre 2022 acude por dolor unilateral en zona gemelar irradiado hacia glúteo que empieza al caminar y cede con el reposo.

Preguntas

1. ¿Qué actitud podríamos tomar para el diagnóstico diferencial del paciente?

- Exploración sistemática por aparatos y osteomuscular con toma comparativa de pulsos de MMII.
- Solicitar una radiografía de MMII.
- Realizar una prueba de Índice tobillo brazo.
- Solicitar analítica de control de factores de riesgo cardiovascular.
- Prescribir una crema antiinflamatoria y advertir de pedir cita si no mejora.

Se solicita analítica de control tras exploración osteomuscular y pulsos y se habla con enfermería para ITB, toma tensional y control de peso además de la valoración de pie diabético.

Los valores obtenidos tras la exploración: ITB 0,5 en MID.

2. ¿Cuándo consideramos un resultado de ITB patológico?

- ITB 5.
- ITB > 1,40.
- ITB entre 1- 1,39.
- ITB entre 0,9-0,99.
- ITB < 0,9.

Se deriva de forma preferente a cirugía vascular.

Se indican los signos de riesgo para que acuda a consulta en su caso. En menos de 1 mes es valorado y diagnosticado de arteriopatía periférica derecha con necesidad de intervención con by pass femoro-poplíteo derecho.

3. ¿Cuáles serían las medidas a tomar con el paciente en este caso?

- a. Abandono del hábito tabáquico.
- b. Control hipertensión arterial.
- c. Control de Hg glicada.
- d. Antiagregación.
- e. Control dislipemia.

El paciente fue dado de alta con doble antiagregación. El médico de familia procede a la conciliación de la medicación prescrita y al control metabólico de su diabetes mellitus. El paciente deja de fumar, se implanta tratamiento con metformina/dapagliflozina + linagliptina + estatinas a dosis altas e insulino terapia y se refuerza el tratamiento antihipertensivo. Se indican los controles a seguir y se refuerza el consejo de seguir sin fumar.

Los dos primeros meses post alta acude a consulta para después empezar con un periodo de 8 meses sin aparecer. Consulta el 14 junio 2024 por, de nuevo, dolor en pierna derecha sugerente de nuevo de claudicación con fenómenos cianóticos fugaces en pie derecho. A la anamnesis nos informa que dejó la doble antiagregación a los 2 meses. El paciente fue enviado a urgencias donde se le diagnosticó una oclusión del bypass.

Al paciente se le cita en consulta programada de AP para hablar de su tratamiento y explicar su riesgo cardiovascular. Se realiza entrevista estructurada con aclaraciones a sus dudas con lenguaje sencillo y se replantea el plan de actuación conjunto.

En menos de 1 mes el paciente acude directamente a urgencias hospitalarias por tener un dedo negro. Se diagnostica de necrosis del 4º dedo pie derecho y actualmente en tratamiento con curas para evitar infección de dedo en proceso de momificación.

Actualmente:

- En la actualidad, el paciente está en seguimiento con curas para evitar infección de dedo en momificación.
- No fuma.
- Farmacológico: metformina-dapagliflozina a dosis altas, doble antiagregación con clopidogrel y AAS, atorvastatina 80-ezetimiba 10, insulino terapia, enalapril 20-lercanidipino 10 cada 24h, omeprazol 20 cada 24h.

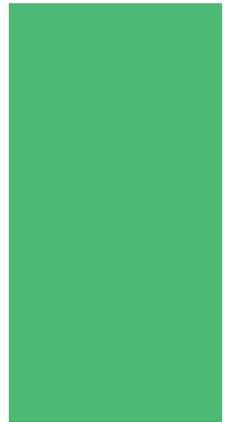
PUBLICACIONES DE INTERÉS /

ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo del 2014)

Manteca González A

Médico de Familia

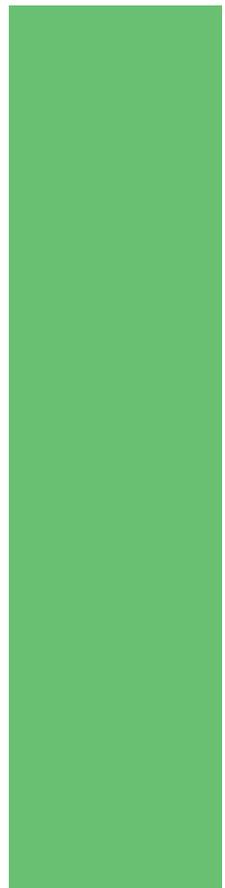


Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>



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

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed.



@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo de Tecnologías de la Información y la Comunicación de SAMFyC (eSAMFyC)

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

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

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



DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **31º Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**

Punta Umbría (Huelva), 22 a 24 de mayo de 2025

Secretaría técnica: Andaluza Congresos Médicos

Apartado de correos 536/18080 Granada

Telf. 958 523 299

<https://congresossamfyc.com>

- **9^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFyC- ECO SAMFyC-**

Cádiz, 29 de noviembre de 2024

Secretaría SAMFyC

Telf. 958 80 42 01

<https://ecografiasamfyc.com/>

Formación SAMFYC

<https://www.samfyc.es/actividad-formativa/>

Agenda semFYC

<https://www.semfy.com/actividad/actividades-semfy.com/>

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC

congresos@semfy.com

Carrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax 93 318 69 02

Formación semFYC

<https://www.semfy.com/formacion-semfy.com/>

RESPUESTAS RAZONADAS

Claudicación intermitente

Intermittent claudication

Beas Martínez R

Médico. Centro de Salud "Manuel Polaina Bailón". Mengíbar. Jaén

Recibido el 23-09-2024; aceptado para publicación el 26-12-2024.

Med fam Andal. 2024;2: 71-72

Respuestas razonadas

1. ¿Qué actitud podríamos tomar para el diagnóstico diferencial del paciente?

- a. **CORRECTA:** Exploración sistemática por aparatos y osteomuscular con toma comparativa de pulsos de MMII.

Toda exploración debe ir dirigida a los sistemas que pensamos que puedan estar implicados en la sintomatología y que nos puedan descartar diagnósticos alternativos. Incluir control tensional e IMC.

- b. Solicitar una radiografía de MMII.

No parece que tenga mucho sentido solicitar como primera opción una radiografía por la poca eficiencia de la medida, así como la radiación que supone para el paciente. La sintomatología nos hace pensar más en un dolor no osteomuscular como tal.

- c. **CORRECTA:** Realizar una prueba de Índice tobillo brazo.

Es una medida eficiente debido a las características del paciente de alto riesgo cardiovascular.

- d. **CORRECTA:** Solicitar analítica de control de factores de riesgo cardiovascular.

Es necesaria una analítica de control de sus factores de riesgo cardiovascular para comprobar el control de la diabetes ya que lleva más de 1 año sin registros.

- e. Prescribir una crema antiinflamatoria y advertir de pedir cita si no mejora.

No sería una medida a tomar de primeras, pero si la anamnesis no hubiera sido tan detallada probable-

mente caeríamos en la prescripción rápida y el seguimiento posterior de la medida.

2. ¿Cuándo consideramos un resultado de ITB patológico?

- a. ITB 5.

Probablemente esta puntuación sea un error.

- b. ITB > 1,40.

Consideraríamos el resultado como patológico, pero como calcificación arterial por lo que deberíamos realizar una prueba índice dedo-brazo para averiguar el valor.

- c. ITB entre 1- 1,39.

Se considera un resultado normal.

- d. ITB entre 0,9-0,99.

Se considera un valor límite por lo que podríamos repetir el ITB postejercicio para definir el valor.

- e. **CORRECTA:** ITB < 0,9.

Se considera patológico indicando posible obstrucción arterial.

3. ¿Cuáles serían las medidas a tomar con el paciente en este caso?

- a. **CORRECTA:** abandono del hábito tabáquico.

- b. **CORRECTA:** control hipertensión arterial.

- c. **CORRECTA:** control de Hg glicada.

- d. **CORRECTA:** antiagregación.

- e. **CORRECTA:** control dislipemia.

Todas las medidas propuestas serían necesarias para este paciente, ya que tras un diagnóstico de arteriopatía periférica con los factores previos del paciente hablamos de un tratamiento en prevención secundaria, ya que tenemos una lesión de órgano diana.

Por tanto, que ceda el hábito tabáquico es el primer consejo que debemos aportarle y realizar una consulta programada en la que pactemos los objetivos de control de Hb glicada < 7, LDL < 55 y controles arteriales < 140/90. Además, instaurada la arteriopatía se indicaría la antiagregación con AAS o clopidogrel.

En este caso en concreto fue necesaria la doble antiagregación desde el inicio.

Conclusión Y Debate (discusión)

1. Este caso resalta la importancia de la comunicación médico-paciente, en cualquier ámbito asistencial. Hay pacientes que no llevan su proceso y este hombre nos explicó que “no se había enterado bien” de lo que tenía que tomar ni por cuanto tiempo. En este caso se debe analizar las habilidades del profesional para captar la atención y comunicar para que le “llegue al paciente” la importancia de su patología.
2. Las recomendaciones que nos planteamos desde nuestra consulta serán:
 - Uso de palabras y lenguaje sencillo comunicando el mensaje de forma ordenada, con pausas para valorar su entendimiento. Volumen, tono de voz y velocidad de conversación adecuadas.
 - Ejemplificar si es necesario. Clarificar los pasos.
 - Realizar preguntas abiertas al principio para facilitar la expresión de sus miedos o dudas.
 - Escucha activa y mantener una reactividad baja.
 - Comprobar la asimilación de la información resumiendo lo explicado y clarificando el plan de actuación.

- Consensuar el plan con el paciente para afianzar su entendimiento.
 - Recordar los signos urgentes para que acuda en caso de los mismos.
3. También podemos discutir la importancia que tiene realizar ITB en consulta de enfermería a los pacientes con riesgo y tenerlo tan asumido como pedimos una analítica con glicada cada 3-6 meses.

Conflicto de intereses: no presento ningún conflicto de intereses en este caso clínico.

Agradecimientos: a mis residentes por plantearme este caso.

A mi mujer, que siempre está apoyando.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Jiménez R, Iglesias Bonilla P, Mesa Gallardo M^ªI, Vera Rodríguez M, Villacorta González M, coord. Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud, 2021. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/guia_ct_20210709.pdf
2. Habilidades de comunicación. Consejos de la ACSA. de comunicación. <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/recomendacion-36-habilidades-de-comunicacion-eficaz.pdf>
3. Guía clínica de arteriopatía periférica de Fistera. <https://www.fistera.com/guias-clinicas/arteriopatia-periferica/>
4. Navarro Moya FJ, Carnero Pardo C, coord. Riesgo vascular: proceso asistencial integrado [Recurso electrónico]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal-jda/salud_5af19570c6aaf_riesgo_vascular.pdf

CONOCE LAS RESPUESTAS CORRECTAS

Técnica ecográfica del aneurisma de aorta abdominal

Med fam Andal. 2024;2: 39-42

Preguntas

1. **¿Cuál de las siguientes es la complicación más grave asociada al AAA?**
 - a. Disección aórtica.
 - b. Trombosis.
 - c. Ruptura AAA.
 - d. IAM (infarto agudo de miocardio).**
2. **¿Cuál es la prueba diagnóstica no invasiva más sensible y específica para el diagnóstico de AAA?**
 - a. TC de abdomen.
 - b. Angio-TC de abdomen.
 - c. Radiografía de abdomen.
 - d. Ecografía abdominal.**
3. **¿Cuál de los siguientes NO es uno de los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de AAA?**
 - a. Hipertensión.
 - b. Sexo femenino.**
 - c. Tabaquismo.
 - d. Antecedente familiar AAA.
4. **¿Existe actualmente un programa de cribado universal para la detección de AAA?**
 - a. Sí.
 - b. No, aunque depende de las CCAA (Comunidades Autónomas) de cada país.
 - c. No, aunque hay países que sí como es el Reino Unido.**
 - d. No, aunque en España existe el cribado de AAA.
5. **¿Cuál es la tasa de mortalidad estimada en el paciente que llega al hospital con el diagnóstico de ruptura de AAA?**
 - a. 80%.**
 - b. 60%.
 - c. 40%.
 - d. 30%.

Hablemos de pornografía en los adolescentes

Med fam Andal. 2024;2: 43-50

Preguntas

- 1. Qué porcentaje de adolescentes accede de forma accidental a contenido pornográfico en España?**
 - a. 15%.
 - b. 25%.
 - c. 30%.**
 - d. 40%.
- 2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el consumo de pornografía en España es correcta?**
 - a. El consumo es más frecuente entre mujeres que hombres.
 - b. El 90% de los adolescentes accede al contenido desde un ordenador.
 - c. La edad promedio de inicio en el consumo de pornografía es de 12 años.**
 - d. La mayoría de los adolescentes consume pornografía en compañía de otros.
- 3. ¿Cuál es una de las consecuencias psicológicas del consumo temprano de pornografía?**
 - a. Mejora en el rendimiento académico.
 - b. Desensibilización emocional y problemas de autoimagen corporal.**
 - c. Aumento del interés en relaciones interpersonales.
 - d. Reducción de la frustración emocional.
- 4. ¿Qué define al Uso Problemático de Pornografía (UPP)?**
 - a. El consumo de pornografía que se limita a los fines recreativos.
 - b. El consumo de pornografía asociado a comportamientos incontrolables y adictivos.**
 - c. El consumo de pornografía exclusivamente en edades avanzadas.
- 5. ¿Qué objetivo tiene el ambiente creado en la consulta de atención primaria al tratar el consumo de pornografía?**
 - a. Facilitar un espacio para que el adolescente se sienta juzgado.
 - b. Garantizar la confidencialidad y fomentar la apertura del adolescente.**
 - c. Evitar conversaciones directas sobre sexualidad y tecnología.
 - d. Obligar al adolescente a discutir su consumo con sus padres.
- 6. ¿Cuál de las siguientes acciones NO se forma parte del abordaje en la consulta?**
 - a. Desmitificar la pornografía como una representación fiel de las relaciones sexuales.
 - b. Informar sobre los riesgos de la exposición a contenido inapropiado en línea.
 - c. Implementar un tratamiento farmacológico para disminución de la libido.**
 - d. Fomentar el autocuidado digital y el establecimiento de límites.
- 7. ¿Qué instrumento puede ser utilizado para evaluar el Uso Problemático de Pornografía en adolescentes?**
 - a. Cuestionario de Autoestima Digital (CAD).
 - b. Versión breve del Cuestionario de Uso Problemático de Pornografía (PPCS-6).**
 - c. Escala de Evaluación del Consumo Tecnológico (EECT).
 - d. Manual Clínico de Adicciones Digitales (MCAD).

Intervenciones psicológicas en Atención Primaria

Med fam Andal. 2024;2: 52-57

Preguntas

1. **¿Qué objetivo tiene la entrevista motivacional en el tratamiento de pacientes en atención primaria?**
 - a. Establecer una relación pasiva en la que el paciente siga las instrucciones del médico sin cuestionarlas.
 - b. Sugerir cambios en el estilo de vida sin necesidad de escuchar al paciente.
 - c. Evitar que el paciente se exprese emocionalmente para no aumentar su ansiedad.
 - d. Ayudar al paciente a descubrir sus propios recursos de afrontamiento y fomentar su participación activa en el tratamiento.**
2. **¿Qué recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover una buena salud mental en relación con los hábitos de vida?**
 - a. Evitar cualquier tipo de ejercicio físico.
 - b. Mantener un entorno familiar estable y relaciones sociales saludables.**
 - c. Dormir más de 10 horas al día.
 - d. Consumir alimentos procesados para mayor energía.
3. **¿Cuál de las siguientes terapias psicológicas se basa en identificar los pensamientos automáticos negativos y entrenar al paciente para modificarlos?**
 - a. Terapia cognitivo-conductual.**
 - b. Terapia de resolución de conflictos.
 - c. Terapia narrativa.
 - d. Terapia de apoyo.
4. **En el enfoque biopsicosocial de la ansiedad, ¿qué factores son considerados para evaluar y tratar el trastorno de ansiedad?**
 - a. Únicamente los factores biológicos y médicos del paciente.
 - b. Solo los factores sociales como el entorno laboral y familiar.
 - c. vida del paciente sin considerar su salud física.**
5. **¿Cuál es el principal beneficio de la psicoeducación en atención primaria?**
 - a. Incrementar la dependencia del paciente hacia el profesional de salud.
 - b. Proporcionar al paciente y su entorno información sobre la enfermedad y sus estrategias de manejo, aumentando su sensación de autocontrol.**
 - c. Reducir la necesidad de tratamientos farmacológicos a través de la información.
 - d. Cambiar la enfermedad del paciente a través de la educación sin necesidad de otras intervenciones.

Los factores biológicos, psicológicos y sociales.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <https://www.samfyc.es/revista/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio médicas.

Med fam Andal. 2000; 1: 104-110 (<https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v0n0.pdf>).

Solicitud de colaboración

Apreciado/a amigo/a:

Con este son ya sesenta y siete los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

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

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

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

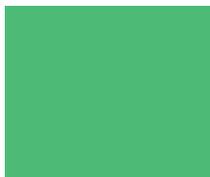
Accede a las normas de edición.

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

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía

C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)



INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniquemos cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a sociocentinel@samfyc.es (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: <https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/>
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

- Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web <https://www.samfyc.es/hazte-socio/> o llamando al 958 80 42 01.



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SAMFyC)

(ALTA) Nuevo socio Revisión datos BAJA Fecha..... / /

APELLIDOS:

NOMBRE: **DNI:** - LETRA

DOMICILIO:

MUNICIPIO: **PROVINCIA:** **C.P.:**

TELEFONOS: **e-mail:**

ESPECIALISTA M.F.yC.: SI NO (Si **negativo**, indicar especialidad).....

RESIDENTE M.F.yC. : SI NO **FECHA INICIO RESIDENCIA**...../...../.....

DOCTORADO: SI NO **TEMA:**

LUGAR/CENTRO DE TRABAJO:

PROVINCIA:

CARGO QUE OCUPA:

Es imprescindible la cumplimentación de **todos** los datos que a continuación solicitamos, incluyendo el **domicilio completo** de la sucursal de la entidad bancaria. Envíen este formulario **sin** recortar la orden de pago. Gracias.

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego se sirvan domiciliar el cobro del Recibo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

ENTIDAD:..... SUCURSAL.....

CALLE: COD. POSTAL:

MUNICIPIO:..... PROVINCIA.....

Nº CUENTA CORRIENTE O DE AHORRO: (hay que rellenar todas las casillas)

<input type="text"/>															
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entidad

Oficina

D.C.

Nº C/C

NOMBRE y APELLIDOS:

Firma:

A los efectos previstos en la **Ley 15/1999 (LOPD)** y de los derechos reconocidos en la misma, le informamos que los datos facilitados por Vd. para la relación de la Asociación, serán incorporados a un fichero del que es responsable **SAMFyC**, con objeto de aplicarlos a la actividad de Investigación y desarrollo. Serán utilizados por nuestra parte y por la semFYC, para las finalidades propias de la actividad antes indicada, así como para remitirle información no promocional ni publicitaria en relación a la misma. Asimismo le informamos que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a:

SAMFyC, C/ Arriola Nº 4, Bajo D, 18001 Granada.

Grupos de trabajo

SAMFYC



- » Abordaje Al Tabaquismo
- » Atencion A La Mujer-salud Reproductiva De Las Mujeres
- » Atencion A Las Personas Mayores
- » Atencion Familiar
- » Atencion Oncologica
- » Bioetica
- » Cirugia Menor Y Dermatoscopia
- » Cuidados Paliativos Y Dolor Persistente
- » Diabetes Mellitus En Atencion Primaria
- » Ecografia En Medicina De Familia
- » Enfermedades Infecciosas
- » Enfermedades Reumáticas Y Musculoesqueléticas
- » Estratégico - Gestion Compartica
- » Estratégico - Pruebas Diagnosticas
- » Estratégico - Uso Racional Del Medicamento
- » Estudio Del Adolescente
- » Genetica Clinica Y Enfermedades Raras
- » Gestion, Calidad Y Seguridad Clinica
- » Hipertension Arterial En Atencion Primaria
- » Inequidades En Salud-salud Internacional
- » Medicina Rural
- » Neurología
- » Nutricion Y Ejercicio Fisico
- » Programa Comunicación Y Salud
- » Programa De Actividades Comunitarias En Atencion Primaria
- » Respiratorio
- » Salud Mental
- » Salud Planetaria
- » Seniors
- » Tecnologias De La Informacion Y La Comunicación
- » Urgencias

