



## QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE... eutanasia

**QUÉ HACER  
ANTE...**  
Patología anal  
pág. 12

**GUÍA DE  
ACTUACIÓN en...**  
Patología adictiva en  
niños y adolescentes  
pág. 23

**ACTUALIZACIÓN  
TERAPÉUTICA en...**  
Probióticos, prebióticos  
y simbióticos  
pág. 37

**COMPETENCIAS  
BÁSICAS**  
Seguridad del  
paciente  
pág. 48

**CASO CLÍNICO**  
Plexopatía braquial  
por VVZ y síndrome  
de Parsonage-Turner  
pág. 57



# SUMARIO

## EDITORIAL

¡Más maderal!: no sabemos lo que quemamos

*Comité editorial FMF*

3

## QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE...

Eutanasia / *Euthanasia*

*Silvia Alcalde Muñoz*

4

## QUÉ HACER ANTE...

Patología anal / *Action plan for a patient with anal pathology*

*Noelia Fontanillas Garmilla, Inés Rivera Panizo y César Granja Ortega*

12

## GUÍA DE ACTUACIÓN EN...

Patología adictiva en niños y adolescentes / *Action guidelines*

*in addictive pathology in children and adolescents*

*F. Xavier Díaz Carrasco, Mariella Cama Meza, Rosa Pérez López y Ángela García Valladares*

23

## ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN...

Probióticos, prebióticos y simbióticos / *Evidence in the use of probiotics in gastrointestinal pathology*

*Inés Rivera Panizo, Noelia Fontanillas Garmilla y Mercedes Ricote Belinchón*

37

## COMPETENCIAS BÁSICAS

La seguridad del paciente en la práctica clínica diaria / *Patient safety in daily clinical practice*

*Laura Aliaga Gutiérrez y Ana M<sup>a</sup> Sánchez Sempere*

48

## CASO CLÍNICO

Plexopatía braquial por VVZ y síndrome de Parsonage-Turner / *Brachial Plexopathy due to VZV and Parsonage-Turner syndrome*

*Enrique González Revuelta, Sonia Paola Leiva Bisbicuth, Marta Montero García, Marta González Gago, Ana Ramiro Comesaña, Albert Carbó Jordà*

57

## EDITORES

José Antonio Noya Mejuto  
Jesús Melchor Delgado González

## COMITÉ EDITORIAL

Esther Redondo Marguello  
Francisco Javier Atienza Martín

## COMITÉ ASESOR

Agencia de formación de SEMERGEN

## COMITÉ CONSULTIVO

COORDINADOR	GRUPO DE TRABAJO
Noelia Fontanillas Garmilla	<i>Digestivo</i>
Francisco Vicente Martínez García	<i>Locomotor</i>
María del Rosario Blasco Martínez	<i>Atención a la mujer</i>
José Francisco Díaz Ruiz	<i>Bioética y humanidades</i>
Julia Melero Broman	<i>Cirugía menor</i>
Raquel Ramírez Perrondo	<i>Comunicación</i>
Jesús Santianes Patiño	<i>Cronicidad y dependencia</i>
David Palacios Martínez	<i>Dermatología</i>
Ezequiel Arranz Martínez	<i>Diabetes mellitus</i>
Manuel José Mejías Estévez	<i>Dolor y cuidados paliativos</i>
Ivan Valero López	<i>Ecografía</i>
Francisco José Marín Jiménez	<i>Fitoterapia</i>
Laura Aliaga Gutiérrez	<i>Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente</i>
M.ª Inmaculada Cervera Pérez	<i>Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial</i>
Miguel Turégano Yedro	<i>Hematología</i>
Vicente Pallarés Carratalá	<i>Hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular</i>
Manuel Linares Rufo	<i>Infecciosas, migrante, vacunas y actividades preventivas (IMVAP)</i>
David Fierro González	<i>Lípidos</i>
Juan José Gomariz García	<i>Medicina basada en la evidencia</i>
Enrique José Gamero de Luna	<i>Medicina genómica personalizada y enfermedades raras</i>
Juan Carlos Ocaña	<i>Medicina tradicional y complementaria</i>
Daniel Fernández Ferreiro	<i>Médicos residentes</i>
Pablo Gregorio Baz Rodríguez	<i>Neurología</i>
Francesc Xavier Díaz	<i>Niños y adolescentes</i>
Javier Sanz García	<i>Nuevas tecnologías</i>
José Manuel Fernández García	<i>Nutrición</i>
Francisco Jesús Morales Escobar	<i>Oftalmología y otorrinolaringología</i>
Daniel Fernández Ferreiro	<i>Residentes</i>
José Tomás Gómez Saez	<i>Respiratorio</i>
Mercedes Ramblado	<i>Salud laboral</i>
Vicente Gasull Molinera	<i>Salud mental</i>
Carlos San Martín Blanco	<i>Sexología</i>
Raúl de Simón Gutiérrez	<i>Tabaquismo</i>
Susana Arenas Sotelo	<i>Tutores</i>
Félix Suárez González	<i>Universidad</i>
Juan Carlos Montalva Barra	<i>Urgencias</i>
Noemi Pérez León	<i>Urología</i>
Manuel de Jesús Frías Vargas	<i>Vasculopatías</i>



**LIVE MED IBERIA, S.L.**

Avda. de Córdoba, 21 - 3º 3B  
28026 Madrid  
Teléfono: 91 379 05 99  
www.livemed.in

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)  
© 2022 Live Med Iberia, S.L.

Depósito legal: M-23159-2021

Reservados todos los derechos mundiales.

No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea este mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

**Dirección de correspondencia**



Secretaría Editorial

LIVE MED IBERIA, S.L.  
Avda. de Córdoba, 21 - 3º 3B. 28026 Madrid  
Teléfono: 91 379 05 99  
Email: cursos@livemed-spain.com

Suscripciones:

Teléfono: 91 379 05 99  
Email: cursos@livemed-spain.com

# ¡Más madera!: no sabemos lo que quemamos

Hola de nuevo, compañero. En primer lugar quiero agradecerte que sigas con nosotros después de cuatro números y, si acabas de conocernos, te invito a recuperar nuestros números anteriores y así poder valorarnos mejor.

Dicho esto, hoy te invito a contemplar el contenido de esta revista más allá de su simple valor como herramienta de actualización y mantenimiento de conocimientos y competencias. Quisiera que la vieras también como una representación de nuestro trabajo diario, como un muestreo al azar de las actividades que cada día realizamos desde nuestras consultas.

Una vez realizado el análisis de dichos contenidos, una conclusión fácilmente extraíble es la pequeña, casi me apetece decir ínfima, parte de nuestra labor que es susceptible de ser asumida y satisfactoriamente resuelta desde la Atención Urgente. Ojo, que nadie me malinterprete, la actividad de los servicios de urgencia es fundamental, tanto la extrahospitalaria como la hospitalaria, tanto la llevada a cabo en dispositivos específicos como la que asumen los propios dispositivos de Atención Primaria, muchas veces dentro de la jornada ordinaria. Pero es una pequeña parte.

¿Por qué esta reflexión? En las últimas semanas se han levantado muchas voces denunciando la saturación de la Atención Primaria. De todas ellas, las más sonoras son, paradójicamente, las que salen de los servicios de urgencias de los hospitales. Lo hacen para achacar parte de su saturación al desvío desde la Atención Primaria de pacientes que llegan a sus servicios por no conseguir cita en el centro de salud. Es verdad que no dejan de tener razón, esa es una de las múltiples causas de su desbordamiento. Pero no desenfocemos el debate, nuestra saturación implica mucho más que generar demanda en otros niveles asistenciales por problemas, en gran parte agudos, en gran parte leves e incluso banales, en gran parte descompensaciones de patologías crónicas, por problemas que también podríamos asumir de tener esos recursos. Y aunque no sean siempre problemas tan urgentes, la mayoría de las veces son más graves. Que nuestras protestas apenas se dimensionen y sí que se vehiculicen por actores diferentes (la noticia es el récord de atenciones urgentes en un día en un Hospital X, las horas de demora en esos servicios), con intereses diferentes, lo único que logrará es que los recursos que se necesitan vayan hacia la luz del foco y no hacia el foco del problema. Los pocos médicos de familia que se forman prefieren ya trabajar en hospitales que en centros de salud. Esa es la mejor demostración de qué nivel asistencial está más afectado por la penosidad laboral y profesional, y aun así son sus voces las que se oyen incluso para quejarse de nuestra falta de recursos.

Existe infinidad de frases célebres, muchas ligadas al cine. Y de entre ellas una de las más memorables es sin duda “¡Más madera!, es la guerra” de la no menos memorable película “Los hermanos Marx en el Oeste”\*. La frase, desde luego, no puede ser interpretada fuera de la escena en la que se pronuncia: en el afán de mantener en marcha la máquina del tren se produce el destrozo del mismo tren que la máquina ha de arrastrar. Una escena, como tantas otras del inimitable Groucho, aclamada como la sublimación del absurdo. ¿Quién nos iba a decir que el absurdo podía ser tan real? ¿Quién nos iba a decir que iban a astillar la Atención Primaria para alimentar de recursos humanos a los servicios de urgencias? Al final quedará la máquina pero no habrá tren. Para salvar al tren y con el tren a la totalidad del sistema sanitario debemos tener más voz propia en Atención Primaria. Y para saber lo que de verdad pueden perder nuestros pacientes debemos hacerle llegar todo lo que en realidad generamos y lo mucho que podríamos generar, mucho más que unas horas perdidas esperando en una sala de espera. Esa es una de nuestras grandes asignaturas pendientes.

Y mientras activamos nuestro altavoz, mientras luchamos por mantener la máquina y el resto del tren en perfecto funcionamiento, mantengamos nuestras inquietudes, obligaciones y responsabilidades y añadamos otro granito con este número a nuestra formación continuada.

\*La frase no es así en la película original y su génesis parece deberse al gran Miguel Mihura, un experto en utilizar el absurdo para la denuncia y para invitar a la reflexión, un ejemplo a seguir.

# ¿Qué debe saber el médico de familia de la eutanasia?

## *What a family doctor should know about euthanasia*

José Francisco Díaz Ruiz y María del Pilar Manterola Pérez

### RESUMEN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, LORE), supuso el pasado año una novedad que tuvo en aquel momento una gran repercusión en la sociedad, al crear en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual a decidir sobre la propia muerte. Esto suscitó un gran debate, tanto en los círculos profesionales, responsables finalmente de su aplicación en la práctica cotidiana, como en los ambientes sociales en general. Muchas opiniones se vertieron sobre ella, tanto a favor como en contra, cuestionándose ya desde el proceso de su elaboración, mucho antes de hacerse pública su formulación concreta y de su entrada en vigor. Estos cuestionamientos obedecían a múltiples razones: morales, religiosas, éticas, deontológicas y profesionales, que se esgrimieron desde muy distintos sectores de la sociedad y que iremos analizando en este artículo, a la vez que recordaremos los aspectos más importantes de la ley.

**Palabras clave:** *eutanasia, cuidados paliativos, ley.*

### ABSTRACT

*The Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia (firstly LORE), was news that last year had a great impact on society, by creating in our legal system a new individual right to decide on their own death. It followed up a great debate, both in professional circles, ultimately responsible for its application in daily practice, and in social circles in general. Many opinions were expressed about it, both in favour and against it, being questioned already from the process of its preparation, long before its specific formulation was made public and its entry into force. These questions were due to multiple reasons: moral, religious, ethical, deontological and professional ones, which were put forward by very different society sectors and which we will analyze in this article, while recalling the most important aspects of the Law.*

**Keywords:** *euthanasia, palliative care, law.*

### DESARROLLO DEL TEMA

Una tramitación acelerada, con un escaso plazo de entrada en vigor, unido a la falta de consultas previas e intercambio de opiniones con los diversos estamentos implicados en su aplicación, alimentaron la polémica que rodeó esta ley. A pesar de todo ello, está plenamente en vigor y es de obligado cumplimiento para los sanitarios responsables de llevarla a cabo, con las posibles

excepciones (objeción de conciencia) que luego se verán con más detalle. Hoy en día, al cabo ya de varios meses de su entrada en vigor, las polémicas parecen haber remitido y las dudas se centran más en los aspectos prácticos de su realización que en otro tipo de argumentos. En este trabajo analizaremos resumidamente los aspectos más importantes de esta ley, desde sus antecedentes legislativos hasta su texto final, incluyendo las obligaciones que supone para el profesional sanitario y la mejor

**José Francisco Díaz Ruiz**

Centro Médico "Lealtad". Santander (Cantabria)  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Magister en Gestión de Servicios Sanitarios.  
Máster en Bioética y Bioderecho.  
Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Cantabria.  
Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN.

**María del Pilar Manterola Pérez**

S.U.A.P. Centro de Salud de El Astillero. El Astillero (Cantabria)  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Experta en Ética Médica por la Fundación de la Organización Médica Colegial.  
Miembro de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Cantabria.  
Secretaria del Grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de SEMERGEN.  
Vicepresidenta de SEMERGEN-Cantabria.

**Correspondencia:**

José Francisco Díaz Ruiz  
josediazr@outlook.es

manera de cumplir con ellas con plena garantía para los intereses del paciente.

El término 'eutanasia' deriva de los vocablos griegos 'eu', cuyo significado es 'bueno', y 'thanatos', que significa 'muerte'; por consiguiente, su significado etimológico es el de 'buena muerte'. Con el trascurso del tiempo, al término se le han ido atribuyendo diferentes significados: "muerte rápida y sin dolor", "muerte tranquila, fácil, suave, natural...".

En los años setenta del pasado siglo, empiezan a nacer, fundamentalmente a partir de los Estados Unidos, conceptos como la bioética, el derecho a la autonomía del paciente, la expresión de las voluntades anticipadas o testamento vital, etc., que van derivando hacia un mayor reconocimiento de la capacidad del paciente para decidir sobre los tratamientos que quiere o no aceptar. Aparece también otro concepto que antes no existía, el de los cuidados paliativos, tan estrechamente vinculados al tema de la eutanasia.

Así pues, hay maneras diferentes de enfocar el tratamiento de enfermos en situaciones de padecimiento de enfermedades incurables que provocan gran sufrimiento físico y psíquico, los cuidados paliativos y la eutanasia, que no tienen por qué ser totalmente excluyentes entre ellas. Respecto a la eutanasia, se la ha clasificado tradicionalmente de muchas maneras: directa o indirecta, activa o pasiva, positiva o negativa, voluntaria o involuntaria, etc. Hoy en día, estos conceptos han sido superados y se han aceptado otros (rechazo del tratamiento, adecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, etc.). Se considera eutanasia como tal si:

- Se produce la muerte del paciente por relación directa causa-efecto.

- Se hace a petición expresa del paciente (capaz e informado).
- Existe un sufrimiento o dolor inaceptable y refractario que lo justifique y que no se pueda paliar por otros medios.
- Se realiza por profesionales sanitarios relacionados con el paciente.

No se considera eutanasia:

- El rechazo del tratamiento.
- La sedación paliativa.
- La limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico.

Estas actuaciones no buscan deliberadamente provocar la muerte, sino:

- Aliviar o evitar el sufrimiento.
- Respetar la autonomía del paciente.
- Humanizar el proceso de la muerte.

Aunque a consecuencia de ellas pueda derivarse el fallecimiento del enfermo.

## SITUACIÓN ACTUAL EN EL MUNDO

La situación legal de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo es muy heterogénea. Las normativas son muy diferentes en cada país e incluso, dentro del mismo país, en los distintos estados: requisitos distintos, edades a las que se admite distintas, formas diferentes de llevarla a la práctica, etc.

Actualmente, la eutanasia está despenalizada en seis países, además de España: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia (aunque, en este último, este derecho no está desarrollado totalmente) y, a finales del año 2021, entró en vigor en Nueva Zelanda, donde fue aprobada por referéndum popular, siendo el primer país del mundo en legalizarla por esta vía. Estados Unidos y Australia no tienen legislación nacional respecto a la eutanasia, aunque sí existen normativas en algunos estados.

En países como Alemania, Austria o Italia, no existe una legislación nacional que la acredite como derecho reconocido, aunque sí una cierta tolerancia en algunos supuestos o bien por decisiones judiciales. En otros países del mundo de diferentes continentes, aunque no hay una regulación de la eutanasia como tal, existen normativas que despenalizan actuaciones

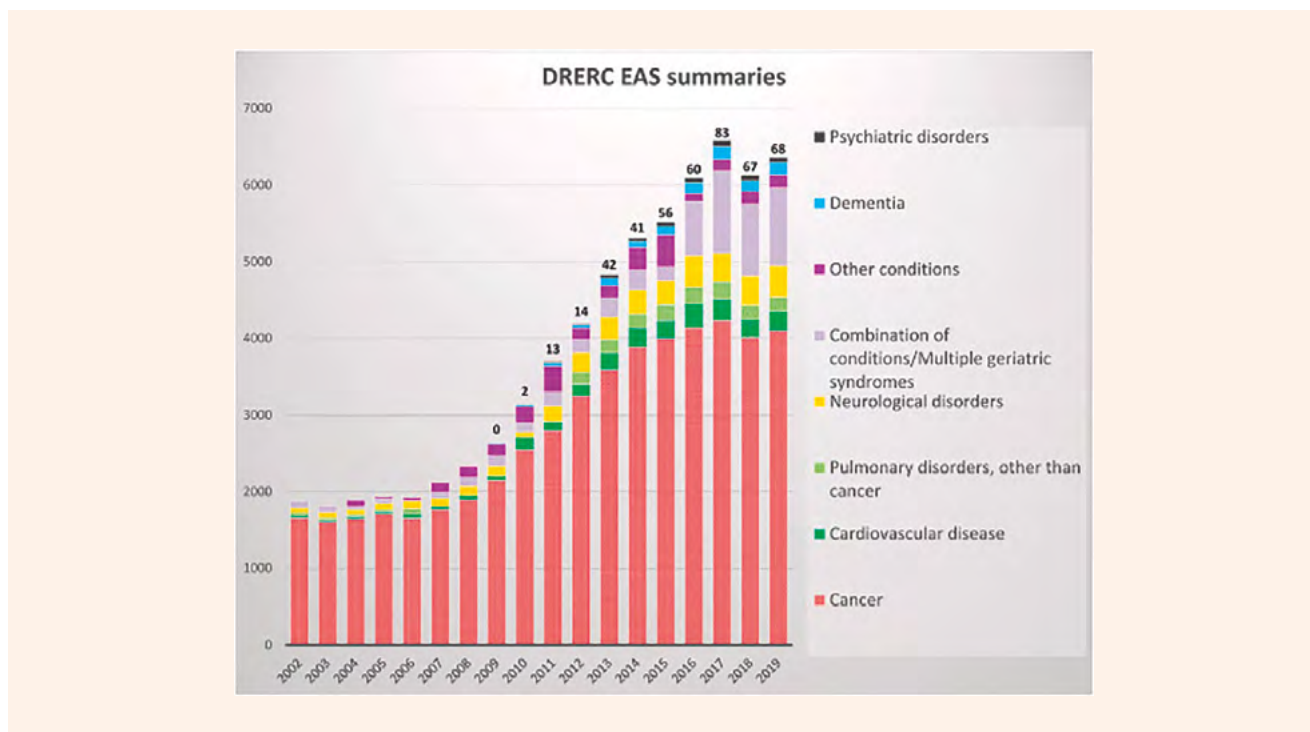


Figura 1. Evolución de las solicitudes de eutanasia por diversas causas en Países Bajos, 2002-2019<sup>1</sup>

como la sedación en enfermos terminales o la limitación del esfuerzo terapéutico en casos determinados. Así ocurre en Japón, India, Uruguay, etc.

En Países Bajos, pioneros en legalizarla en 2002, se ha producido un incremento notable de los casos de eutanasia en los últimos años (Figura 1). Este fenómeno se conoce como “pendiente deslizante” y parece reflejar una cierta relajación de las normas o requisitos aceptados para autorizar la eutanasia respecto de su concepción inicial.

Aunque en principio surgió para enfermos en situación terminal y con sufrimiento incoercible, se ha llegado a plantear su aplicación también para personas simplemente “cansadas de vivir” por diferentes motivos e incluso también para niños y menores de edad.

Similar fenómeno se ha producido también en otros países como Bélgica (Figura 2).

## EVOLUCIÓN EN ESPAÑA

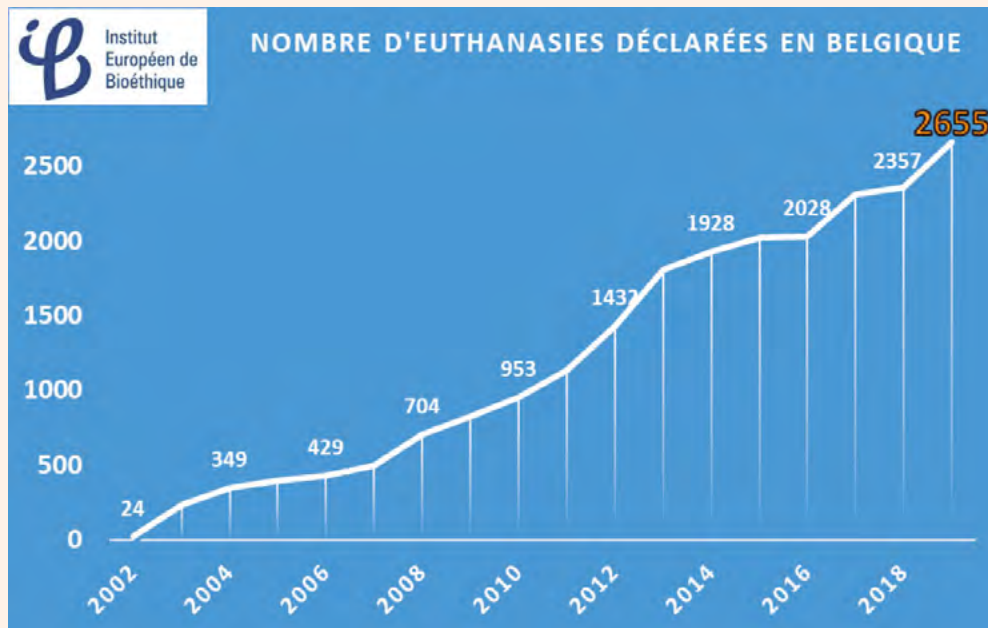
Desde finales del pasado siglo XX y comienzos de este, han sido varias las ocasiones en las que se ha planteado este debate en la sociedad española. Según diversas encuestas demoscópicas, la mayoría de la población española apoyaría la despenalización de la eutanasia, así como su legalización

para enfermos terminales. Las encuestas indican que el apoyo ha ido creciendo con el paso de los años.

En el Barómetro del CIS de enero de 2021, página 16<sup>1</sup>, hasta un 72,3 % de los encuestados se manifestó a favor de la eutanasia, un 23,9 %, totalmente de acuerdo y un 48,4 %, de acuerdo. En desacuerdo se manifestó un 10 % y totalmente en desacuerdo, tan solo un 5,1 %. La aceptación es mayor en edades jóvenes y medias de la vida, mientras que este apoyo va disminuyendo con edades más avanzadas de los encuestados. En cuanto al género, las mujeres presentan un ligero mayor apoyo a esta medida que los hombres.

Diferentes colegios de médicos han realizado, en los últimos años, encuestas a sus colegiados para recabar su opinión sobre este tema, como los colegios de médicos de Vizcaya, Madrid, Las Palmas y Tarragona, que suponen casi la cuarta parte de todos los médicos colegiados en España. La mayoría de los médicos se mostraron partidarios de que la eutanasia se regulara por ley en nuestro país, siendo mayoría también los que manifestaron que no se declararían objetores, aunque creen que sí debería existir la cláusula de la objeción de conciencia para poder acogerse a ella los médicos que no deseen aplicarla ni participar en su realización. Otras encuestas realizadas entre profesionales





**Figura 2.** Evolución de las solicitudes de eutanasia en Bélgica, 2002-2019<sup>2</sup>

de enfermería (Andalucía, Asturias) y por los colegios de enfermería de La Rioja y Madrid entre sus colegiados han arrojado resultados muy similares.

Según las encuestas realizadas, las causas principales para acogerse a la objeción de conciencia por parte de los médicos se deben a diferentes motivos, fundamentalmente porque consideran que “la eutanasia no es un acto médico porque no es un fin de la medicina provocar la muerte de un paciente” y al hecho de “la sacralidad de la vida humana, considerándola como un valor supremo por encima de cualquier otro”. Un buen apoyo sociosanitario integral y unos buenos cuidados paliativos extendidos a toda la población harían innecesaria, en opinión de muchos médicos, la existencia de la eutanasia.

## EVOLUCIÓN LEGISLATIVA

En cuanto al camino legislativo seguido por esta ley, un punto de partida muy importante es la promulgación en 2002 de la denominada *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, que entró en vigor en 2003<sup>2</sup>. En ella se recogen conceptos como la información, el consentimiento informado,

las instrucciones previas y el derecho del paciente a negarse al tratamiento.

Después de los diferentes debates parlamentarios, la *Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia* fue definitivamente aprobada en el Congreso el 18 de marzo y publicada en el BOE el 25 de marzo de 2021.<sup>3</sup>

## DESARROLLO DEL CONTENIDO DE LA LEY

La LORE, en su Preámbulo, dice que con ella se pretende “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. Define esta como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”.

En su Capítulo I, Artículo 2, la Ley establece su ámbito de aplicación “a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español”. En el Artículo 3, se recogen una serie de definiciones muy importantes, pues en ellas está la esencia del funcionamiento de la LORE. Así, se considera “padecimiento grave, crónico e incapacitante” a aquella situación “que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la

autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permiten valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”.

También aquí se define la “enfermedad grave e incurable” como aquella que “por su naturaleza, origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”. Estas definiciones pueden ser interpretadas de diferentes maneras y han sido origen de numerosas críticas al planteamiento inicial de la Ley.

Otras definiciones importantes son las de “médico responsable” y “médico consultor”. La primera figura se recoge como la del “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”. La elección por parte del paciente de un médico responsable es una de las mayores dificultades que se ha encontrado en el desarrollo inicial de la Ley. Es relativamente frecuente que el paciente elija un médico de su confianza, pero que este no quiera aceptar ese papel amparándose en el derecho reconocido por la propia Ley a la objeción de conciencia. En estos casos, se puede retrasar el ejercicio del derecho a la eutanasia, como así ha sucedido ya en numerosas ocasiones, hasta que se encuentre un médico que quiera desempeñar esta función.

El “médico consultor” se describe como “aquel facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”. Su papel, como veremos después, es el de asesorar e informar sobre la patología concreta que motiva la solicitud de la eutanasia. También en este Artículo 3, se recoge el concepto de “objeción de conciencia sanitaria”, establecida como el “derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”. La objeción de conciencia es el principal argumento utilizado por los

médicos que están en contra de esta normativa para no tener que participar en los procedimientos de eutanasia, aunque el paciente les solicite que sean su médico responsable. En algunas ocasiones, tras la objeción de conciencia se enmascara lo que realmente es una objeción de ciencia, es decir, carecer de los conocimientos necesarios para llevar a cabo adecuadamente este procedimiento, aunque se prevé que esta situación vaya mejorando a medida que se dé a los médicos la adecuada formación prometida en la Ley. El establecimiento de un “registro de objetores” por parte de la Administración sanitaria ha sido también uno de los puntos más controvertidos de la LORE.

El siguiente apartado de este Artículo define la “prestación de ayuda para morir” como “la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple con los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir”. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

- 1º. La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- 2º. La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que este se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.

Es decir, que caben las posibilidades de efectuar una eutanasia directa activa sobre el paciente o una eutanasia pasiva, si la sustancia que le provocará la muerte, prescrita y aportada por el médico, se la autoadministra el propio enfermo. Cabe considerar que la LORE recoge el término “profesional sanitario” en ambas modalidades, con lo que implícitamente se supone que no siempre será el médico quien realice una u otra acción, aunque sí que será siempre el cooperador necesario para realizar la prescripción de la sustancia que se emplee.

La LORE continúa en su exposición describiendo el derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y los requisitos para su ejercicio. Es importante conocer la metodología que debe seguirse, la cual parte de disponer previamente de toda la información que exista sobre el proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho

conforme a la normativa de atención a la dependencia. Aunque teóricamente parece muy adecuado este planteamiento, choca con la realidad de la existencia real de cuidados paliativos bien desarrollados en buena parte del territorio español. De ahí que muchas opiniones, como ya hemos comentado anteriormente, se fundamenten en que hubiera sido necesario un buen desarrollo de los cuidados paliativos en todo el país antes de formular esta LORE.

A partir de disponer de dicha información, que debe ser facilitada por el médico responsable del caso, hay que formular dos solicitudes por escrito “o por cualquier otro medio que permita dejar constancia”, con una separación mínima de quince días naturales entre ambas, aunque, si el médico responsable así lo considera, se puede aceptar un periodo menor en virtud de las circunstancias del caso. Una vez realizada la segunda solicitud, el médico responsable dispondrá de un plazo máximo de cinco días para resolver las posibles dudas que el paciente plantee. Después de este nuevo proceso deliberativo, si el paciente decide seguir adelante con el procedimiento, firmará un consentimiento informado y el médico responsable lo comunicará a los familiares y al equipo asistencial, solicitando también la opinión de un médico consultor. Una vez realizado este último informe, se comunicará a una Comisión de Garantía y Evaluación, que tomará la decisión final.

En caso de que se acepte la solicitud, el médico responsable y el resto de los profesionales sanitarios asistirán al paciente hasta el momento de su muerte, manteniendo las debidas tareas de observación y apoyo en caso de autoadministración de la sustancia que provoque su fallecimiento. La LORE recoge que los fallecimientos producidos en aplicación de esta Ley serán considerados como “muerte natural” a efectos legales y esta prestación estará incluida dentro de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y de financiación pública. Este acto podrá realizarse tanto en centros sanitarios, públicos, privados o concertados, como en el propio domicilio del paciente, si así lo solicita.

El Artículo 16 se refiere a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, reconociendo tal derecho y creando un registro de profesionales sanitarios en el que deben inscribirse los que se declaren objetores, con el fin, según recoge la Ley, de facilitar a la Administración sanitaria la adecuada gestión de la prestación de la ayuda para morir. Las dudas iniciales sobre una obligada inscripción previa parecen haberse aclarado, en el sentido de que cabe la objeción

sobrevenida, es decir, que el médico puede objetar en determinados casos por motivos personales sin que tenga que definirse, si no lo desea, como objetor o no objetor en todas las situaciones. Este punto de la creación del Registro de Objetores fue uno de los que más dudas y polémicas creó, y se intentó desde varias instancias, sin éxito, que dicho registro radicase en los colegios de médicos y no en la Administración sanitaria.

El Artículo 17 de la LORE establece la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación a establecer en cada comunidad autónoma, responsable final de la autorización o no de las solicitudes presentadas tras valorar los motivos expuestos por los solicitantes y su situación clínica. El número mínimo de miembros es de siete, “entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas”. La falta de concreción en el número de miembros y su cualificación profesional hace posible que la composición de dichas comisiones sea diferente según cada comunidad, lo cual ha dado lugar también a polémicas sobre la posibilidad de utilizar diferentes criterios para un mismo caso dependiendo de la comunidad autónoma.

Por acabar de destacar algunos aspectos más de la LORE, esta señala en su Disposición adicional sexta, “medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud”, la elaboración desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el plazo de tres meses, de un Manual de Buenas Prácticas, algo que parece muy necesario y luego comentaremos. También se promete la realización de una formación continuada para los profesionales sanitarios, que se abordará en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley, que “deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional”.

Termina la Ley indicando, en su Disposición final cuarta, su entrada en vigor en el plazo de tres meses desde su publicación en el Boletín Oficial del Estado, es decir, a partir del 24 de junio de 2021. Este plazo de tres meses parecía claramente insuficiente para poder solucionar todas las circunstancias necesarias para responder de manera adecuada a aquellos pacientes que presentasen su solicitud en los primeros días tras su entrada en vigor, como así ocurrió en muchos casos.

Dejando aparte el contenido textual de la Ley y las consideraciones éticas, morales y deontológicas que cada uno pueda plantearse, quizás lo más necesario para los profesionales era la publicación de ese

prometido Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia, que solucionaría las múltiples dudas que su aplicación práctica suponía para una gran mayoría de médicos, fundamentalmente de Atención Primaria, que se iban a ver comprometidos con esta Ley y no estaban familiarizados con las técnicas que había que emplear para poner fin a la vida del paciente que así lo solicitase. Después de la elaboración de varios borradores, el Consejo Interterritorial de Salud aprobó el citado manual el 7 de julio de 2021, con pocos días de retraso sobre el plazo anunciado. Confeccionado por un Comité Técnico con representantes de varios ministerios y de las comunidades autónomas e INGESA, aclara algunos puntos no suficientemente detallados en el texto de la Ley. El manual, que ha tenido actualizaciones posteriores<sup>4</sup>, indica también los documentos necesarios que hay que rellenar en los distintos momentos del procedimiento y detalla los aspectos técnicos del proceso en sus diferentes modalidades: administración directa y prescripción o suministro para autoadministración. Se señalan los medicamentos, dosis y vías de administración recomendados, lo que ha suscitado también en esta ocasión cierta polémica inicial, al no estar autorizados para este uso algunos de estos fármacos en España.

### ASPECTOS POLÉMICOS DE LA LORE

Esta Ley ha recibido las críticas de instituciones tan importantes como el Comité de Bioética de España<sup>5</sup>, la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, el Consejo General de Colegios de Médicos y el de Enfermería, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi, diversos comités de ética asistencial, etc. Los códigos deontológicos de los colectivos más directamente implicados en su desarrollo, médicos y enfermería<sup>6,7</sup>, prohíben expresamente en ellos (con más claridad en el de médicos) poner fin de forma activa a la vida del paciente, aunque este lo solicite.

Sin embargo, al estar este derecho reconocido por ley, este acto ya no puede ser sancionado deontológicamente, por lo que será necesario modificar en un futuro los códigos deontológicos. La LORE ha planteado numerosas dudas, interrogantes e incluso rechazo franco en muchos sectores profesionales y sociales respecto a su origen, fines, contenido y desarrollo. Por señalar algunos de los puntos más criticados y debatidos, sirvan como ejemplo los siguientes:

¿La eutanasia es un acto médico que puede incluirse en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud como cualquier otra prestación sanitaria? Hay muchos médicos que consideran que un “acto médico” es toda aquella acción destinada a curar o mejorar la salud de los pacientes y no a provocar su muerte y se preguntan quién define lo que es un “acto médico”, si la Administración o los propios profesionales a través de sus organizaciones. El informe del Comité de Bioética de España del 15 de julio de 2021 señala que “la prestación de la ayuda para morir no puede calificarse como acto médico”, pero sí como “acto sanitario” por el contexto que exige la ley para llevarla a cabo (por profesionales sanitarios).

En una ley que afecta a un derecho tan importante como la vida, se ha dado un plazo demasiado breve para su entrada en vigor, sin tiempo para poder preparar a los profesionales sanitarios para desarrollar adecuadamente esta nueva competencia.

Existían muchas dudas sobre la necesidad de registrarse con carácter previo en un Registro de Objetores. El Manual de Buenas Prácticas se extiende con más detalle sobre la objeción de conciencia, señalando la aceptación de la objeción sobrevenida y la reversibilidad de la decisión. Otra cuestión que se planteó fue la posibilidad de que, ante una objeción masiva, este proceso pudiera externalizarse y convertirse en un negocio privado al margen del Sistema Público de Salud.

Esta ley plantea muchas dudas éticas y puede confrontar principios bioéticos y deontológicos. Para muchos médicos partidarios de ella, el interés supremo será siempre el bienestar del paciente (principio de beneficencia), evitándole todo sufrimiento por cualquier medio, incluso provocándole la muerte si no hay otra alternativa. Para otros, por el contrario, debe primar el no hacer daño al paciente (principio de no maleficencia). Aun así, parece claro que el médico siempre debe informar adecuadamente al paciente de sus derechos, gusten o no gusten al profesional, y de los pasos que debe seguir para poder ejercerlos. Es obligación del médico atender y acompañar al paciente en sus consultas y deliberaciones, aunque no esté de acuerdo con la práctica de la ayuda médica para morir, pudiendo objetar la concreta realización de la misma y dejar el final del proceso en manos de otros profesionales. Hay muchos médicos que insisten en que, antes de establecer una Ley de Eutanasia, se tendría que haber confeccionado una buena Ley de Cuidados Paliativos o de cuidados al

final de la vida, para garantizar esta prestación que, a nivel nacional, aún tiene muchas deficiencias y desigualdades en su desarrollo, como reconocen los propios profesionales implicados en ello<sup>8,9,10</sup>.

Una característica importante de la ley es que no señala qué profesional sanitario realizará el acto concreto de la eutanasia, aunque parece desprenderse del contenido de su Manual de Buenas Prácticas que pueden ser tanto los profesionales médicos como los de enfermería. Tampoco se especifica claramente que se aplique siempre a un paciente con un pronóstico de vida muy limitado, lo que puede entenderse de manera confusa. La ley presenta dos opciones: “enfermedad grave e incurable” o “padecimiento grave, crónico e incapacitante”, en la que no se hace referencia a un pronóstico de vida limitado.

La publicación del Manual de Buenas Prácticas ha servido para intentar aclarar algunos aspectos, como las funciones del médico responsable, médico consultor y algunos otros puntos que no quedaban claros en el texto de la Ley, como los profesionales que pueden objetar, medicamentos a utilizar, desarrollo concreto del procedimiento, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. C.I.S. (Centro de Investigaciones Sociológicas). Barómetro de Enero 2021. Estudio nº 3307; Pregunta 26: Conocimiento de la aprobación de la Ley de Regulación de la Eutanasia; Pregunta 26,a: Grado de acuerdo/desacuerdo; Pregunta 26,b: Razones por las que duda sobre la eutanasia. Disponible en: [https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300\\_3319/3307/es3307mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300_3319/3307/es3307mar.pdf)
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Jefatura del Estado, B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002; Referencia B.O.E.-A-2002-22188. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
3. Boletín Oficial del Estado, Jueves 25 de marzo de 2021. 1-Disposiciones generales-Jefatura de Estado-4628 Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
4. Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
5. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: Propuestas para la reflexión y deliberación. Aprobado por unanimidad en su reunión plenaria de 30 de septiembre de 2020. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Julio 2011. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)
7. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. Disponible en: [https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo\\_deontologico.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf)
8. Asociación Española Contra el Cáncer. Observatorio del Cáncer. Situación actual en Cuidados Paliativos. Resumen Ejecutivo. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/observatorio/documentos/resumen-ejecutivo-paliativos.pdf>
9. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). Comunicado ante la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. Preocupante aumento de personas sin acceso a cuidados paliativos; 24/04/2019. Disponible en: <https://www.secpal.com/Preocupante-aumento-de-personas-sin-acceso-a-cuidados-paliativos-mas-de-77500-cada-ano>
10. EAPC Atlas of palliative care in Europe 2019. Arias Casais, Natalia et alts. ICS Universidad de Navarra. Dadun (Depósito Académico Digital Universidad de Navarra). Disponible en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>

# Qué hacer ante un paciente con patología anal

## *Action plan for a patient with anal pathology*

Noelia Fontanillas Garmilla, Inés Rivera Panizo y César Granja Ortega

### RESUMEN

La patología ano-rectal tiene una alta prevalencia en la población general. Los pacientes con estas patologías consultan en el primer nivel asistencial. Es importante que los médicos de Atención Primaria conozcan los aspectos básicos de la patología ano-rectal benigna, su diagnóstico y tratamiento.

La patología anal comprende una amplia variedad de entidades, entre las que cabe mencionar hemorroides, fisura anal, absceso ano-rectal, fístula anal, sinus pilonidal, prolapso rectal, condilomas, incontinencia fecal, hidradenitis, prurito anal, proctalgia fugaz y tumores.

En este artículo trataremos de forma más exhaustiva las patologías más prevalentes, de las que es importante conocer su diagnóstico y tratamiento, aunque no debemos olvidar el resto.

**Palabras clave:** *Patología anal, hemorroide, fisura anal, absceso perianal, fístula anal, sinus pilonidal.*

### ABSTRACT

*Ano-rectal pathology has a high prevalence in the general population. Patients with these pathologies consult at the first level of care. It's important that Primary Care physicians know the basics of benign ano-rectal disease, its diagnosis and treatment.*

*Anal pathology encompasses a wide variety of entities, including haemorrhoids, anal fissure, ano-rectal abscess, anal fistula, pilonidal sinus, rectal prolapse, condylomata, fecal incontinence, hidradenitis, pruritus ani, proctalgia fugax and tumors.*

*In this article we write more exhaustively about the most prevalent pathologies, of which it's important to know their diagnosis and treatment, although we mustn't forget the rest of the pathologies.*

**Keywords:** *Anal pathology, haemorrhoids, anal fissure, perianal abscess, fistulae, pilonidal sinus.*

## INTRODUCCIÓN

La patología ano-rectal benigna tiene una alta prevalencia en la población general y afecta al 80 % de las personas mayores de 50 años<sup>1</sup>. La gran mayoría de los pacientes con estas patologías consultan en el primer nivel asistencial que somos

los médicos de familia y de estas vamos a poder resolver en nuestras consultas un gran porcentaje. Por ello, es importante que los médicos de Atención Primaria conozcan los aspectos básicos de la patología ano-rectal benigna, su diagnóstico clínico y el tratamiento específico para cada entidad, así como el momento adecuado para derivar al siguiente nivel asistencial.

**Noelia Fontanillas Garmilla.**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora nacional del Grupo de Digestivo de Semergen. Miembro del Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla (IDIVAL). Miembro de las Comisiones de Formación y de Docencia de la Gerencia de AP del Servicio Cántabro de Salud y de la CFC de las Profesiones Sanitarias de la C.A. de Cantabria. Médica de Familia. C.S Bezana (Cantabria).

**Inés Rivera Panizo**

Médica de Familia. C.S Daroca (Zaragoza)

**César Granja Ortega**

Médico Residente MFyC. C.S Bezana (Cantabria).

**Correspondencia:**

Noelia Fontanillas Garmilla.  
noefonta@yahoo.es

La patología ano-rectal comprende una amplia variedad de entidades de diversos orígenes, entre las que cabe mencionar hemorroides, fisura anal, absceso ano-rectal, fístula anal, sinus pilonidal, prolapso rectal, condilomas, incontinencia fecal, hidrosadenitis, prurito anal, proctalgia fugaz y tumores.

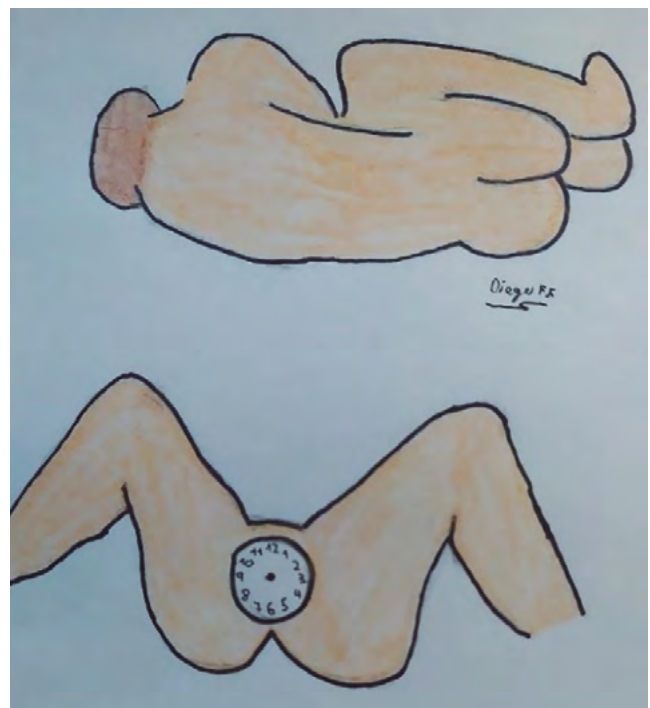
En este artículo hablaremos de forma más exhaustiva de las primeras, dada su prevalencia y la importancia de conocer su abordaje.

**EXPLORACIÓN**

Antes de comentar el abordaje de las diferentes patologías, hay que recordar que, ante un paciente con signos o síntomas perianales, debemos explorar al paciente. Es importante saber que no toda patología anal son hemorroides. Primero realizaremos una inspección de la zona con luz adecuada y separando ambos glúteos con el fin de visualizar si hay lesiones perianales o signos de inflamación. Posteriormente, realizaremos una palpación del periné y la zona perianal buscando masas o inflamaciones. Continuaremos con el tacto rectal, prueba obligada en toda patología ano-rectal, salvo en el caso de la fisura anal. Podemos colocar al paciente en diferentes posiciones, como decúbito supino o genupectoral, aunque la posición más usada y en la que el paciente parece sentirse más cómodo es la de decúbito lateral<sup>2</sup>. La localización de las lesiones las describiremos visualizando un reloj, de forma que a la parte anterior nos referiremos como a las doce y a la posterior, como las seis (Figura 2). También se puede describir según los cuadrantes: anterior, posterior, derecha e izquierda<sup>3</sup>.



**Figura 1.** El tacto rectal es una exploración obligada en la patología anal. Fuente: elaboración propia.



**Figura 2.** Posición decúbito lateral. Descripción de las lesiones en el sentido de las agujas del reloj. Fuente: elaboración propia.

**HEMORROIDES**

El 5 % de la población presenta síntomas relacionados con las hemorroides; este porcentaje aumenta con la edad y se calcula que aproximadamente

el 50 % de la población occidental presentará sintomatología hemorroidal alguna vez en su vida. La presencia de hemorroides es similar entre sexos y su prevalencia aumenta con la edad. Pueden aparecer en mujeres con más frecuencia durante el embarazo y los partos, variando con el ciclo menstrual<sup>4</sup>.

El tejido hemorroidal es un componente normal de la anatomía, consistente en un engrosamiento de la submucosa del canal anal que contiene vasos sanguíneos, músculo liso y tejido conjuntivo. Constituyen un “almohadillado” que contribuye a la oclusión del canal anal y a la continencia. Las hemorroides patológicas son el resultado del agrandamiento, congestión o desplazamiento de este revestimiento<sup>5</sup>.

Por tanto, pueden ser factores de riesgo de patología hemorroidal la obesidad, embarazo, enfermedad hepática e hipertensión portal, alimentación rica en grasas, periodos prolongados de sedestación o de pie o abuso de laxantes. Conocer y corregir los factores que pueden producir estas alteraciones ayuda a la prevención y tratamiento de esta enfermedad<sup>5</sup>.

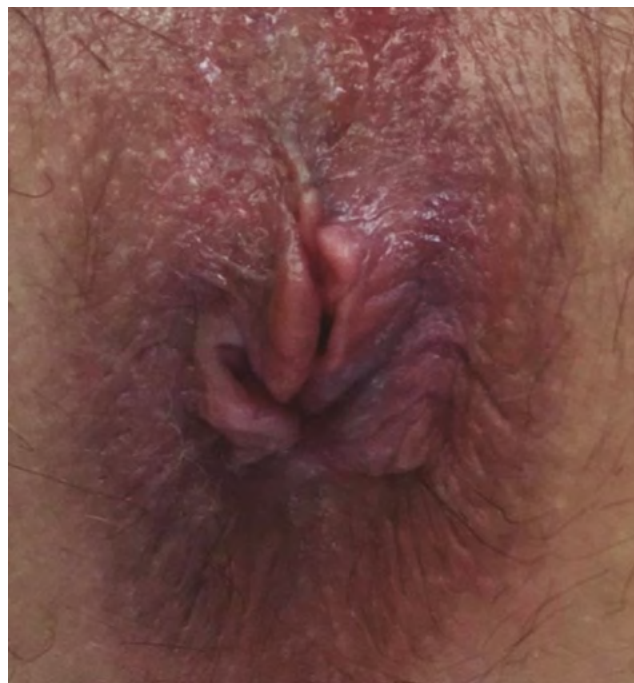
Según el plexo hemorroidal afectado, se distinguen dos tipos: externas, que afectan al plexo hemorroidal inferior, por debajo de la línea dentada, e internas, que afectan al plexo hemorroidal superior, por encima de la línea dentada<sup>2</sup>.

**Las hemorroides externas** están compuestas por uno o varios nódulos recubiertos de piel perianal (Figura 3), lo que nos ayuda a distinguirlas de las internas. Suelen ser asintomáticas, aunque también pueden ocasionar sangrado, molestias o picor.

Las hemorroides externas no se tratan a menos que produzcan prurito o dificulten la higiene.

Tienen un alto número de fibras sensitivas, por lo que pueden provocar dolor, sobre todo cuando se trombosan, lo que constituye un proceso muy frecuente que motiva una consulta urgente. El diagnóstico es muy sencillo, a la inspección observamos una tumefacción subcutánea azulada (trombo) en los márgenes del ano, dolorosa a la presión (Figura 4).

Existe controversia en cuanto al tratamiento. Algunos autores defienden la trombectomía en las primeras 48-72 h, sin embargo, otros defienden medidas conservadoras desde el inicio, a pesar de ser una medida más lenta y dolorosa<sup>6</sup>.



**Figura 3.** Hemorroide externa. Imagen cedida por Servicio de Cirugía Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).



**Figura 4.** Hemorroide trombosada. Imagen cedida por Servicio de Cirugía Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).



**Las hemorroides internas** están recubiertas de mucosa rectal. Tienen escasas fibras sensitivas, por lo que no suele haber dolor. A veces se acompañan de prurito y mucosidad debido a la irritación de la mucosa prolapsada y en raras ocasiones se manifiestan como una trombosis. La rectorragia suele ser indolora, roja brillante como goteo o hilillos sanguinolentos en las deposiciones.



**Figura 5.** Hemorroides Grado IV, prolapso hemorroidal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Según protusión y prolapso, se dividen en cuatro grados y según el grado y sintomatología, corresponde el tratamiento<sup>5</sup> (Tabla 1).

## TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES

### 1- Medidas higiénico-dietéticas (MHD)<sup>6,7,8,9</sup>

Insistir a nuestros pacientes en que realicen MHD es fundamental para toda la patología anal.

Algunas de las más importantes son:

- Cambios en la dieta con el fin de aumentar el volumen y ablandar la materia fecal.
- Ingesta de fibra: 20-30 g diarios (grado de recomendación A). Los suplementos con fibra disminuyen la persistencia de los síntomas y su nueva aparición y previenen o disminuyen la duración del sangrado. Además, las dietas ricas en fibra aumentan el volumen de las deposiciones y aceleran el tránsito colónico.
- Ingesta de agua (grado de recomendación C): por tratarse de una intervención de bajo coste y sin aparentes efectos colaterales, esta ha sido una recomendación tradicional, pero la efectividad real no se ha evaluado adecuadamente y los estudios al respecto muestran resultados contradictorios o no significativos.
- Bajar de peso.
- Ejercicio físico: la evidencia disponible muestra resultados contradictorios, de los que se podría deducir que el ejercicio puede mejorar el tránsito colónico, sin que sea evidente su efectividad en el control de los síntomas.
- Tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino, sin demorarse: teniendo en cuenta que la actividad motora colónica es mayor al despertarse y después de las comidas, se ha considerado útil reeducar a los pacientes con estreñimiento crónico para lograr un horario normal de evacuación, preferiblemente al despertarse y después de tomar el desayuno, durante periodos no superiores a 5 min y con una actividad de pujo moderada.
- Evitar la sedestación prolongada.
- Baños de asiento con agua templada: grado de recomendación C.

Aunque la mayoría de las MHD tienen un grado de recomendación C y existen escasos estudios reglados

**Tabla 1.** Grados de hemorroides internas y tratamiento correspondiente

Grado I	Protusión sin prolapso. Asintomático, rectorragia ocasional. Medidas higiénico-dietéticas (MHD).
Grado II	Prolapso al defecar con reducción espontánea. Disconfort y rectorragia. MHD y tratamiento tópico.
Grado III	Prolapso al defecar y espontáneo, reducción manual. Disconfort, secreciones, prurito, rectorragia. MHD, tratamiento tópico y derivación a Cirugía.
Grado IV	Prolapso persistente e irreductible (Figura 5). Sintomatología severa, dolor, secreción, mayor riesgo de trombosis. Derivación a Cirugía.

Fuente: elaboración propia

## Qué hacer ante...

que puedan demostrar su evidencia, son medidas que actúan sobre los factores de riesgo que desencadenan la patología hemorroidal y alivian los signos y síntomas que produce.

### 2- Fármacos<sup>6,7,8,9</sup>:

- Cremas tópicas (grado de recomendación C): hay una gran variedad de tratamientos tópicos farmacológicos para la patología hemorroidal; a continuación, señalamos algunos ejemplos:
  - Hidrocortisona 1 % - 3 %: 5-7 días, mejor evitarlos.
  - Lidocaína.
  - Ozono + ácido hialurónico + arginina.
  - Ácido hialurónico + oil.
- Laxantes formadores de bolo:
  - *Plantago ovata*: parece que ejercen un efecto beneficioso, mejorando los síntomas del síndrome hemorroidal y el sangrado.
- Flebotónicos: los estudios realizados sugieren que mejoran el tono venoso, estabilizan la permeabilidad capilar y aumentan el drenaje linfático, por tanto, disminuyen el dolor, reducen los sangrados en una semana y producen mejoría general de los síntomas. Sin embargo, se hallaron limitaciones metodológicas; para mejorar la conclusión aún más se necesita realizar ensayos clínicos más consistentes que tengan en cuenta estas limitaciones<sup>10</sup>.
  - Diosmina: es el flebotónico que mejores resultados ha obtenido en los estudios<sup>10</sup>.

## FISURA ANAL

La fisura anal también es uno de los motivos de consulta más frecuente en cuanto a proctología, estimándose una incidencia aproximada de 1 de cada 350 personas, con mayor prevalencia de las fisuras agudas<sup>11,12</sup>.

Se puede presentar en cualquier edad, aunque es más frecuente en los adultos jóvenes, sin predominio de sexo; puede aparecer en pacientes sanos o con alguna patología de base<sup>11,12</sup>.

Es una lesión longitudinal o ulceración que se localiza en la línea media del canal anal y que probablemente se deba a un traumatismo durante la defecación. Son más frecuentes en la línea media posterior<sup>3</sup> (Figura 6).

Si hay múltiples fisuras, dolorosas y en varias localizaciones, sobre todo laterales, se deberán descartar patologías como la EII (enfermedad de Crohn), la tuberculosis, la sífilis o la infección por el VIH<sup>2</sup>.

La clínica es dolor anal agravado con las defecaciones y persistente tras estas, que produce sangrado rojo brillante, escaso, en el papel higiénico. Se acompaña de estreñimiento, muchas veces voluntario (ocasionado por el dolor y espasmo de los esfínteres) y prurito (relacionado, en muchas ocasiones, con enfermedades dermatológicas si persiste).

La exploración (si es posible realizarla) puede requerir solo la separación cuidadosa de las nalgas, lo que mostrará el extremo distal de la fisura, en la línea media posterior. Es importante tener en cuenta que, en numerosas ocasiones, la exploración no es posible por el intenso dolor, por lo que el tacto rectal no está recomendado<sup>2</sup>.



**Figura 6.** Fisura anal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Según su tiempo de evolución, denominamos fisura aguda (FA) a aquella en la que este es de entre 6-8 semanas y suele precisar para su curación solo MHD y crónica, a aquella en que persisten la lesión y los síntomas más de 6-8 semanas. Un elevado porcentaje de fisuras anales agudas se curan espontáneamente, aunque en ocasiones se cronifican. Esta evolución a la cronicidad parece deberse a la hipertonia del esfínter y a la isquemia local. Suele haber, casi siempre, una hemorroide centinela en el extremo inferior de la fisura y una papila agrandada hipertrófica en el extremo superior<sup>3</sup>.

**Tabla 2.** Tratamiento Farmacológico de fisura anal.

ALIVIAN LOS SÍNTOMAS DE LA FISURA ANAL	DISMINUYEN LA HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER
Analgésicos y corticoides tópicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrocortisona 1 % - 3 %</li> <li>• Carragaen + lidocaína + dióxido de titanio, 1 aplic / 12-24 h</li> <li>• Ácido hialurónico + oil</li> <li>• Ozono + ácido hialurónico + arginina</li> <li>• Gel protector e hidratante</li> <li>• Centella asiática + neomicina, 1 aplic / 8 h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagonistas del calcio: grado de recomendación 1A                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diltiazem 0,7 % - 2 % / 8-12 h</li> <li>– Nifedipino 0,3 % / 12 h</li> </ul> </li> <li>• Nitroglicerina: grado de recomendación 1A                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fórmula magistral: 0,2 % - 0,3 %</li> <li>– Nitroglicerina comercializada: 0,4 %</li> </ul> </li> <li>• Toxina botulínica: grado de recomendación 2C</li> </ul>

Modificado de: Arroyo A, et al. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. 2018; 96: 260-267.

El tratamiento irá dirigido a aliviar los síntomas y a disminuir la hipertonía del esfínter<sup>11</sup>.

Las MHD son las que ya se mencionaron con las hemorroides. Se debe insistir especialmente en evitar el estreñimiento, para lo que es fundamental seguir una dieta rica en fibra o suplementos y mantenerla para la prevención de recaídas, si es necesario asociando ablandadores del bolo fecal<sup>11</sup>. El uso de toallitas perfumadas de forma frecuente provocará mayor dermatitis y prurito.

En la actualidad, todos los documentos de consenso sobre el tratamiento de la FA contemplan la realización de baños de asiento, pues, aunque la evidencia es débil, su empleo conlleva escasos efectos adversos, mejora la higiene de la zona y produce alivio de los síntomas en algunos pacientes.

Estas medidas conservadoras, por sí mismas, pueden conseguir la curación de la FA y prevenir las recurrencias.

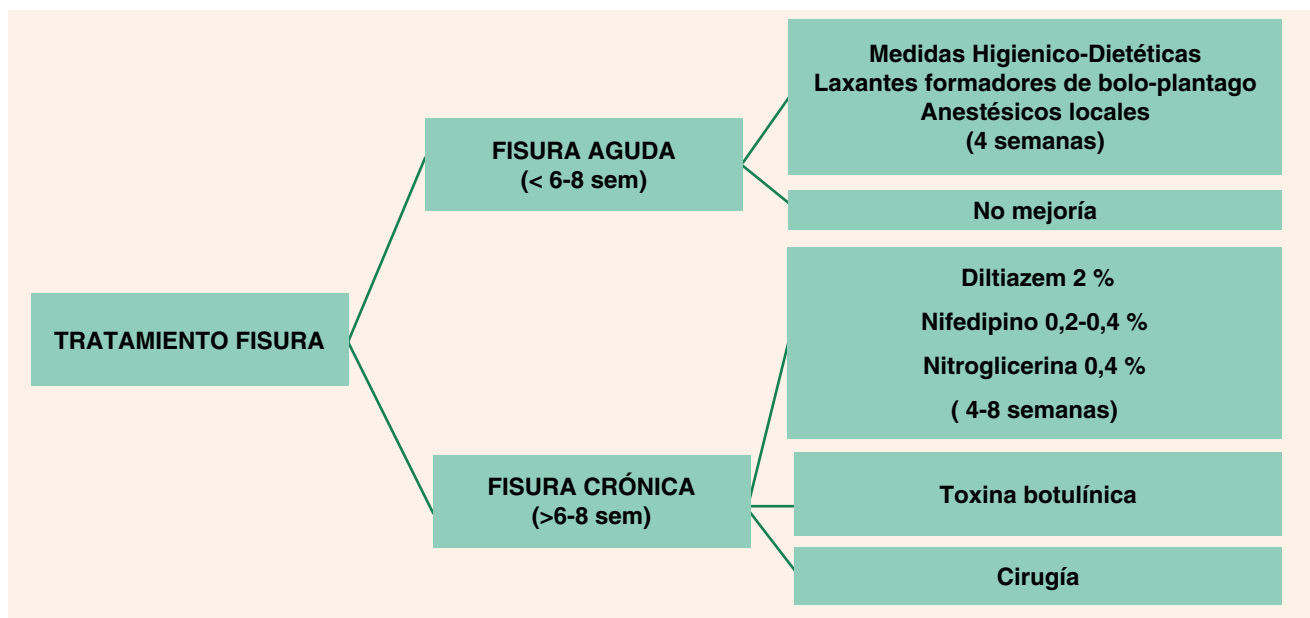
Este escalón básico es seguro y debería ser el tratamiento de primera línea (grado de recomendación fuerte, nivel de evidencia IB)<sup>11</sup>.

En cuanto al tratamiento farmacológico (Tabla 2), tenemos un primer escalón de tratamiento tópico, encaminado a aliviar los síntomas de la fisura anal, muy similar al que mencionamos con las hemorroides.

El segundo escalón, orientado a la disminución directa de la hipertonía del esfínter, lo conseguiremos con fármacos como los calcio-antagonistas, diltiazem y nifedipino, principalmente, los donadores de óxido nítrico, nitroglicerina y la toxina botulínica<sup>11</sup>.

El algoritmo de tratamiento de la fisura anal sería el siguiente (Algoritmo 1):

**Algoritmo 1.** Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación.



Modificado de: Arroyo A, et al. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. 2018; 96: 260-267.

## Qué hacer ante...

A partir de las 8 semanas, si no hay mejoría, habría que derivar al paciente a Cirugía para plantearse toxina botulínica.

### ABSCESO PERI-RECTAL

El absceso peri-rectal es una colección purulenta localizada en algunas de las regiones del ano y recto, que pueden vaciar su contenido a través de la piel perianal o la mucosa rectal. Si se propagan en sentido distal hasta el margen anal, se produce un absceso perianal, que es el más frecuente (Figura 7). También pueden ser de localización isquiorrectal, interesfinteriana y pelvirrectal. El paciente refiere inflamación y dolor intenso y, con mayor tiempo de evolución, malestar y fiebre<sup>3</sup>.

Realizaremos, ante la sospecha, un tacto rectal, ya que, aunque el absceso perianal se puede diagnosticar visualizando la inflamación en la inspección y con la palpación, porque es el más superficial, en el resto de las localizaciones no. Al realizar el tacto rectal, podremos notar el absceso a la palpación o un tacto doloroso.

Ante la sospecha debe derivarse, ya que al drenar hacia la mucosa rectal puede complicarse con una infección necrotizante de partes blandas, que incluso podría extenderse con gran destrucción a las fascias y músculos de los muslos (gangrena de Fournier, Figura 8).

Debe drenarse sin demora y en quirófano. Los antibióticos no penetran lo suficiente en la cavidad abscesificada, por ello, el tratamiento antibiótico resulta inadecuado y no debe ofrecerse con la intención de prevenir o aplazar la incisión y el drenaje<sup>13,14</sup>.



**Figura 7.** Absceso peri-anal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV.



**Figura 8.** Gangrena de Fournier. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV.

### FÍSTULA ANAL

Son trayectos fibrosos de la región perianal, con un orificio primario o interno en el canal anal o recto y otro orificio secundario (en ocasiones, varios) localizado en la piel. La mayoría se deben a la infección de una glándula criptoglandular anal o a la cronicidad de un absceso ano-rectal<sup>1</sup>; entre las más frecuentes, se hallan las fístulas interesfinterianas y transesfinterianas. Aparece supuración perineal de pus, sangre, moco y, en ocasiones, materia fecal. Si el trayecto fistuloso se obstruye, puede aparecer dolor.<sup>13,14</sup>

Se debe realizar una rectosigmoidoscopia para descartar procesos que cursan con fístulas anales, como la enfermedad de Crohn. En ocasiones, puede ser preciso, para completar el diagnóstico, realizar pruebas de imagen, como resonancia magnética o tomografía axial computarizada.<sup>13,14</sup>

El tratamiento de las fístulas será siempre quirúrgico, mediante fistulotomía<sup>13,14</sup>.

### SINUS PILONIDAL

Hablamos de sinus pilonidal (denominado también seno pilonidal, quiste sacro o quiste dermoide) ante la existencia de una infección de la piel y tejido subcutáneo, situada en la línea media del área sacro coccígea, donde se forma una cavidad que contienen pelo<sup>2</sup>.

Es un problema relativamente frecuente, que suele manifestarse entre los 18 y los 30 años, con predominio en varones. Tiene una incidencia muy variable según los estudios. Se ha asociado a historia familiar, sexo masculino, obesidad, conducción de vehículos, vida sedentaria, hipertrichosis, mala higiene y foliculitis o forunculosis en alguna otra parte del cuerpo<sup>2,14</sup>.

Al sobreinfectarse, se producen los síntomas clásicos de absceso: dolor, tumoración e inflamación. Puede ser único o múltiple. En ocasiones es un proceso asintomático y solo se visualiza un orificio o seno que contiene pelo (Figura 9). Con frecuencia, puede infectarse y producirse un absceso agudo o crónico con uno o más puntos de drenaje<sup>2,14</sup>.

El diagnóstico es clínico. Habitualmente no son necesarias pruebas complementarias, aunque pueden indicarse pruebas de imagen (ultrasonidos o resonancia magnética) para completar el diagnóstico diferencial y planificar la cirugía<sup>2</sup>.

En sinus asintomático estaría indicada la observación sin cirugía, mantener una buena higiene local y corregir los factores de riesgo (bajar peso, evitar el sedentarismo y evitar los periodos largos de sedestación). Si fuera sintomático, derivaremos a Cirugía.

El mejor tratamiento del absceso agudo es la incisión y drenaje bajo anestesia local, tratamiento que podemos realizar en nuestra consulta<sup>13,14</sup>.



**Figura 9.** Sinus pilonidal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV.

## CÁNCER ANAL

Los síntomas más frecuentes del cáncer anal son el sangrado, el dolor y la masa palpable. También los pacientes pueden tener cambios en el ritmo intestinal y pérdida de peso. El cáncer puede verse externamente como una masa ulcerada (Figura 10) o palparse dentro del conducto anal, de ahí que resulte tan importante realizar el tacto rectal<sup>3</sup>.

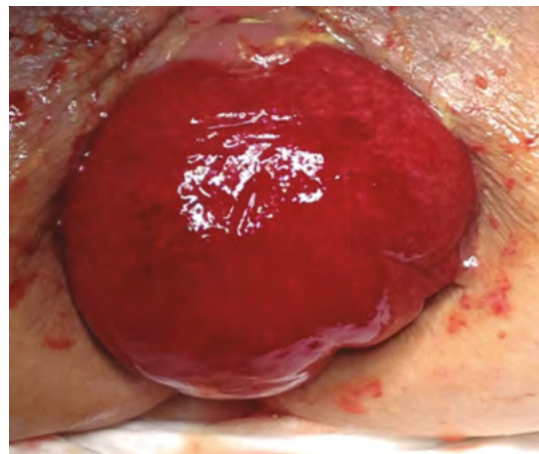


**Figura 10.** Tumor margen anal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV

## PROLAPSO RECTAL

La manifestación clínica principal del prolapso rectal es la masa que protruye a través del recto (Figura 11). La protrusión se produce en general con la deposición, pero, a medida que pasa el tiempo, también puede aparecer con la tos o el estornudo y, al final, de manera espontánea.

Las medidas conservadoras no corrigen el prolapso rectal, por lo que solo se plantearán para los pacientes con prolapso leve y mínimamente sintomáticos o que no puedan someterse a la cirugía. El tratamiento definitivo será quirúrgico, por lo que tendremos que derivar al paciente a Cirugía General<sup>3</sup>.



**Figura 11.** Prolapso rectal. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV.

### PRURITO ANAL

El picor y escozor perianal es un motivo de consulta frecuente que, en ausencia de otras lesiones (hay que descartar infección, liquen, tumoral) suele estar provocado por irritación local. Se debe insistir en las MHD, ya que, en ocasiones, es consecuencia de una mala higiene o higiene excesiva, jabones, obesidad, ropa ajustada o toallitas perfumadas<sup>13</sup>.

El tratamiento consistirá en retirar la causa desencadenante, junto con cremas emolientes de barrera e hidratantes. En casos más severos, se puede utilizar hidrocortisona 1 % en pautas cortas de una o dos semanas para evitar los efectos secundarios<sup>13</sup>. También han demostrado efectividad los tratamientos tópicos con capsaicina 0,006 % y tacrolimus al 0,1 %<sup>15,16</sup>. Si el prurito es severo, recurriremos a antihistamínicos orales.

### CONDILOMAS ACUMINADOS

Aunque la vacunación contra el virus del papiloma humano previene la aparición de verrugas anales tanto en hombres como en mujeres, todavía podemos observar condilomas en el 1 % de la población<sup>13</sup>.

Las verrugas anales pueden manifestarse en la piel perianal y dentro del conducto anal. Son lesiones elevadas y de base estrecha. Pueden aparecer de forma individual y dispersa o en forma de masa. Son una enfermedad de transmisión sexual.

El tratamiento inicial es con agentes locales, como podofilino al 0,5 %, imiquimod 5 % o ácido tricloroacético. Si no existiera mejoría, derivaremos, ya que puede estar indicado excisión, fulguración, láser o crioterapia<sup>17</sup>.



**Figura 12.** Condilomas acuminados. Imagen cedida por Servicio de Cirugía General HUMV.

### INCONTINENCIA FECAL

La emisión involuntaria de heces o ventosidades es un problema relativamente frecuente que, cuando es intenso, lleva a la marginación y depresión de los pacientes. Ciertos factores, como la vergüenza, la negación y el grado de los síntomas, impiden determinar la prevalencia verdadera<sup>18</sup>.

Los pacientes que presentan incontinencia fecal suelen padecer también incontinencia urinaria y trastorno asociado del suelo de la pelvis.

Es fundamental la detección de estos pacientes en Atención Primaria para que, junto a las unidades de Incontinencia, pueda darse el tratamiento adecuado.

### DOLOR ANAL FUNCIONAL

El dolor anal funcional se define según los criterios de Roma IV y se llega al diagnóstico tras la exclusión de patología estructural. Podemos distinguir tres entidades: síndrome del elevador del ano, dolor anal funcional inespecífico y proctalgia fugaz<sup>19</sup>.

El síndrome del elevador del ano y el dolor anal inespecífico cursan con dolor anal crónico o recurrente de treinta o más minutos de duración. Se diferencian en que, en el elevador del ano, el dolor aumenta durante la tracción del músculo puborrectal<sup>19</sup>. El tratamiento es controvertido y existen escasos estudios; se recomiendan baños de asiento, dieta rica en fibra, fármacos relajantes musculares y técnicas de biofeedback<sup>3,13</sup>.

Los pacientes con proctalgia fugaz refieren episodios de dolor recurrente, punzante e intenso, de segundos a minutos de duración, menores de 30 minutos, y periodos asintomáticos<sup>19</sup>. Indicaremos a estos pacientes MHD y, como tratamiento farmacológico, han demostrado utilidad el salbutamol inhalado y la toxina botulínica<sup>3,13</sup>.

### HIDROSADENITIS PERINEAL

Es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y dolorosa, que afecta a las glándulas sudoríparas. Comienza frecuentemente en la pubertad y disminuye hacia los cincuenta años<sup>20</sup>.

Puede darse en cuello, axilas, ingles, genitales, cuero cabelludo, periumbilical y región perianal y perineal, siendo esta última más frecuente en los hombres. Se ha relacionado con diversos factores de

riesgo, como genéticos, obesidad, sudoración, irritación mecánica, trauma local o tabaquismo<sup>20</sup>.

El diagnóstico es clínico. En la exploración, podemos observar nódulos, abscesos, formación de trectos fistulosos subcutáneos, cicatrices y fibrosis<sup>20</sup>.

El tratamiento consiste en higiene local, antibióticos tópicos con clindamicina u orales, según la complejidad, con tetraciclinas y doxiciclina, incisión y drenaje de abscesos, terapias monoclonales. En casos más complicados, escisión amplia o destechamiento de trayectos<sup>20,21</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr Fernández Santiago, Dr Martín Parra y Dr. Castillo Diego (Servicio de Cirugía Hospital Marqués de Valdecilla) las imágenes cedidas para este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Patología Anal Benigna. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, Octava edición. 2019 Elsevier España. Disponible en: <https://ebin.pub/atencion-primaria-problemas-de-salud-en-la-consulta-de-medicina-de-familia-8nbsped-9788491134800-8491134808.html>
- Hyman N, Humanskiy K. Anus. En: Townsend, Courtney M. Sabinston Textbook of Surgery. Elsevier; 2022; 1401-1424.
- Mata FJ, Viejo A, Ramos-Clemente MT, Corroero FJ. Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine*. 2020;13(8):461-4. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-tratamiento-del-dolor-articulo-S0304541220301025>
- Bleday R; Breen E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis. 2020. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis>
- Rivera I, Fontanillas N. Hemorroides y Fisuras anales: Retos en Atención Primaria. *EdikaMed* 2019.
- Davis B, Lee-Kong S, Migaly J, Feingold D, Steele S. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2018; 61: 284–292. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29420423/>
- Alonso Coello P, Marzo Castillejo M., Mascort J.J., José Hervás A., Viña L.M., Ferrús J.A., et al. Guía de Práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31: 668-681. Disponible en: <https://medes.com/publication/45962>
- Van Tol RR, Kleijnen J, Watson AJM, Jongen J, Altomare DF, Qvist N, Higuero T, Muris JWM, Breukink SO. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease - *Colorectal Dis* - 2021; 22 (6); 650-662. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/codi.14975>
- Chen, Min; Tang, Tai-Chun; He, Tao-Hong; Du, Yong-Jun; Qin, Di; Zheng, Hui. Management of haemorrhoids: protocol of an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ open* 2020; 25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035287>
- Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized Purified Flavonoid Fraction in Hemorrhoid Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Ther*, 2021; 37 (6); 2792-2812. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32399811/>
- Arroyo A, et al. Tratamiento de la Fisura Anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. 2018; 96: 260-267. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-fisura-anal-algoritmo-actuacion-S0009739X18300629>
- Clinical Overview of anal fissure. Elsevier Point of Care. 2019.
- Mark W, Cohee MD, Ashlee MD, John D, Gaze-wood MD. Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. *American Family Physician*, 2020; 101, (1):24-33. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0101/p24.html>
- Rosser R, Harikrishnan A. Benign anorectal conditions: perianal abscess, fistula in ano, haemorrhoids, fissures and pilonidal sinus. *Surgery*, 2020; 38(6):322-328. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/341602923\\_Benign\\_anorectal\\_conditions\\_perianal\\_abscess\\_fistula\\_in\\_ano\\_haemorrhoids\\_fissures\\_and\\_pilonidal\\_sinus](https://www.researchgate.net/publication/341602923_Benign_anorectal_conditions_perianal_abscess_fistula_in_ano_haemorrhoids_fissures_and_pilonidal_sinus)
- Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y, et al. Topical capsaicin—a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. *Gut*. 2003;52(9):1323-1326. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.52.9.1323>
- Suys E. Randomized study of topical tacrolimus ointment as possible treatment for resistant idiopathic pruritus ani. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66(2): 327-328. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.05.024>
- Gilson R, Nathan M, Sonnex C, et al. UK national guidelines on the management of anogenital warts 2015. April 2015. Accessed January 12, 2019. Disponible en:

- <https://www.bashh.org/documents/UK%20syphilis%20guidelines%202015.pdf>
18. Saldana Ruiz N, Kaiser AM. Fecal incontinence - Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*. 2017 Jan 7;23(1):11-24. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v23/i1/11.htm>
  19. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(4):15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374308/>
  20. Hagerman GF, Silva-Velazco J, Molina-Lopez JF. Miscellaneous Perianal Afflictions. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 Sep;32(5):394-402. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31507350/>
  21. Saunte D ML, Jemec G BE. Hidradenitis suppurativa: avances en diagnóstico y tratamiento. *JAMA*. 2017; 318 (20): 2019-2032.



# Guía de actuación en patología adictiva en niños y adolescentes

## *Action guidelines in addictive pathology in children and adolescents*

F. Xavier Díaz Carrasco, Mariella Cama Meza, Rosa Pérez López y Ángela García Valladares

### RESUMEN

Las adicciones en niños y adolescentes son un problema de salud pública de alta complejidad. Actualmente, el inicio a edades tempranas de consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol, hipnosedantes) e ilegales (cannabis, éxtasis) y de las nuevas tecnologías (adicción a Internet, al juego online o a videojuegos) nos obliga a una identificación precoz, teniendo en cuenta el nivel de consumo y evaluando los factores de riesgo: personal, contexto social y familiar, según el tipo de adicción, así como a crear estrategias para la educación y prevención de las distintas adicciones y, por último, al tratamiento integral en Atención Primaria o derivación a la especializada.

**Palabras clave:** *trastornos relacionados con sustancias, adolescentes, Internet, prevención primaria, prevención secundaria, terapéutica.*

### ABSTRACT

*Addictions in children and adolescents are a highly complex public health problem. Currently, the onset at an early age of use of legal (tobacco, alcohol, hypnosedants) and illegal substances (cannabis, ecstasy) and new technologies (addiction to the internet, online gambling or videogames) forces us to an early identification, considering the level of consumption and evaluating the risk factors: personal, social and family context, according to the type of addiction, as well as to create strategies for the education and prevention of different addictions, and finally, to the comprehensive treatment in Primary Care or referral to the specialized.*

**Keywords:** *substance-related disorders, adolescents, Internet, primary prevention, secondary prevention, therapeutics.*

### INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un problema de salud pública de muy alta complejidad. En su desarrollo, mantenimiento y control intervienen factores biológicos, individuales, familiares, comunitarios y sociales. La solución es muy compleja, pero se debe llegar a ver las mejores soluciones para los pacientes de manera prioritaria, ya que la demanda de los jóvenes por las drogas ilícitas sigue en aumento, el inicio de consumo es cada vez a edades más tempranas y transcurre cada vez más tiempo entre la identificación del problema y la asistencia a tratamiento. Es importante identificar, planificar y tratar a los adolescentes inmersos en todo tipo de adicción.

Cuando hablamos de adicciones, podemos referirnos a adicciones en las que hay por medio una sustancia (el alcohol, las drogas...) o a las adicciones sin sustancias (al juego, al móvil...). En edad infantil, las adicciones suelen referirse al uso de tecnologías y no tanto de sustancias, y en la adolescencia ya hablamos de adicciones por consumo de sustancias.

Es importante distinguir si realmente se trata de una verdadera adicción. A veces se utiliza este término para designar un consumo excesivo de algo, aunque este no sea tan grave. Por ello, es importante distinguir entre uso, abuso, dependencia y adicción.

Entendemos por uso aquel tipo de relación con las drogas o las tecnologías en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

Abuso es aquella forma de relación con las drogas o las tecnologías en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor o su entorno.

La dependencia es el estado en el cual el adicto debe continuar consumiéndola para evitar los síntomas que resultan de la abstinencia.

### F. Xavier Díaz Carrasco

Médico de Familia. CAP Collbató-El Bruc. EAP Esparreguera (Barcelona). Coordinador GT Niño y Adolescente de Semergen.

### Mariella Cama Meza

Médica de Familia. Directora EAP Esparreguera (Barcelona). Miembro GT Niño y Adolescente de Semergen.

### Rosa Pérez López

Médica de Familia. Centro de Salud Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz). Miembro GT Niño y Adolescente de Semergen.

### Ángela García Valladares

Residente 2 Médico de Familia. CAP Bonavista (Tarragona). Miembro GT Niño y Adolescente y Urgencias de Semergen.

#### Correspondencia:

F. Xavier Díaz Carrasco  
dr.x.diaz@gmail.com

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por generar una dependencia psicológica o fisiológica hacia una sustancia, actividad o relación, que le otorga un placer intenso y poco duradero, el cual busca repetirse impulsivamente a pesar de que ello interfiera de forma negativa en su vida.

### Factores determinantes para la adicción<sup>16</sup>

Es importante una detección temprana para el tratamiento y la rehabilitación, sobre todo en niños y adolescentes.

No solo es necesario detectarla, sino analizar los factores de riesgo y de protección (Tabla 1) en los diferentes ámbitos familiares, comunitarios, de los compañeros, escolares y personales.

**Tabla 1.** Factores de riesgo/factores de protección

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<b>1. Factores familiares</b>	
Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.	Apego familiar.
Baja supervisión familiar.	Oportunidades para la implicación en la familia.
Baja disciplina familiar.	Creencias saludables y claros estándares de conducta.
Conflicto familiar.	Altas expectativas parentales.
Historia familiar de conducta antisocial.	Un sentido de confianza positivo.
Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.	Dinámica familiar positiva.
Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.	
Abuso físico.	
<b>2. Factores comunitarios</b>	
Deprivación económica y social.	Sistema de apoyo externo positivo.
Desorganización comunitaria.	Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad.
Cambios y movilidad de lugar.	Descenso de la accesibilidad a la sustancia.
Creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias.	Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes.
Disponibilidad y accesibilidad de las drogas	Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

**Tabla 1.** Factores de riesgo/factores de protección (cont.)

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Baja percepción social del riesgo de cada sustancia.	
<b>3. Factores de los compañeros e iguales</b>	
Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.	Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras.
Compañeros consumidores.	Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
Conducta antisocial o delincuencia temprana.	Apego a los iguales no consumidores.
Rechazo por parte de los iguales.	No ser fácilmente influenciable por los iguales.
<b>4. Factores escolares</b>	
Bajo rendimiento académico.	Escuela de calidad.
Bajo apego a la escuela.	Oportunidades para la implicación prosocial.
Tipo y tamaño de la escuela (grande).	Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial.
Conducta antisocial en la escuela.	Creencias saludables y claros estándares de conducta.
	Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro.
	Clima institucional positivo.
<b>5. Factores individuales</b>	
Biológicos.	Religiosidad.
Psicológicos y conductuales.	Creencia en el orden social.
Rasgos de personalidad.	Desarrollo de las habilidades sociales.
	Creencia en la propia autoeficacia.
	Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
	Orientación social positiva.
	Poseer aspiraciones de futuro.
	Buen rendimiento académico e inteligencia.
	Resiliencia.

Fuente: elaboración propia

## ADICCIÓN A SUSTANCIAS

### Alcohol<sup>1,2,3,14</sup>

El abuso del alcohol es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, según el estudio ESTUDES (2021) del Ministerio de Sanidad de España.

El consumo en jóvenes es de bebidas de alta graduación, bebiendo los fines de semana cantidades abusivas y, en muchos casos, con el único objetivo de conseguir la embriaguez. También hay que pensar que, en los últimos años, el “botellón” se ha instaurado en el país; se caracteriza por el consumo de bebidas en la calle, plazas, etc., muchas veces, en menores de edad. Este tipo de uso de bebidas alcohólicas nos trae nuevos problemas, por lo que necesitamos abordajes innovadores para afrontarlos, así como medidas para preservar la salud de todos los jóvenes que se ven afectados por este tipo de consumo.

El consumo de alcohol en adolescentes se asocia a problemas conductuales, neuropsicológicos y psiquiátricos. Se observa una asociación entre el consumo de alcohol y un déficit en la función ejecutiva, que se manifiesta en una mayor dificultad para la toma de decisiones y cuya gravedad se correlaciona inversamente con la edad de la primera ingesta etílica.

### Tabaco<sup>4,14</sup>

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes; se observa que el 38,2 % ha fumado tabaco alguna vez en la vida.

Es la primera causa de muerte evitable en el mundo. Pese a las campañas de prevención, los jóvenes siguen empezando a fumar y, según el Grupo Español de Cáncer de Pulmón, un 30 % lo hacen.

Cigarrillos electrónicos:<sup>4,14</sup> son dispositivos que consisten en un pequeño depósito o cartucho que contiene el líquido con o sin nicotina, propilenglicol, glicerina, saborizantes y otros compuestos químicos, que, mediante un sistema electrónico con una batería y un atomizador, vaporizan la mezcla. Se parecen a los cigarrillos tradicionales, se utilizan inhalando el aerosol producido y se emite parte de este aerosol al ambiente.

### Bebidas energéticas<sup>14,15</sup>

Los adolescentes no saben nada acerca de la composición de las bebidas energéticas y sus efectos adversos y muchos empiezan en el ámbito familiar. Un 53,20 % de los adolescentes las consume, con una proporción

mayor en hombres y en adolescentes mayores, y el sabor de estas bebidas es la causa principal de su ingesta. Prefieren mezclarlas con alcohol.

El sabor azucarado resulta muy llamativo y, por lo tanto, adictivo para los jóvenes, por lo que es la causa principal de su consumo. Otro objetivo es el de poder estar despiertos más tiempo y aumentar su concentración, asociado en época de exámenes e incluso al realizar ejercicio, ya que mejora sus capacidades.

Estas personas suelen tener un rendimiento académico inferior a la media, realizan un mayor uso de drogas y se ven involucrados con más facilidad en conflictos sociales, como el acoso escolar y las peleas.

### Hipnosedantes<sup>14</sup>

Las benzodiazepinas son fármacos de tipo hipnosedante que tienen un efecto calmante, relajante, generan adormecimiento y reducción de la ansiedad. Se utilizan en el tratamiento de síntomas de ansiedad e insomnio, principalmente, aunque también han mostrado su eficacia en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica y en las crisis epilépticas. A la hora de llevar a cabo el tratamiento, se debe tener en cuenta que el consumo de alcohol u otros depresores del SNC aumenta el efecto de los hipnosedantes. También cabe recordar que el tabaco, los antiácidos, los barbitúricos o la cafeína disminuyen su efecto.

### Analgesicos opioides<sup>14</sup>

La adicción a los opioides es uno de los problemas más graves en el abuso de drogas. El síndrome de abstinencia se desarrolla rápidamente y constituye un grave peligro para el adicto por su intensidad; se llega al máximo de manifestaciones de abstinencia a las 36-48 horas de la última dosis. En un primer momento, puede aparecer un estado de necesidad psíquica, caracterizado por una modificación del comportamiento, con el objeto de procurarse la droga y prevenir la privación de ella. Entre las 8-16 h, aumenta la nerviosidad, la irritabilidad y la agitación, el paciente bosteza con frecuencia, padece rino-rrhea y transpira abundantemente. A las 24 h, se observa dilatación pupilar, con piloerección, luego temblores con sacudidas musculares y mialgias (a nivel de espalda, miembros y abdomen).

### Cannabis<sup>6,14</sup>

La tercera droga más consumida, después del alcohol y el tabaco, es el cannabis, dentro del cual se incluye

el consumo de marihuana y hachís.<sup>6</sup> El consumo más frecuente es el de marihuana (hierba). Alrededor de la mitad de quienes se inician en el consumo de cannabis terminan siendo consumidores habituales de hachís o marihuana.

La prevalencia de consumo de cannabis en los chicos es siempre mayor que en las chicas. Según el modo en el que se consume el cannabis, se concluye que el porro o canuto es la forma con mayor prevalencia de consumo (91,4 %), seguido, muy de lejos, por el uso de pipas de agua, bonges, cachimbos o shishas (10,3 %). Los otros dos formatos para el consumo de cannabis tienen un peso más residual: 5,3 % en el caso de cigarrillos electrónicos y 1,4 % por vía oral (pasteles, galletas...).

### Cocaína<sup>12,14</sup>

Sustancia estimulante usada frecuentemente como droga recreativa. Las formas más comunes de consumo son: inhalación, insuflación o inyección, pasta básica de cocaína y crack.

Mayor prevalencia de consumo entre los chicos. Se consume más en polvo que en su forma base.

### Mdma-éxtasis<sup>12,14</sup>

El éxtasis (3,4-metilendioxi-N-metanfetamina, MDMA) es una droga estimulante que se fabrica de forma ilegal y actúa sobre diversas aminas del sistema nervioso central, especialmente en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Las acciones neuroquímicas del MDMA difieren en distintos aspectos de las del prototipo anfetamina y de las de los análogos con propiedades alucinógenas. El MDMA, en el SNC, es un inductor de la liberación de dopamina y serotonina, por lo que inhibe la recaptación de estas aminas y actúa específicamente como agonista de los receptores 5-HT<sup>2</sup>.

### Anfetaminas/speed<sup>12,14</sup>

Es un potente estimulante del sistema nervioso central.

Se utiliza con fines terapéuticos, drogas recreativas o para mejorar el rendimiento deportivo.

Los varones tienen mayor prevalencia de consumo, duplicando el consumo de las mujeres. Este aumenta a medida que aumenta la edad.

### Alucinógenos y setas mágicas<sup>12,14</sup>

Son productos derivados de plantas u hongos de similar estructura y comportamiento a la serotonina,

por lo que provocan efectos sobre el SNC y alteraciones neurosensoriales. Las más conocidas son las de efectos colinérgicos, como es la *Amanita muscaria*, o las de efectos anticolinérgicos (belladona, mandrágora).

### Heroína<sup>12,14</sup>

Es un agonista de receptores opioides usado en general como estimulador en el ámbito recreativo; se consume de manera intravenosa, inhalada o esnifada. Respecto a la heroína, durante el año 2021 apreciamos un consumo igual o inferior al 0,5 %. Cabe destacar, dentro de este conjunto, la percepción que tienen de ella los estudiantes como una droga que acarrea problemas de salud; en relación con su disponibilidad, un 16,3 % cree que es fácil conseguirla.

### Inhaladores volátiles<sup>14</sup>

En relación con esta sección, debemos aclarar que en ESTUDES 2021 se incluyeron los términos colas, pegamento, disolventes, *poppers*, nitritos o gasolina como sinónimos de sustancias inhalantes como drogas.

### Sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio<sup>12,14</sup>

Dentro de este apartado encontramos diversas sustancias ya descritas en este artículo, como son el metilfenidato, anfetaminas y cocaína, y se incluyen otros productos psicoestimulantes nootrópicos, como son el piracetam, aniracetamdonepezilo e incluso el donepezilo, que es un inhibidor específico y reversible de acetilcolinesterasa utilizado en el tratamiento para la enfermedad de Alzheimer.

Sin embargo, no se tuvieron en cuenta, en el informe ESTUDES 2021, sustancias estimulantes como el café, el té o las bebidas energéticas.

Alrededor del 53,7 % desconoce la existencia de nuevas sustancias y que la obtención de estas suele ser a través de vendedores/camellos o amigos.

### Nuevas sustancias psicoactivas y policonsumo<sup>14</sup>

Dentro de este apartado, se incluyen ketamina (anestésico), spice (también conocido como marihuana sintética o droga zombie, son cannabioideos sintéticos), mefedrona (similar a anfetamina), salvia divinorum y ayahuasca (es una bebida compuesta de dos

plantas con efectos psicoactivos: Banisteriopsis caapi y Psychotria viridis).

Según el informe ESTUDES 2021, considerándolas todas juntas, la prevalencia de su consumo alguna vez en la vida es de aproximadamente un 2 % y, considerándolas por separado, imperceptible.

La de mayor prevalencia es la ketamina, con un 0,7 %, seguida de spice y ayahuasca.

Destaca el spice como la nueva sustancia con mayor prevalencia en los últimos 12 meses.

En general, los adolescentes perciben que son de fácil obtención, sobre todo la ketamina y el

spice, aunque esta última es algo más difícil de conseguir.

Se suele relacionar el consumo de esta sustancia con el policonsumo.

El policonsumo se centra en drogas legales, según se objetiva en ESTUDES 2021, siendo estas el alcohol, tabaco e hipnosedantes, mientras que el consumo exclusivo de las ilegales permanece estable respecto a los años anteriores.

En las Tablas 2, 3 y 4 se resumen los efectos de los distintos tipos de drogas.

**Tabla 2.** Efectos de las drogas estimulantes.

SUSTANCIA	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS POR USO CRÓNICO Y SEVERO	VÍA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO DE CONSUMO (ESTUDES 2021)
Nicotina	Duran entre 1/4 de hora y 2 horas. Placer, relajación. Reducción de la ansiedad y del estrés. Disminución del hambre.	Problemas respiratorios. Cáncer, HTA, enfermedades cardiovasculares. Cuanto más jóvenes se inician a fumar, mayores dificultades tienen para dejarlo.	Fumada	14 años (ocasional) 14-18 años (a diario)
Cigarrillos electrónicos	Disminución de la ansiedad. En pocos días o semanas se presentan síntomas de afección pulmonar que pueden llevar a la muerte del paciente.	Intoxicaciones y efectos adversos relacionados con la nicotina u otros productos que pueden causar la muerte.	Fumada	14-18 años (ocasional) + 16 años (frecuente)
Anfetaminas	Duran de 4 a 8 horas. Alta estimulación. Excitación, aumento de la actividad y disminución del apetito. Altas dosis pueden dificultar el sueño.	Dificultad para dormir. Insomnio, dolor de cabeza y posible agresión. Puede causar severos trastornos mentales y emocionales.	Inhalación aspiración. Oral Inyectada	15,3 años.
Cocaína	Pueden durar hasta 4 horas. Sentimiento de autoconfianza y poder. Aumento de energía y disminución del apetito.	Pérdida de concentración y motivación. Agresividad y trastornos emotivos. Puede causar complicaciones psiquiátricas. La inhalación/aspiración puede causar daños del tabique nasal.	Inhalación/ aspiración Oral Inyectada	15,3 años.

**Tabla 2.** Efectos de las drogas estimulantes (cont.)

SUSTANCIA	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS POR USO CRÓNICO Y SEVERO	VÍA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO DE CONSUMO (ESTUDES 2021)
Éxtasis	Dura hasta 6 horas. Aumento de la presión arterial y la confianza y un sentimiento de cercanía con los otros. Sensación de flotar, ansiedad. Pueden aparecer náusea y paranoia.	Sensación de flotar y otras distorsiones de la percepción. Puede causar convulsiones, golpes de calor, insomnio, depresión.	Oral	15,2 y 15,8 años.

Modificado de: Ruiz Lázaro PJ. Protocolo diagnóstico de las adicciones en la adolescencia. *Medicine*. 2014; 11 (61): 3636-3639,

**Tabla 3.** Efectos de las drogas depresoras

SUSTANCIA	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS POR USO CRÓNICO Y SEVERO	VÍA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO DE CONSUMO (ESTUDES 2021)
Alcohol	Dificultad para el habla, pérdida de inhibiciones, relajación. Sentimientos de felicidad y bienestar o depresión. Altas dosis pueden causar inconsciencia y vómitos.	Puede provocar daños cerebrales, del sistema nervioso central, del corazón, páncreas, estómago e hígado. Incluso puede causar la muerte. La abstinencia puede causar sudoración, temblor, convulsiones y delirios.	Oral	14 años (ocasional) 15,2 (se-manal)
Bebidas energéticas	Insomnio y ansiedad. Incremento agudo de la presión arterial.	Aumento de agregación plaquetaria, junto a una liberación de catecolaminas en sangre. Taquicardias, dolor torácico. Ataques de pánico. Bajo rendimiento escolar.	Oral	10 años
Opiáceos (morfina, heroína, codeína)	Calman el dolor y la ansiedad. Sentimientos de bienestar. Baja conciencia del mundo exterior. Vómitos y sueño en algunos casos. Altas dosis pueden causar inconsciencia y muerte.	Alto riesgo de sobredosis. Contagio de HIV y hepatitis si se comparte jeringuilla infectada. Síndromes de abstinencia con ansiedad, sudoración, dolor muscular, vómitos e insomnio.	Oral Inyectada Fumada	14 años

**Tabla 3.** Efectos de las drogas depresoras (cont.)

SUSTANCIA	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS POR USO CRÓNICO Y SEVERO	VÍA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO DE CONSUMO (ESTUDES 2021)
Solventes (nafta, pegamento, cola)	Duran de 1 a 3 horas. El efecto de la nafta puede durar hasta 6 horas. Sentimientos de alegría, relajación y mareo. Altas dosis pueden causar muerte súbita.	Posibles daños cerebrales y al sistema nervioso central o al hígado. Posible sofocación causada por las bolsas de plástico y por aspiración del vómito.	Inhalación	14,9 años.

Modificado de: Ruiz Lázaro PJ. Protocolo diagnóstico de las adicciones en la adolescencia. *Medicine*. 2014; 11 (61): 3636-3639,

**Tabla 4.** Efectos de las drogas alucinógenas

SUSTANCIA	EFFECTOS INMEDIATOS	EFFECTOS POR USO CRÓNICO Y SEVERO	VÍA DE CONSUMO	EDAD DE INICIO DE CONSUMO (ESTUDES 2021)
Alucinógenos (LSD, hongos, etc.)	Duran entre 6 y 12 horas. Escuchar, sentir, ver o pensar cosas que realmente no existen. Posibles sentimientos de ansiedad y pánico. Posibles náuseas.	Puede aumentar el riesgo de ocurrencia de trastornos mentales. Puede causar flashbacks.	Oral	15 años, más frecuente en varones, aunque el inicio es igual en hombres y mujeres.
Cannabis (marihuana, hachís)	Pueden durar hasta 5 horas. Relajación, risa fácil, aumento de apetito, percepción más lenta del tiempo, pérdida de concentración, disminución de la coordinación, ojos inyectados. Agudización perceptual (auditiva y visual). Desinhibición. Locuacidad.	Posibles complicaciones respiratorias. Puede disminuir la concentración y la memoria. Posibles problemas psiquiátricos en personas con una condición preexistente. Síndrome amotivacional.	Fumada Oral	12-13 años

Modificado de: Ruiz Benítez B, Leralta Piñán O, Alaminos Romero F J, Martín Sánchez H. Observatorio de la infancia en Andalucía. El consumo de drogas entre la población adolescente. 2017. Gob.es.

## ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

El uso de las nuevas tecnologías en sí mismo no provoca directamente una adicción a las mismas, pero puede convertirse en un problema cuando interfiere de manera considerable en nuestra vida.

La rápida introducción y aceptación de las nuevas tecnologías<sup>17,19</sup> (acceso fácil, inmediatez, proximidad, globalización, deslocalización, etc.), que las hacen tan atractivas son, junto a las ventajas que aportan (anonimato, sensación de libertad, apariencia de seguridad o de menor exposición) las que pueden engancharnos y desencadenar problemas psicológicos en forma de



adicción (tecnología, Internet, juegos y redes sociales).

### ¿Dónde está el origen de la adicción a las redes sociales?

Hay ciertas características en el uso de Internet que lo hacen particularmente adictivo:

- La inmediatez.
- El atractivo visual y auditivo.
- La participación social.

### Indicadores de una adicción a la tecnología<sup>17,19</sup>

Hay algunas señales de alarma que se encienden antes de que una afición se convierta en una adicción:

- Con frecuencia permanece conectado a Internet más tiempo del previsto, incluso llega a perder la noción del tiempo, porque le hace sentir más relajado que otra actividad.
- Se pone de mal humor o evita ir a lugares en los que no va a poder conectarse a Internet o la conexión resulta lenta.

- Interfiere en sus obligaciones o en actividades vitales como el sueño, la alimentación o el ocio. Dormir menos de 5 horas para estar conectado podría indicar que está haciendo un uso peligroso.
- Descuida otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio, trabajo o el cuidado de la salud, y recibe comentarios al respecto del tipo “estás enganchado” al móvil o a internet. Trata de ocultarlo o le resta importancia.
- Mira el móvil de forma casi automática, incluso en las situaciones más inverosímiles o inaceptables (en el cine, gimnasio, durante una reunión de trabajo, conduciendo...). Es lo primero que hace al levantarse y lo último antes de acostarse.
- Si se deja el móvil en casa, se siente mal porque no puede responder en el momento o teme estar perdiéndose algo interesante.

### Factores de riesgo de abuso/dependencia de las nuevas tecnologías<sup>18</sup>

Existen varios factores de riesgo que son referidos en la literatura científica y que actúan como factores de vulnerabilidad en el desarrollo de adicción a las nuevas tecnologías. En la Tabla 5 se recogen los más señalados.

**Tabla 5.** Factores de riesgo para la adicción a las nuevas tecnologías.

Adolescencia (búsqueda de sensaciones nuevas, impulsividad)	
Estados emocionales	
Disforia Intolerancia a estímulos displacenteros físicos o psíquicos Búsqueda de sensaciones fuertes	
Personalidad	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timidez excesiva, introversión, seguridad</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Rechazo de la imagen corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas</li> <li>• Alexitimia</li> <li>• Falta de identidad</li> </ul>
Enfermedades mentales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• TOC</li> <li>• TDAH</li> <li>• Abuso de drogas</li> <li>• Bipolaridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. control de impulsos</li> <li>• Fobia social</li> <li>• T. conducta alimentaria</li> <li>• Hostilidad</li> </ul>
Otras	
Personas insatisfechas con su vida	
Carencia de afectos consistentes	

Fuente: Terán Prieto A. Ciberadicciones. Adicción a las Nuevas Tecnologías. AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0 2019.

### Principales formas de adicción a las nuevas tecnologías<sup>14</sup>

#### Adicción a los videojuegos

La adicción a los videojuegos es un concepto que recientemente ha sido definido como un desorden mental e incorporado a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) por la Organización Mundial de la Salud. Resulta especialmente frecuente en el caso de los videojuegos *online*, en los que personas de todo el mundo interactúan en entornos virtuales, con metas específicas a alcanzar, ya sea compitiendo o cooperando.

En la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, ESTUDES 2021 (encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España), se ha observado que el uso de videojuegos ha aumentado hasta el 85,1 %. Por sexos, un 96,9 % de los chicos los utilizan, frente un 73 % de las chicas. También cabe destacar que 7,1 % de los adolescentes (entre 14-18 años) presentan una posible adicción a los videojuegos, siendo de un 11,3 % entre los chicos y un 2,7 % entre las chicas.

#### Adicción a las apuestas *online*

El juego patológico es una adicción reconocida desde antes de que los juegos de azar diesen el salto al mundo *online*. Hoy en día, el riesgo de desarrollar este trastorno es mayor por el fácil acceso que todas las personas tienen a las páginas web.

En la encuesta ESTUDES 2021, la prevalencia sobre el juego con dinero *online* es del 9,4 %, con un predominio de los chicos, un 15 %, frente a las chicas, un 3,8 %. Se ha observado que la edad de inicio al juego *online* es a los 15 años.

Con respecto al tipo de juego utilizado, aparte de los videojuegos, son, en su mayoría, las apuestas deportivas, casinos *online* y juegos de cartas.

#### Adicción a Internet

El uso compulsivo de Internet es un fenómeno creciente de nuestro tiempo que se da, sobre todo, en la población adolescente. En los últimos años, el uso problemático de Internet ha trascendido la consideración de trastorno del control de impulsos para encuadrarse en las adicciones comportamentales, aceptando que tiene una base común con el resto de las conductas adictivas.

Según ESTUDES 2021, el uso compulsivo de Internet entre los adolescentes es del 23,5 %. Además, el estudio advierte de un mayor aumento de la prevalencia entre las chicas, un 28,8 %, que entre los chicos un 18,4 %.

#### Prevención del desarrollo de una conducta adictiva asociada a las TICs

- Limitar el tiempo de consumo.
- Fomentar la relación con otras personas.
- Ampliar y potenciar otras aficiones.
- Aumentar las actividades deportivas y en grupo.
- Mejorar la comunicación y el apoyo con las personas cercanas.

#### Clínica de las adicciones a las nuevas tecnologías

Todavía queda mucho por conocer y saber sobre la clínica asociada a esta patología (Tabla 6) y las diferentes características psicológicas, sociales y conductuales de la persona afectada.

Tampoco debemos olvidar, por otra parte, la posible presencia de comorbilidad psiquiátrica que actuaría como factor de confusión diagnóstica.

**Tabla 6.** Clínica de las adicciones a las nuevas tecnologías

SÍNTOMAS FÍSICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIALES
Astenia	Empobrecimiento afectivo	Aislamiento social
Desnutrición	Ansiedad	Incumplimiento obligaciones familiares-académicas-sociales
Cefalea	Estabilidad emocional	Conflictos en el ámbito laboral-académico-social
Fatiga ocular	Depresión	Problemas legales
Contracturas musculares	Inmadurez	
Insomnio/hipersomnía	Problemas de aprendizaje	
Sedentarismo	Confusión real/imaginario	
Sobrepeso/obesidad	Ira/agresividad	

Modificado de: Díaz Carrasco, FX, Soriano Serrano, MD. Principales Tecnopatologías. Competencias Digitales para Tutor y Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ediciones Semergen S.L.

## PREVENCIÓN PRIMARIA<sup>5</sup>

Las intervenciones preventivas tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción.

Actualmente, los objetivos de la prevención publicados en la web del Ministerio de Sanidad en la EMA 2017-2014 son:

- Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción, limitando el acceso de los menores a ellas.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción de “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo.

## PREVENCIÓN SECUNDARIA<sup>5, 10</sup>

Los centros de Atención Primaria disponen de enfermeras y médicos que realizan consultas indicadas para los pacientes con algún tipo de adicción.

En los pacientes más vulnerables y con factores de riesgo, la detección precoz y la prevención deben ser primordiales; el sistema educativo y el sanitario deben unir esfuerzos para una detección precoz en este tipo de pacientes.

En estos casos de niños y adolescentes, cada una de las comunidades autónomas presenta unidades especializadas, conocidas comúnmente como Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) o Centro de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ).

En la derivación, es importante determinar la gravedad y el riesgo en el que nos encontramos con este tipo de pacientes, dado que nos puede advertir del riesgo de mantenimiento del consumo y de otras posibles patologías concomitantes del área psicopatológica.

Los criterios mínimos que deberían reflejarse en la evaluación para su posterior derivación a centros especializados deberían comenzar por una correcta historia clínica en la que aparezcan: anamnesis que integre los aspectos médicos, psiquiátricos, escolares y laborales del paciente, antecedentes familiares de consumo de sustancias de abuso, exploración física, historial de abuso de sustancias en el que se indiquen las principales características del mismo, inicio de consumo, patrón de consumo, etc.

El consumo de drogas está muy vinculado al fracaso escolar y a los problemas de conducta temprana, por lo que debemos poner especial atención a estos aspectos, ya que suele ser una de las vías por las que pueden consultar o que nos hagan sospechar.

En relación con la atención, España ofrece una asistencia integral a las personas con problemas de adicción a sustancias. Existe una red amplia, consolidada, diversificada y accesible de atención a los problemas de drogas.

Cabe destacar uno de los recursos más útiles a nuestro alcance como es la web de “Prevención basada en la evidencia”<sup>20</sup>, una plataforma donde encontramos diversos recursos de documentación de interés e incluso un buscador de intervenciones evaluadas en España que filtra los recursos por tipo de intervención, ámbito de intervención y área geográfica.

Es necesario insistir en los programas de prevención de sobredosis. Los programas de incorporación social están generalizados en todas las CC.AA., pero las coberturas son muy desiguales y, en general, los programas orientados a la incorporación laboral son los menos desarrollados.

La coordinación es un eje fundamental en el que hay que seguir insistiendo, especialmente entre las CC.AA.

TRATAMIENTO

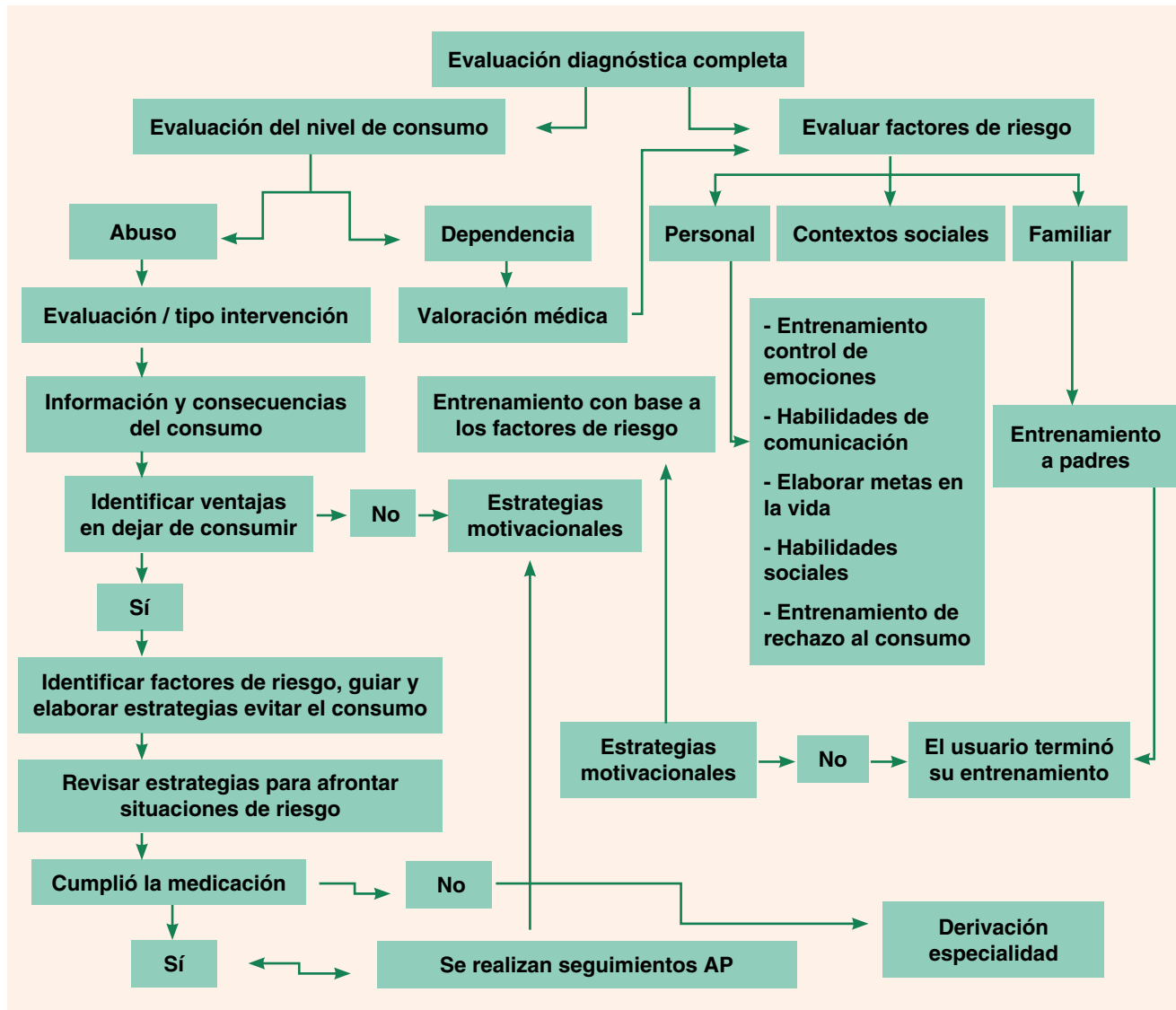


Figura 1. Evaluación diagnóstica.

Modificado de: Niños, adolescentes y adicciones: una mirada desde la prevención. primera edición - México: Editorial Trillas, 2013

Tal y como se indica en la Figura 1, el médico de familia tiene que realizar la evaluación diagnóstica del paciente, en la cual se determinará el nivel de consumo y los factores de riesgo.

Si en el nivel de consumo se determina que es dependencia, se debe realizar la intervención médica oportuna; si se determina que es abuso de sustancias o de las TICs, tendremos que determinar el tipo de intervención que habría que seguir en cada paciente, ya que debe ser individualizada. Es importante ofrecer información sobre las consecuencias del consumo, así como identificar las ventajas de dejar de

consumir; si no las identificásemos, se realizarían entrevistas motivacionales desde la consulta de Atención Primaria e iniciaríamos el seguimiento. Por el contrario, si identificamos las ventajas para dejar de consumir, explicaremos los factores de riesgo y elaboraremos de manera personalizada guías y estrategias para evitar el consumo. Si decidiésemos dar medicación, siempre habrá que valorar la adherencia y, si fuese buena, continuaremos el seguimiento en Atención Primaria. Por el contrario, si el paciente no cumpliera el tratamiento y continuara con el consumo, deberemos derivar a Atención Especializada.

**Tabla 7.** Pautas para el paciente para disminuir el consumo.

Monitorear el consumo	Diario del niño o adolescente.
Identificar y prevenir situaciones de riesgo.	El paciente identifica las causas que precipitan el consumo, así como los que lo previenen y ayudan a no consumir.
Implementar estrategias para prevenir situaciones de riesgo y evitar el consumo.	El paciente ensaya el modelo del médico de Primaria, las conductas y estrategias ante las situaciones de riesgo.
Controlar los estímulos que puedan anteceder al consumo.	El paciente identifica pensamientos, deseos, sensaciones que puedan precipitar al consumo. El médico de familia promueve cambio de pensamientos.
Entrenar las habilidades para la vida.	El paciente deberá tener habilidades que generen factores protectores para una mejor salud y evitar situaciones de riesgo.

Fuente: elaboración propia

Será preciso evaluar los factores de riesgo y determinar los factores personales, contexto social y los factores familiares, los cuales son los más importantes, porque se debe realizar una terapia familiar multidimensional. En cuanto al área personal y al contexto social, evaluaremos al paciente en ambos aspectos para incentivar el entrenamiento del control de emociones, las habilidades en la comunicación, las habilidades sociales e interpersonales, fijar metas y, sobre todo, realizar un buen entrenamiento para el rechazo al consumo. El médico de Primaria tiene que realizar estrategias motivacionales para que el adolescente evite el consumo.

A diferencia de otros tipos de adicciones, se mantiene un control sobre el uso inadecuado de las nuevas tecnologías y no se plantea la idea de la abstinencia absoluta respecto al objeto de la adicción, ya que se trata de conductas descontroladas, pero que resultan necesarias en la vida cotidiana.

El objetivo terapéutico debe centrarse en el reaprendizaje del control de la conducta. A corto plazo, el tratamiento inicial se centra en una primera fase en el aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas ante la situación de riesgo (control de estímulos) y, en una segunda fase, en la exposición programada a las situaciones de riesgo (exposición a los estímulos y situaciones relacionados con la conducta adictiva).

Por último, una vez reasumido el control de la conducta, se requiere actuar sobre la prevención de recaídas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Sanctis V, Soliman N, Soliman AT, Elsedfy H, Di Maio S, El Kholly M, Fiscina B. Caffeinated energy drink consumption among adolescents and potential health consequences associated with their use: a significant public health hazard. *Acta Biomed.* 2017 Aug 23; 88(2): 222-231. Disponible en: <https://doi.org/10.23750/abm.v88i2.6664>
2. Curran CP, Marczyński CA. Taurine, caffeine, and energy drinks: Reviewing the risks to the adolescent brain. *Birth Defects Res.* 2017 Dec 1; 109(20): 1640– 1648. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1177>
3. Martínez Palenqué L. Comportamiento clínico-epidemiológico del alcoholismo. Policlínico Cristino Naranjo CMF 8-9, julio-diciembre 2016 [tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2017.
4. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación 2020. Dirección general de salud pública. Ministerio de Sanidad. España 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrillos\\_electronicos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/InformeCigarrillos_electronicos.pdf)
5. Niños, adolescentes y adicciones: una mirada desde la prevención. 1ª edición. México: Editorial Trillas; 2013. Disponible en: <https://administrativo.uaaaan.mx/tutorias/Tutorias%20Documentos%20Mayo%202009/LibrosPDF/LibroNinosAdolescentesAdicc.pdf>
6. Ruiz Benitez B, Leralta Piñán O, Alaminos Romero F J, Martín Sánchez H. Observatorio de la infancia en Andalucía. El consumo de drogas entre la población adolescente. 2017. Disponible en:

- [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5374\\_d\\_CyD\\_2017\\_ConsumoDrogas.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5374_d_CyD_2017_ConsumoDrogas.pdf)
- AEP Asociación Española de Pediatría. Cruz Tratado de Pediatría, 11ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/cruz-tratado-de-pediatria-2-tomos>
  - Guerrero-Fdez. J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 6ª edición. Ed. Panamericana; 2017. Disponible en: <http://www.libreriaserviciomedico.com/product/473225/manual-de-diagnostico-y-terapeutica-en-pediatria-6-ed-libro-verde-hospital-infantil-de-la-paz---guerrero-fdez>
  - Nelson textbook of paediatrics Miller EK, Williams JV. Rhinoviruses. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme III JW, Schor NF. 20ª ed. Elsevier. Philadelphia. 2018.
  - I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras organizado por la Sociedad Española de Medicina de la adolescencia (SEMA). Junio 2020. Módulo 9 Tema 17. L. Rodríguez Molinero, A. Marcos Flores. Consumo de drogas en la adolescencia. Disponible en: <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-17-consumo-de-drogas-en-la-adolescencia/>
  - Organización Mundial de la Salud (2009). Documento de trabajo para la elaboración de un proyecto de estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado diciembre 20, 2009, de Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/2010-strategy/msbwdsp.pdf?sfvrsn=6a7fd4ed\\_10&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/2010-strategy/msbwdsp.pdf?sfvrsn=6a7fd4ed_10&ua=1)
  - Pera CP, Hernando AG. Intoxicación aguda por drogas de abuso. Manejo en atención primaria. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2021; 28(2): 94-100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.09.020>
  - Ruiz Lázaro PJ. Protocolo diagnóstico de las adicciones en la adolescencia Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado .2014; 11 (61): 3636-3639. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-adicciones-adolescencia-articulo-S030454121470825X>
  - ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES), 1994-2021 Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Informe\\_de\\_Resultados.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf)
  - Oliver Anglès A, Camprubí Condom L, Valero Coppin O, Oliván Abejar J. Prevalencia y factores asociados al consumo de bebidas energéticas en jóvenes de la provincia de Barcelona. Gaceta Sanitaria. 2021; 35 (2): 153-160,. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.013>
  - Morales Chainé S, Gordillo Moreno T, Chávez Alcántar M. Adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas. Guía para el Tratamiento e Integración Social en Materia de Adicciones Mexico. 2013. Disponible en: <https://www.issup.net/files/2018-03/adolescentesC.pdf>
  - Humana PMC. Adicción a la Tecnología y Redes Sociales. Guía completa [Internet]. Psicólogos Madrid | Centro Área Humana. 2016. Disponible en: <https://www.areahumana.es/adiccion-a-la-tecnologia/>
  - Terán Prieto A. Ciberadicciones. Adicción a las Nuevas Tecnologías (NTIC). En AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/pags\\_131-142\\_ciberadicciones.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/pags_131-142_ciberadicciones.pdf)
  - Díaz Carrasco, FX, Soriano Serrano, MD. Principales Tecnopatologías. Competencias Digitales para Tutor y Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ediciones Semergen S.L.
  - KGM. Prevención basada en la Evidencia - Inicio [Internet]. Prevencionbasadaenlaevidencia.net. [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>

# Evidencias en el uso de probióticos en patología gastrointestinal

## *Evidence in the use of probiotics in gastrointestinal pathology*

Inés Rivera Panizo, Noelia Fontanillas Garmilla y Mercedes Ricote Belinchón

### RESUMEN

El uso de probióticos ha sido muy estudiado en diferentes patologías digestivas, ya que en muchas de ellas está implicado un desequilibrio de la microbiota intestinal (disbiosis). En los últimos años, se ha encontrado evidencia científica de su acción beneficiosa<sup>1</sup>.

La investigación en este campo está en auge, teniendo en cuenta que, a día de hoy, aún se requieren más estudios e, individualizando en cada caso, podemos destacar una serie de puntos de acuerdo con la evidencia científica hasta este momento. Existe evidencia del uso de probióticos en diarrea infecciosa aguda, también en diarrea asociada a antibióticos, especialmente la producida por *C. Difficile*, en prevención de diarrea del viajero y en enfermedad inflamatoria intestinal, aunque no en todas sus etapas ni grados. Se ha visto potencial terapéutico en trastornos funcionales intestinales y como coadyuvante para la erradicación de *H. Pylori*. La investigación en este campo está avanzando continuamente y presenta un futuro prometedor. En este artículo, trataremos de forma más exhaustiva el uso de probióticos en patología digestiva.

**Palabras clave:** *Probiótico, simbiótico, ensayos clínicos, microbiota, disbiosis.*

### ABSTRACT

*The use of probiotics has been widely studied for different digestive pathologies, since, in many of them, an imbalance of the intestinal microbiota (dysbiosis) is involved and, in recent years, scientific evidence has shown their benefits.<sup>1</sup>*

*Research in this field is peaking up, although further studies are still required for many indications and always on a case by case basis; however, a series of conclusions can be highlighted according to the scientific evidence up to date.*

*There is positive evidence of the use of probiotics on acute infectious diarrhea, antibiotic-associated diarrhea, particularly the one caused by *C. Difficile*, travelers' diarrhea and on inflammatory bowel disease, although not in all the stages or in all grades. Therapeutic potential has been seen in functional bowel disorders. Also, benefits have been seen as well as an adjuvant for the eradication of *H. Pylori*. Probiotics research is continuously evolving and has a promising future ahead. In this article, we will write more exhaustively about the use of probiotics in digestive pathology.*

**Keywords:** *Probiotic, symbiotic, clinical trials, microbiota, dysbiosis.*

## INTRODUCCIÓN

Los *probióticos* son complementos dietéticos que contienen microorganismos vivos de bacterias y levaduras que, en las dosis adecuadas, pueden reportar

beneficios para el huésped. Los dos géneros más usados son *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*.<sup>1</sup>

Los *prebióticos* son oligosacáridos no digeribles que ayudan al anfitrión estimulando el crecimiento de ciertas especies bacterianas beneficiosas. Aunque en la

**Inés Rivera Panizo**

Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del GdT de Digestivo SEMERGEN desde 2017. Miembro del Instituto de Investigación sanitaria de Valdecilla (IDIVAL).

**Noelia Fontanillas Garmilla**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana, Cantabria. Coordinadora del grupo de trabajo de Digestivo SEMERGEN.

**Mercedes Ricote Belinchón**

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Digestivo SEMERGEN.

Correspondencia:

Inés Rivera Panizo  
ines91\_ponfe@hotmail.com

actualidad hay pocos datos aún sobre sus indicaciones, existen estudios que muestran su beneficio sobre la salud. Los prebióticos más estudiados son: inulina, lactulosa, almidón resistente y los oligosacáridos.<sup>2,3</sup>

Los *simbióticos* son combinaciones de prebióticos y probióticos.<sup>3</sup>

El uso tanto de probióticos como de prebióticos ha sido muy estudiado en diferentes patologías digestivas y, en los últimos años, se ha visto evidencia científica de la acción beneficiosa de ambos en diferentes patologías digestivas, que se detallarán a lo largo de este artículo de revisión.<sup>1,2</sup>

**DESARROLLO DEL TEMA**

**Diarrea infecciosa aguda**

La diarrea infecciosa aguda es una de las patologías digestivas sobre las que más estudios se han realizado respecto de este tema.

Existe **alta evidencia científica** que recomienda el uso de probióticos junto con el tratamiento tradicional de hidratación, ya que se ha observado en diferentes estudios<sup>3</sup> que **algunas cepas reducen la duración en un día y la gravedad**, siendo esta su principal indicación. El tratamiento debe consistir en regímenes con *Lactobacillus rhamnosus GG* y *S. Boulardii*.

La última revisión de Cochrane<sup>4</sup> sobre el tratamiento probiótico en la diarrea infecciosa aguda evaluó 63 ensayos clínicos aleatorizados, la mayoría en edad pediátrica, y concluyó que los probióticos reducían la duración media de la diarrea en 1 día y la frecuencia de las deposiciones al segundo día.

En la Guía Mundial de la organización Mundial de Gastroenterología<sup>5</sup> aparecen recogidas diferentes indicaciones sobre su empleo, así como sus dosis, recomendándose *S. Boulardii* y, aunque con menor nivel de evidencia, *Lactobacillus paracasei* y *L. rhamnosus GG*. Con menor grado de evidencia aparece también recogido en alguna guía clínica el uso de *Lactobacillus Reuteri* (Tabla 1).

**Tabla 1.** Evidencia científica del uso de probióticos en diarrea infecciosa aguda.

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	EFICACIA/OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
World Gastroenterology Organisation (WGO). 2017	<i>Lactobacillus rhamnosus GG</i>	10 <sup>9</sup> UFC, dos veces al día			III
	<i>Saccharomyces boulardii</i> , cepa de <i>S. Cerevisiae</i>	250 mg, dos veces al día			II
	<i>Lactobacillus paracasei B 21060</i>	10 <sup>9</sup> UFC, dos veces al día			III
FLOCH, 2015	<i>LGG</i> , <i>S. Boulardii</i> , <i>L. Reuteri sd 2112</i>			A	
ESPGHAN, 2014	<i>Lactobacillus GG</i> , <i>S. boulardii</i>		Puede ser considerado en GEA en niños.	Fuerte	Bajo
IBEROAMERICANA, 2014	<i>Lactobacillus GG</i> , <i>S. Boulardi</i> , <i>L. Reuteri</i>		Seguros y beneficiosos en acortar duración y frecuencia de la diarrea.	Alta	Alta
Dietitians of Canada, 2012	<i>LGG</i> , <i>S. Boulardii</i>		Comenzar el tratamiento en las primeras 24 horas.		

Modificado de: Guarner F, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos. Febrero de 2017. Equipo de Revisión de WGO (5)



Respecto a los prebióticos, no existe suficiente evidencia científica en este caso como para establecer una recomendación.

### Diarrea asociada a antibióticos

Otra de las indicaciones con una **evidencia científica alta** es la **prevención** de la diarrea asociada a antibióticos.

Se ha estudiado que los antibióticos provocan una depleción de especies sensibles, lo que conlleva un sobrecrecimiento selectivo de especies resistentes, que se traduce en una disbiosis y en síntomas digestivos. Se cree que el efecto de los probióticos, en este sentido, es ocupar el nicho que dejaría esa depleción para evitar el sobrecrecimiento de especies resistentes y, por tanto, dicha disbiosis.<sup>6</sup>

Aunque se han encontrado resultados positivos con todos los *probióticos* empleados, los estudios son heterogéneos y no se sabe si el efecto podría variar en función del probiótico o del tipo y la duración del antibiótico usado. Es necesario definir cuáles son las dosis y los tiempos óptimos para cada probiótico.

El probiótico más estudiado en este tema ha sido *S. boulardii* y se ha visto en los últimos estudios que su administración conjunta con antibióticos reduce el riesgo de diarrea asociada a estos tanto en adultos como en niños. Por tanto, su uso presenta un grado de recomendación alto, con un nivel de evidencia moderado.<sup>6</sup>

Existen muchos metaanálisis y revisiones que avalan el uso de probióticos en esta indicación. Centrándonos en la Organización Mundial de Gastroenterología<sup>5</sup> (Tabla 2), cabe destacar que varias cepas tienen un nivel de evidencia alto, como la ya mencionada

**Tabla 2.** Evidencias científicas del uso de probióticos en diarrea asociada a antibióticos.

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	EFICACIA/ OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
World Gastroenterology Organisation (WGO). 2017	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745	5x10 <sup>9</sup> UFC/ cápsula, o 250 mg dos veces al día			I
	<i>L. Rhamnosus GG</i>	10 <sup>10</sup> UFC, dos veces al día			I
	Yogur con <i>Lactobacillus casei</i> DN114, <i>L. Bulgaricus</i> y <i>S. Thermophilus</i>	> 10 <sup>10</sup> UFC/día			I
	<i>Lactobacillus acidophilus</i> CL1285 y <i>L. Casei</i>	> 10 <sup>10</sup> UFC/día			I
	<i>Lactobacillus acidophilus</i> NCFM, <i>Lactobacillus paracasei</i> Lpc-37	1,70 <sup>10</sup> UFC			II
	<i>Bifidobacterium bifidum</i> W23, <i>B. Lactis</i> W18, <i>B. Longum</i> W51, <i>Enterococcus faecium</i> W54, <i>Lactobacillus acidophilus</i> W37 y W55, <i>L. Paracasei</i> W72, <i>L. Plantarum</i> W62, <i>L. Rhamnosus</i> W71, <i>L. Salivarius</i> W24.	> 10 <sup>9</sup> UFC/g (5 g dos veces al día)			II

**Tabla 2.** Evidencias científicas del uso de probióticos en diarrea asociada a antibióticos. (cont.)

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	EFICACIA/OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
FLOCH, 2015	<i>S. Boulardii</i> , LGG Combinación <i>L. Casei</i> , <i>L. Bulgaricus</i> , <i>S. Thermophilus</i>			A	
Gastroenterologists guide to probiotics 2012	<i>S. Boulardii</i> LGG	Revisión Cochrane 2011 sugería efecto protector.			

Modificado de: Guarner F, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos. Febrero de 2017. Equipo de Revisión de WGO (5)

**Tabla 3.** Evidencia científica del uso de probióticos en diarrea por *C. Difficile*.

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	EFICACIA/OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
World Gastroenterology Organisation (WGO). 2017	<i>Lactobacillus acidophilus</i> CL1285 y <i>L. Casei</i> LBC80R	5x10 <sup>10</sup> UFC/día y 4-10 x10 <sup>10</sup> UFC/día			II
	Yogur con <i>Lactobacillus casei</i> DN114 y <i>L. Bulgaricus</i> y <i>S. thermophilus</i>	10 <sup>7</sup> -10 <sup>8</sup> UFC, dos veces al día			II
	<i>Lactobacillus rhamnosus</i> HN001 + <i>L. Acidophilus</i> NCFM	10 <sup>9</sup> UFC, una vez al día			III
	<i>Lactobacillus acidophilus</i> + <i>Bifidobacterium bifidum</i>	2x10 <sup>10</sup> UFC, una vez al día			III
	Oligofruktosa	4 g, tres veces al día			III
	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745	5x10 <sup>9</sup> UFC/ cápsula o 250 mg dos veces al día			III

**Tabla 3.** Evidencia científica del uso de probióticos en diarrea por *C. Difficile*. (cont.)

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	EFICACIA/OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
FLOCH, 2015	<i>S. Boulardii</i> , LGG			B/C	
SANDERS, 2014			Reduce el riesgo en un 64 %. RR 0,34		

Fuente: Adaptada de Guarner F, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos. Febrero de 2017. Equipo de Revisión de WGO (5)

*Saccharomyces boulardii*, así como *Lactobacillus rhamnosus* y mezclas de *Lactobacillus acidophilus* y *Lactobacillus casei*, entre otras.

Los *prebióticos* podrían ejercer un efecto protector frente a la diarrea asociada a antibióticos, pero se necesitan más estudios para valorar su uso en esta indicación.

### Diarrea asociada a infección por *Clostridium Difficile*

Se aconseja el uso de probióticos en los pacientes que reciben antibióticos y tienen mayor riesgo de sufrir una infección por *Clostridium Difficile* para la **prevención** de la misma (*grado de recomendación 2B*). El uso de probióticos **puede ser razonable** en pacientes con **enfermedad recurrente** que no es grave y sin comorbilidades. No se aconseja el uso de probióticos, por el contrario, para el tratamiento de la infección por *C. Difficile* por no haber evidencia, salvo en caso de pacientes con enfermedad recurrente que no sea grave y sin comorbilidades.<sup>7,8</sup>

En las diferentes guías publicadas hasta el momento (Tabla 3), se recogen, entre las cepas efectivas, la mezcla de *Lactobacillus acidophilus* CL1285 y *Lactobacillus Casei* LBC80R y la mezcla del yogur con *Lactobacillus casei* DN114, *Lactobacillus bulgaricus* y *Streptococcus thermophilus* con un nivel de evidencia moderado.<sup>5</sup>

La American Gastroenterological Association<sup>9</sup> publicó, en el año 2020, que en adultos y niños en tratamiento con antibióticos se sugiere el uso de *S. Boulardii* o la combinación de *L. acidophilus* CL1285 y *L. casei* LBC80R o la combinación de *L. acidophilus*, *L. debrueckii* (subespecie *bulgaricus*) y *B. bifidum* o la combinación *L. acidophilus*, *L. delbrueckii* (subespecie

*bulgaricus*), *B. bifidum* y *S. salivarius* (subespecie *thermophilus*).

Respecto a los prebióticos, cabe mencionar la oligofructosa, aunque con un nivel de evidencia más bajo.

Además, en los casos de **múltiples recaídas o no respuesta a tratamiento**, las últimas guías<sup>(6,7)</sup> incluyen, a partir del segundo episodio de recidiva o más, la transferencia de microbiota fecal con un nivel de evidencia moderado, aunque se debe dejar como tratamiento de segunda línea, puesto que se desconocen sus efectos a largo plazo.

### Diarrea del viajero

El patógeno más frecuentemente relacionado con este cuadro es *E. Coli enterotoxigénica*, aunque depende de la zona a la que se viaje.

En la diarrea del viajero, existe **indicación relativa** en cuanto al uso de probióticos, debido a la gran variabilidad de los resultados de los estudios hasta el momento. Esta variabilidad se debe, precisamente, a los diferentes patógenos causantes del cuadro, a las edades de los pacientes estudiados y a los lugares a los que se viaje, así como a las diferentes dosis usadas de probióticos en los estudios.<sup>2,3</sup>

Aunque no existe evidencia suficiente para recomendar la utilización sistemática de los probióticos dada la **variabilidad de los resultados**, parece que tanto *S. Boulardii* como la mezcla de *Lactobacillus acidophilus* y *Bifidobacterium bifidum* podrían emplearse como medida preventiva de la diarrea del viajero.<sup>3</sup>

No existe un consenso de dosis establecidas recomendadas<sup>5</sup>, pero, en caso de usarse, se recomiendan pautas como: *L. Rhamnosus GG*: 2x10<sup>9</sup> microorg/

día desde dos días antes del viaje hasta el regreso. *S. Boulardii*:  $5 \times 10^9$  microorg/día o  $10^{10}$  microorg/día desde 5 días antes del viaje hasta que este termine. Como norma general, se comienza unos días antes del viaje y se mantiene hasta el regreso.

### Infección por *Helicobacter Pylori*

Alrededor del 50 % de la población está infectada por esta bacteria y para su erradicación se han desarrollado terapias basadas en el tratamiento con antibióticos, pero dichas terapias se encuentran limitadas, dada la aparición de amplias resistencias y la mala adherencia terapéutica por sus efectos secundarios, de ahí la necesidad de estudiar el uso concomitante de otros tratamientos.

En varios metaanálisis<sup>10</sup> se ha objetivado que la combinación de probióticos junto con las terapias erradicadoras podría aumentar la eficacia de la erradicación. Por tanto, las recomendaciones actuales de los probióticos en esta patología son

como terapia coadyuvante a la terapia convencional, dado que se ha visto que pueden reducir los efectos secundarios del tratamiento erradicador y **nunca pensados como indicación de forma aislada.**<sup>6,10</sup>

La Guía de la Organización Mundial de Gastroenterología<sup>5</sup> recoge que *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 tiene un nivel de evidencia alto y el género *Lactobacillus* ha mostrado resultados positivos para *Lactobacillus rhamnosus* GG, *Lactobacillus reuteri* DMS 17938 en monoterapia y también para la mezcla *Lactobacillus rhamnosus* GG y *Bifidobacterium animalis* subps. *Lactis*, así como la mezcla simbiótica de *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Streptococcus thermophilus* y *Galactooligosacáridos* (Tabla 4).

Aún quedan cuestiones por resolver, como la dosis y duración del tratamiento, pero, en general, su pauta de administración varía entre los siete días hasta las cuatro semanas.

**Tabla 4.** Evidencias científicas del uso de probióticos en infección por *H. pylori*.

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	DOSIS RECOMENDADA	NIVEL DE EVIDENCIA
World Gastroenterology Organisation (WGO). 2017	<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745	$5 \times 10^9$ UFC/cápsula o 250 mg dos veces al día	I
	<i>Lactobacillus Rhamnosus</i> GG	$6 \times 10^9$ UFC dos veces al día	II
	<i>Lactobacillus Reuteri</i> DMS 17938	$1 \times 10^8$ UFC, tres veces al día	II
	<i>Bifidobacterium animalis</i> subsp. <i>Lactis</i> (DMS 15954), <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG	$10^8$ - $10^{10}$ bacterias vivas, dos veces al día	II
	Mezcla de <i>Lactobacillus acidophilus</i> , <i>Lactobacillus bulgaricus</i> , <i>Bifidobacterium bifidum</i> , <i>Streptococcus thermophilus</i> y galactooligosacáridos	$5 \times 10^8$ + $10 \times 10^9$ células vivas, dos veces al día	II
European Society for Primary care Gastroenterology, 2013	<i>S. Boulardii</i> , LGG Combinación <i>L. Casei</i> , <i>L. Bulgaricus</i> , <i>S. Thermophilus</i>	Los probióticos disminuyen los efectos secundarios del tratamiento erradicador de <i>Helicobacter Pylori</i> , sobre todo diarrea	
American Academy of pediatrics	LGG <i>Bacillus clausii</i> , <i>Saccharomyces boulardii</i>	Pueden tener efecto erradicador, se requieren más estudios	-

Modificado de: Guarner F, et al. *Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos*. Febrero de 2017. Equipo de Revisión de WGO (5)

### Enfermedad inflamatoria intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal constituye un conjunto de trastornos basados en procesos inflamatorios crónicos en alguna de las partes del tubo digestivo. Se incluyen en este apartado la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la pouchitis.<sup>11</sup>

En los últimos años, se ha propuesto el uso de probióticos en esta patología con el objetivo de disminuir la inflamación que caracteriza estos procesos y restaurar la microbiota intestinal.

Existe evidencia de la utilidad de la mezcla de *Lactobacillus Plantarum*, *L. Casei*, *L. Acidophilus*, *L. Delbrueckii*, *Bifidobacterium infantis*, *B. Longum*, *B. Breve* y *Streptococcus salivarius subsp. termophilus* en la **prevención de un primer episodio de pouchitis** y en el **mantenimiento de la remisión** después del tratamiento antibiótico.<sup>5,11</sup>

El uso de la cepa *Escherichia Coli Nissle 1917* se muestra prometedor y podría ser una alternativa en el mantenimiento de la remisión de la colitis ulcerosa.<sup>11</sup>

En el caso de la enfermedad de Crohn, los estudios con probióticos han sido más desalentadores, con resultados menos satisfactorios por el momento, por lo que no se recomienda el uso de probióticos por no haber mostrado beneficio.<sup>11</sup>

El uso de prebióticos está aún por dilucidar en este sentido.

### Síndrome de intestino irritable (SII)

Dada la ineficacia de los actuales tratamientos para el SII, así como sus efectos secundarios, se han realizado numerosos estudios en la búsqueda de nuevos tratamientos.<sup>11</sup>

Existen trabajos publicados<sup>12</sup> con resultados contradictorios respecto al uso de probióticos en esta patología.

En términos generales, podemos decir que existe evidencia que sugiere que los probióticos son una opción efectiva para el tratamiento del SII. Pueden ser útiles para el **alivio sintomático**, pero no todos ellos alivian todos los síntomas de forma conjunta y, por ello, se requiere más investigación para estudiar cada caso individual.<sup>11,12</sup>

En la Guía de la Organización Mundial de Gastroenterología<sup>5</sup> se incluyeron, con un nivel de evidencia moderado, las cepas: *Lactobacillus plantarum 299v*, que parece mejorar el dolor abdominal, *E. Coli DSM 17252*, *S. Boulardii CNCM-I 745* y *Bifidobacterium infantis 35624*. Los efectos de los probióticos en cada síntoma del SII son probablemente específicos de la especie. Aún no hay un consenso claro de qué cepas y a qué dosis.

Respecto a los prebióticos, los trabajos publicados son contradictorios, pero sí parece que el empleo de dosis medias de *Galactooligosacáridos* y *Fructooligosacáridos* ha demostrado mejorías en la hinchazón/flatulencia. En cambio, se ha visto que dosis elevadas (> 20 g/día) de prebióticos no deben usarse en trastornos funcionales intestinales, por su efecto generador de síntomas de origen intestinal (Tabla 5).

**Tabla 5.** Evidencias científicas del uso de probióticos en síndrome de intestino irritable.

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	EFICACIA/OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
World Gastroenterology Organisation (WGO). 2017	<i>Lactobacillus plantarum 299v</i> (DSM 9843)	Mejora el dolor abdominal		II
	<i>E. Coli DSM 17252</i>			II
	<i>Lactobacillus Rhamnosus NCIMB 30174</i> , <i>Lactobacillus plantarum NCIMB 30173</i> , <i>Lactobacillus acidophilus NCIMB 30175</i> y <i>Enterococcus faecium 30176</i> .	Mejora el dolor y el score de calidad de vida		II
	<i>Saccharomyces boulardii CNCM-I 745</i>	Mejora el dolor y el score de calidad de vida		II
	<i>Bifidobacterium infantis 35624</i>	Mejora el dolor abdominal		II
	<i>Galactooligosacáridos</i>	3,5-7 g/día durante 6 semanas, mejora la hinchazón/flatulencia		II

**Tabla 5.** Evidencias científicas del uso de probióticos en síndrome de intestino irritable. (cont.)

GUÍA	CEPA DE PROBIÓTICO	EFICACIA/ OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
Irritable bowel syndrome: new and emerging treatments	Existen numerosas variedades en cuanto a cepas y formulaciones con probióticos. La magnitud de los beneficios, las especies y las dosis más beneficiosas aún son inciertas.	Los probióticos pueden considerarse en el tratamiento y no se cree que sean perjudiciales.	B	Bajo
		El uso de probióticos no debe ser desalentado.	Débil	
Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome. Japanese Society of		Los probióticos son efectivos y se recomiendan en el tratamiento del SII.	Fuerte- A	I
		En general, los probióticos se consideran beneficiosos para el tratamiento del SII debido a su bajo coste y seguridad.		

SII: Síndrome de Intestino Irritable.

Modificado de: Guarner F, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos. Febrero de 2017. Equipo de Revisión de WGO (5)

## Estreñimiento

**Se recomienda** el uso de **prebióticos** como la *lactulosa* o la *oligofructosa* en el tratamiento del estreñimiento crónico (grado A, nivel de evidencia alto).<sup>5,6</sup>

Los prebióticos a dosis altas presentan un efecto predominantemente osmótico, aumentando la secreción de agua e iones en el intestino delgado, lo que deriva en una disminución de la consistencia y aumento de la biomasa fecal, estimulando secundariamente el tránsito intestinal.<sup>5</sup>

En base a ello, la *lactulosa* a dosis de 20-40 g/día y la *oligofructosa* a dosis de 20 g/día han demostrado utilidad en el tratamiento del estreñimiento funcional.<sup>5</sup>

En cuanto a los probióticos, pequeños ensayos aleatorizados<sup>6</sup> sugieren mejoría con probióticos en pacientes con estreñimiento crónico sin SII y sujetos sanos. Generalmente, los estudios se han realizado con las cepas *Bifidobacterium lactis*, *Lactobacillus casei* y *E coli Nissle*, pero hasta que no se realicen estudios más amplios no se puede recomendar el uso generalizado de probióticos en estreñimiento.<sup>13, 16</sup>

## Enfermedades hepáticas

En la *esteatosis hepática* se ha propuesto la mezcla de *Lactobacillus casei*, *L. Rhamnosus*, *Streptococcus*

*thermophilus*, *Bifidobacterium breve*, *L. Acidophilus*, *Bifidobacterium longum* y *Lactobacillus bulgaricum* + *fluctooligosacáridos* como modulador de la flora intestinal. Algunos estudios objetivan mejoría en el cuadro en cuanto a parámetros bioquímicos, como la disminución de las aminotransferasas (grado de evidencia bajo).<sup>14,15</sup>

Existen muy pocos estudios<sup>17</sup> sobre este tema y con resultados contradictorios; por tanto, hoy en día no se puede recomendar su uso como norma general para este tipo de enfermedad.

En la *prevención de la encefalopatía hepática*, existe mayor evidencia del uso de prebióticos. Los disacáridos no absorbibles, especialmente la lactulosa a dosis de 45-90 g/día, se emplean clásicamente en la prevención y tratamiento de la encefalopatía hepática, con un nivel de evidencia alto.

El uso de *Lactobacillus* y *Bifidobacterias* en cirróticos con encefalopatía mínima también ha demostrado mejoría en el nivel de amonio en plasma, en algunos aspectos de la calidad de vida y en la ecología intestinal. En la encefalopatía establecida, no se ha demostrado ningún efecto usando probióticos.<sup>17</sup>

## Pancreatitis aguda grave

Un estudio<sup>18</sup> publicado en el año 2008, que incluía el probiótico *Ecologic 641* (varias cepas probióticas y

una mezcla de fibras con prebióticos), demostró que este reducía las infecciones en la pancreatitis aguda grave frente a la infusión de la misma fórmula sin probióticos, pero resaltó un aumento significativo de la mortalidad en el grupo tratado con probióticos, planteándose que la administración de probióticos en pacientes con pancreatitis grave seguramente provoque efectos perjudiciales en la perfusión intestinal y, por tanto, el uso de probióticos con la finalidad de prevenir la necrosis y la infección **no está indicado en el contexto de una pancreatitis aguda severa** (grado de recomendación A y nivel de evidencia I).

## Cáncer colorrectal

Aunque de forma muy limitada, existen datos que muestran algún beneficio de los probióticos en el cáncer colorrectal mejorando sus biomarcadores, ya que se piensa que la dieta puede influir en su aparición.<sup>14,15</sup>

La Guía Mundial de Gastroenterología<sup>5</sup> concluye que, si bien se piensa que la dieta contribuye a la aparición del cáncer colorrectal y que tanto los probióticos como los prebióticos han demostrado mejorar los biomarcadores asociados con este cáncer, son limitados los datos que muestran algún beneficio en la prevención del cáncer colorrectal en humanos.

Por tanto, se deben realizar más estudios y a día de hoy no podemos ejercer una clara indicación en estos casos.

## Trasplante hepático

Existen datos preliminares que indican que la administración de probióticos y algún simbiótico en el postrasplante inmediato puede prevenir la incidencia de infecciones; esto presenta un futuro prometedor, aunque requiere más estudios.<sup>11</sup>

## Carcinoma hepatocelular

Se han realizado escasos estudios sobre uso de probióticos en este tipo de cáncer y no existe hasta el momento actual evidencia científica que recomiende su indicación.<sup>11</sup>

## Enfermedad diverticular del colon

Se ha visto que *L. Casei* y *L. Paracasei* mejoran los síntomas de la enfermedad diverticular sintomática no complicada (nivel de evidencia II-III),<sup>5</sup> pero no existe

suficiente evidencia para recomendar su uso como monoterapia ni en enfermedad diverticular sintomática no complicada ni en la prevención de la diverticulitis aguda.<sup>11</sup>

## Enfermedad celiaca

Existe evidencia de que ciertas cepas bacterianas aisladas de las heces (*Bifidobacterium* y *Lactobacillus*) son capaces de digerir péptidos inmunogénicos de gliadina. Además, se ha visto que la microbiota intestinal está alterada en estos pacientes, encontrándose que *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* aparecen en menor concentración, con lo que se proponen cepas bacterianas de *Lactobacillus*, *Bifidobacterium lactis* y *Bifidobacterium longum* como la cepa de tratamiento complementario a la dieta sin gluten en pacientes con enfermedad celiaca.<sup>16</sup>

**El tratamiento con probióticos no sustituye a la dieta sin gluten**, pero puede atenuar los parámetros inflamatorios alterados en individuos celíacos y contribuir a la recuperación de la homeostasis inmune en pacientes con enfermedad celiaca.<sup>19</sup>

Algunos de los probióticos que han reportado evidencia en este caso son: *Bifidobacterium longum* CECT 7347 (*B. longum* ES1), *Bifidobacterium lactis* CBP-001010, *Lactobacillus paracasei* CBA L74, *Lactobacillus rhamnosus* CNCM I-4036, *Lactobacillus acidophilus*, Cepa *Saccharomyces boulardii* KK1, *Bifidobacterium infantis* NLS-SS y *Bifidobacterium breve*.<sup>19</sup>

## Intolerancia a la lactosa

El uso de probióticos se plantea como una alternativa al tratamiento habitual. Las cepas del yogur con cultivos vivos de *Streptococcus thermophilus* y *Lactobacillus delbrueckii* subsp. *Bulgaricus* mejoran la digestión de la lactosa y reduce los síntomas relacionados con la intolerancia, presentando un nivel de evidencia alto.<sup>5</sup>

## Dispepsia funcional

Por el momento, no se ha demostrado la utilidad de los probióticos en esta indicación.<sup>16</sup>

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que a día de hoy aún se requieren más estudios con un mejor diseño para concluir

en una guía de recomendación y siempre individualizando en cada caso, podemos destacar una serie de puntos de acuerdo con la evidencia científica hasta este momento en el uso de probióticos en patología digestiva: existe evidencia del uso de probióticos en diarrea infecciosa aguda a la hora de prevenirla y tratarla; también en la diarrea asociada a antibióticos, especialmente en la producida por *C. Difficile*, y en la prevención de la diarrea del viajero, así como en la enfermedad inflamatoria intestinal, aunque no en todas las etapas ni en todos los grados. Tienen potencial terapéutico en los trastornos funcionales intestinales, como en el síndrome de intestino irritable, aunque la evidencia actual no es suficiente para realizar recomendaciones generalizadas, y pueden usarse como coadyuvante en erradicación de *H. Pylori*, aumentando la tolerancia al tratamiento erradicador.

El uso de probióticos es un campo que está en verdadero auge, pues se realizan continuamente nuevos y numerosos ensayos clínicos, pero estamos sin duda ante un futuro prometedor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmoud NN, Bleier JI, *et al.* Colon y recto. En: Townsend, Evers, *et al.* Ed. Sabiston. Tratado de cirugía. 20ª Ed. Elsevier. 2018. Cap 51.1312-1393.
2. Christina M. Surawicz y Lawrence J. Brandt. Probióticos y trasplante de microbiota fecal. En: Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas. Ed. Elsevier. Publicado en Clinical Key. 2018. Cap130.2339-2343. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491132110/Sleisenger+y+Fordtran++Enfermedades+digestivas+y+hep%C3%A1ticas++Fisiopatolog%C3%ADa++diagn%C3%B3stico+Ed+10%C2%BA>
3. Herrera de Guise C, Guarner Aguilar F, Azpiroz Vidaur F. Probióticos y prebióticos en gastroenterología. En: Álvarez Calatayud G, *et al.*, editores. Probióticos, prebióticos y salud: evidencia científica. Ed. Ergon. SEPyP. 2016. Cap. 30, 233-240
4. Allen et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011] The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/>
5. Guarner F, Sanders ME, *et al.* Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Probióticos y prebióticos. Febrero 2017. Equipo de Revisión de la WGO. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-spanish-2017.pdf>
6. Oliveira G, González-Molero I. Actualización de probióticos, prebióticos y simbióticos en nutrición clínica. Endocrinología y nutrición. Noviembre de 2016. Vol63. N9. Pág 482-494. Disponible en: <https://medes.com/publication/117742>
7. Davidson L, Hibberd P. *Clostridium difficile* y probióticos. Revisión de la literatura. Uptodate. Abril 2018.
8. Lau CS, Chamberlain RS. Probiotics are effective at preventing *Clostridium difficile*- associated diarrhea: a systematic review and meta-analysis. Int J Gen Med. 2016 Feb 22;9:27-37. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S98280>
9. AGA Clinical Practice Guidelines on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. Clinical Practice Guideline. Volume 159, Issue 2, Pag. 697-705. 1 Agosto 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.059>
10. Dang Y, Reinhardt JD, et al. The effect of probiotics supplementation on *Helicobacter pylori* eradication rates and side effects during eradication therapy: a metaanalysis. PloS One. 2014. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111030>
11. Mark T. Osterman, Gary R. Lichtenstein. Colitis ulcerosa. En: Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas. 10ª Ed. Elsevier. Noviembre 2018. Cap116. Pag. 2023-2061. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491132110/Sleisenger+y+Fordtran++Enfermedades+digestivas+y+hep%C3%A1ticas++Fisiopatolog%C3%ADa++diagn%C3%B3stico+Ed+10%C2%BA>
12. McFarland LV, Dubin S. Metaanalysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 2008;14: pag. 2650-2661. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v14/i17/2650.htm>
13. Whorwell P.J. *et al.*: Efficacy of an encapsulated probiotic. Am J Gastroenterol 2006; 101:pag. 1581-1590. Disponible en: [https://journals.lww.com/ajg/Abstract/2006/07000/Efficacy\\_of\\_an\\_Encapsulated\\_Probiotic.27.aspx](https://journals.lww.com/ajg/Abstract/2006/07000/Efficacy_of_an_Encapsulated_Probiotic.27.aspx)
14. Martin H. Floch MD. El papel de los prebióticos y los probióticos en la enfermedad gastrointestinal. Gastroenterology Clinics of North America. Marzo 2018. Vol47. N°1. Pag 179-191. Elsevier.
15. Álvarez Calatayud G. Guía de actuación y documento de consenso sobre el manejo de preparados con probióticos y/o prebióticos en la farmacia comunitaria. Febrero 2018. SEFAC y SEPyP. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491132110/Sleisenger+y+Fordtran++Enfermedades+digestivas+y+hep%C3%A1ticas++Fisiopatolog%C3%ADa++diagn%C3%B3stico+Ed+10%C2%BA>



- www.sefac.org/sites/default/files/2018-07/GUIA\_PROBIOTICOS%20WEB.pdf
16. Tojo González R, *et al.* Empleo de probióticos y prebióticos en los trastornos digestivos funcionales. En: Álvarez Calatayud G, *et al.*, editores. Probióticos, prebióticos y salud: evidencia científica. Ed. Ergon. SEPyP. 2016. Cap31, pag.241-248.
  17. Soriano Pastor G, Sánchez Ardid E, *et al.* Probióticos y prebióticos en las enfermedades hepáticas. En: Álvarez Calatayud G, *et al.* Probióticos, prebióticos y salud: evidencia científica. Ed. Ergon. SEPyP. 2016. Cap.32, pag 249-256.
  18. Ridwan BU, Koning CJ, *et al.* Antimicrobial activity of a multispecies probiotic (Ecologic 641) against pathogens isolated from infected pancreatic necrosis. *Lett Appl Microbic.* 2008 Jan;46(1)61-7. Epub 2007. Oct 15. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1472-765X.2007.02260.x>
  19. Francavilla, Ruggiero MD *et al.* Clinical and Microbiological Effect of a Multispecies Probiotic Supplementation in Celiac Patients With Persistent IBS-Type Symptoms. A Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled, Multicenter trial. *Journal of Clinical Gastroenterology*: March 2019-Vol53. Issue 3. P117-125. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29688915/>

# La seguridad del paciente en la práctica clínica diaria

## *Patient safety in daily clinical practice*

Laura Aliaga Gutiérrez y Ana M<sup>a</sup> Sánchez Sempere

### RESUMEN

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en la práctica clínica habitual. Las organizaciones sanitarias, sus profesionales e incluso los pacientes están realizando un importante esfuerzo por mejorar esta dimensión fundamental de la calidad asistencial. El médico de familia debe estar entrenado en la gestión de los riesgos asistenciales y las herramientas para mejorar la seguridad de los pacientes. En este artículo se presenta una revisión profunda de las últimas publicaciones sobre cómo hacer más segura la asistencia sanitaria en Atención Primaria.

**Palabras clave:** *seguridad del paciente, gestión de riesgos, Atención Primaria.*

### ABSTRACT

*Patient safety has become a priority in the habitual clinical practice. Healthcare organizations and their professionals and even patients are making a strong effort for improving this important dimension of healthcare quality. The family physician must be trained in the risk assessment and tools for getting this patient safety improvement. This article checks thoroughly the latest publications about how to make Primary Care safer.*

**Keywords:** *patient safety, risk management, Primary Care.*

### INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de Seguridad del Paciente (SP) asociada a la práctica clínica, es importante recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “una disciplina de la atención a la salud, cuyo

objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria”<sup>1</sup>.

El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria debe estar especialmente formado en esta dimensión fundamental de la calidad asistencial, conocer sus implicaciones y la terminología empleada.

Los riesgos asociados a la asistencia sanitaria en Atención Primaria son bien conocidos desde la publicación, en el año 2007, del estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS). La prevalencia de sucesos adversos fue del 18,63 % (IC 95 %:17,78-19,49).

En el 42,8 % de los casos, el factor causal del EA fue la medicación, en el 25,7 %, los cuidados, el 24,6 %, la comunicación, el 13,1 %, el diagnóstico, el 8,95 % se relacionaron con la gestión y en un 14,4 % se consideraron otras causas<sup>2</sup>.

La falta de seguridad en la asistencia sanitaria tiene graves consecuencias sobre el paciente que sufre el EA, pero el impacto alcanza también a los profesionales sanitarios implicados, a la organización sanitaria en la que desarrollan su labor y, finalmente, tiene consecuencias sobre la sociedad en general. Por este motivo, se han definido tres víctimas en los fallos de SP: la primera, el paciente, la segunda, el o los profesionales implicados y la tercera, la organización sanitaria<sup>3</sup>.

### OBJETIVOS

El profesional de Atención Primaria debe saber, por tanto, que la SP no es un concepto que se presuponga presente en toda asistencia sanitaria, sino que es una dimensión que hay que trabajar en el día a día de la consulta, se debe implementar y cuidar con cada paciente.

Actualmente tenemos a nuestro alcance multitud de herramientas, muchas de ellas incorporadas a

**Dra. Laura Aliaga Gutiérrez**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
 Máster en Gestión Sanitaria. Experta en Vacunas.  
 Médico de Atención Primaria en C.S. Sevilla la Nueva (Madrid).  
 Responsable de Farmacia y Seguridad del Paciente de dicho centro.  
 Coordinadora del Grupo de Trabajo “Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente” de SEMERGEN.

**Dra. Ana Mª Sánchez Sempere**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
 Directora del C.S. Gandhi de Madrid, y responsable de Seguridad del paciente y Calidad. Miembro del Grupo de Trabajo “Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente” de SEMERGEN.

**Correspondencia:**

Dra. Laura Aliaga Gutiérrez  
 laliagagu@hotmail.com

Dra. Ana Mª Sánchez Sempere  
 anasensem@hotmail.com

nuestros soportes informáticos de trabajo, que nos ayudarán en el reto de hacer que nuestras consultas sean lo más seguras posible. Este artículo tratará de revisar estas herramientas y hacer un breve repaso de aquello que debe conocer y aplicar el médico de Atención Primaria en su práctica clínica diaria para implementar la SP.

Antes de profundizar en cómo se puede implementar la SP en la práctica clínica, se deben conocer la taxonomía y los riesgos más frecuentes que están presentes en la asistencia sanitaria.

**TAXONOMÍA Y RIESGOS ASOCIADOS A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, inició en el año 2005 un proyecto llamado Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). Su objetivo era desarrollar y consensuar una terminología común a nivel mundial, aplicable a la recogida, codificación y clasificación de sucesos adversos en la atención sanitaria. Esta clasificación facilita el intercambio de información, interpretación de estudios y diseño de proyectos de investigación<sup>4</sup>.

Desde entonces, la taxonomía ha evolucionado y se ha simplificado; actualmente se aceptan como de imprescindible conocimiento los siguientes términos:

**Incidente**

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Se clasifican según los siguientes tipos:

- **Cuasi-incidente:** incidente que no llega al paciente. Ejemplo: se escribe en una historia que no pertenece al paciente que se está valorando, pero se detecta a tiempo.
- **Incidente sin daños:** incidente que alcanza al paciente pero no le causa daños apreciables. Ej.: se escribe en una historia que no pertenece al paciente que se está valorando, no se detecta, pero no se prescribe ni se modifica el diagnóstico ni el tratamiento.
- **Incidente con daños o evento adverso (EA):** incidente que causa daño al paciente. Ej.: se escribe en una historia que no pertenece al paciente que estamos evaluando y se prescribe un fármaco que interacciona con el tratamiento previo.
- **Evento centinela:** evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas.

**Error**

Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.

En 2009 se publicó el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Este marco proporciona una clasificación basada en conceptos relativos a la Seguridad del Paciente, que es complementaria a las utilizadas por la OMS, y define categorías aplicables a la asistencia sanitaria en todos los países, sea cual sea su nivel de desarrollo. En este marco se definió riesgo como la probabilidad de que se produzca un incidente de SP<sup>4</sup>.

Además, se analizaron y clasificaron los riesgos y los factores contribuyentes para la aparición de un incidente (Tabla 1). Se considera que los factores contribuyentes (FC) son las circunstancias que han desempeñado un papel en el origen o desarrollo de un incidente o que incrementan el riesgo de que se produzca. También se estudiaron los factores atenuantes (FA), que son aquellas circunstancias que previenen o minimizan la producción de un daño al paciente ante un incidente.

## Competencias básicas

Lo más habitual es que en un incidente intervenga más de un factor contribuyente, de la misma manera que también pueden estar presentes varios factores atenuantes.

Además de los FC y FA, se puede decir que en todo sistema se dan unas condiciones **latentes**<sup>5</sup>, que pueden ser de distinta naturaleza: problemas de organización, gestión, deficiencias en el mantenimiento o

deterioro de los recursos del sistema, entre otras. Cuando estas condiciones latentes se combinan con **fallos activos**, que son aquellos desencadenantes que suelen identificarse como causa de los accidentes y que se asocian más frecuentemente al componente humano (olvidos, incumplimiento de procedimientos, despistes, etc.), terminan por ocasionar la aparición de un EA.

**Tabla 1.** Factores contribuyentes.

FACTORES DEL PERSONAL	FACTORES DEL PACIENTE	FACTORES DEL SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factor cognitivo</b> Dificultades en la percepción, comprensión o capacidad de resolución de problemas.</li> <li>• <b>Comunicación deficiente</b> Problemas de lenguaje o del método.</li> <li>• <b>Desempeño</b> Problemas técnicos o de formación.</li> <li>• <b>Problema de comportamiento</b> Falta de atención, cansancio, incumplimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factor cognitivo</b> Dificultad en la comprensión.</li> <li>• <b>Factores de desempeño</b> Dificultad en la ejecución de normas y consejos.</li> <li>• <b>Problemas de atención.</b></li> <li>• <b>Factores dependientes de la enfermedad o el uso de sustancias.</b></li> <li>• <b>Factores dependientes del entorno, sociales.</b></li> <li>• <b>Problemas de comunicación.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Organización del sistema deficiente</b> Ausencia de protocolos o procedimientos, políticas erróneas.</li> <li>• <b>Equipos de trabajo incompletos o sobrecargados.</b></li> <li>• <b>Recursos escasos.</b></li> <li>• <b>Sistemas de información y comunicación deficientes.</b></li> <li>• <b>Falta de cultura de seguridad del paciente.</b></li> </ul>

Modificado de: Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009

**Tabla 2.** Ejemplo de factores que intervienen en un EA. Error de medicación por administración al paciente en el centro sanitario de un fármaco erróneo debido a un aspecto similar a otro fármaco.

<b>CAUSAS PRÓXIMAS</b>	<b>Fallos activos - Error del profesional, no comprobó nombre y dosis del medicamento.</b>
<b>FACTORES CONTRIBUYENTES</b>	<b>Factores del personal - Comunicación deficiente medico/enfermera. Factores laborales/ambientales - Sobrecarga, demasiados pacientes a los que atender. Factores de la tarea - Sistema de almacenamiento: fármacos no separados.</b>
<b>CAUSAS RAÍZ O PROFUNDAS</b>	<b>Fallos del sistema - Diferentes principios activos, apariencia muy similar.</b>

\* Se puede apreciar, en este ejemplo, que si los fármacos hubieran tenido un aspecto totalmente diferente, el riesgo de que se produjera este EA hubiera sido mucho menor, independientemente del resto de factores. Esta es, por tanto, la causa raíz, la de la similitud del formato de los fármacos, y sobre ella hay que actuar.

Fuente: elaboración propia

## ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La gestión de los riesgos sanitarios incluye todas las actividades orientadas a identificar, evaluar y tratar los riesgos antes y después de que se produzca un evento adverso (EA) durante la asistencia, con el fin de diseñar barreras y propuestas de mejora.

La gestión más eficaz de los riesgos clínicos implica una combinación entre dos enfoques o estrategias:

- Enfoque reactivo: tras la ocurrencia del incidente, se analizan los factores que contribuyeron a la aparición del EA para que no vuelvan a ocurrir. “¿Qué ha fallado?”
- Enfoque proactivo: pretende analizar los posibles riesgos en el circuito asistencial de los pacientes antes de que se produzcan, para evitarlos. “¿Qué podría fallar?”

### Identificación

La identificación de los riesgos en Atención Primaria se realiza, como en otros muchos sistemas

de gestión de riesgos, mediante diversas técnicas.

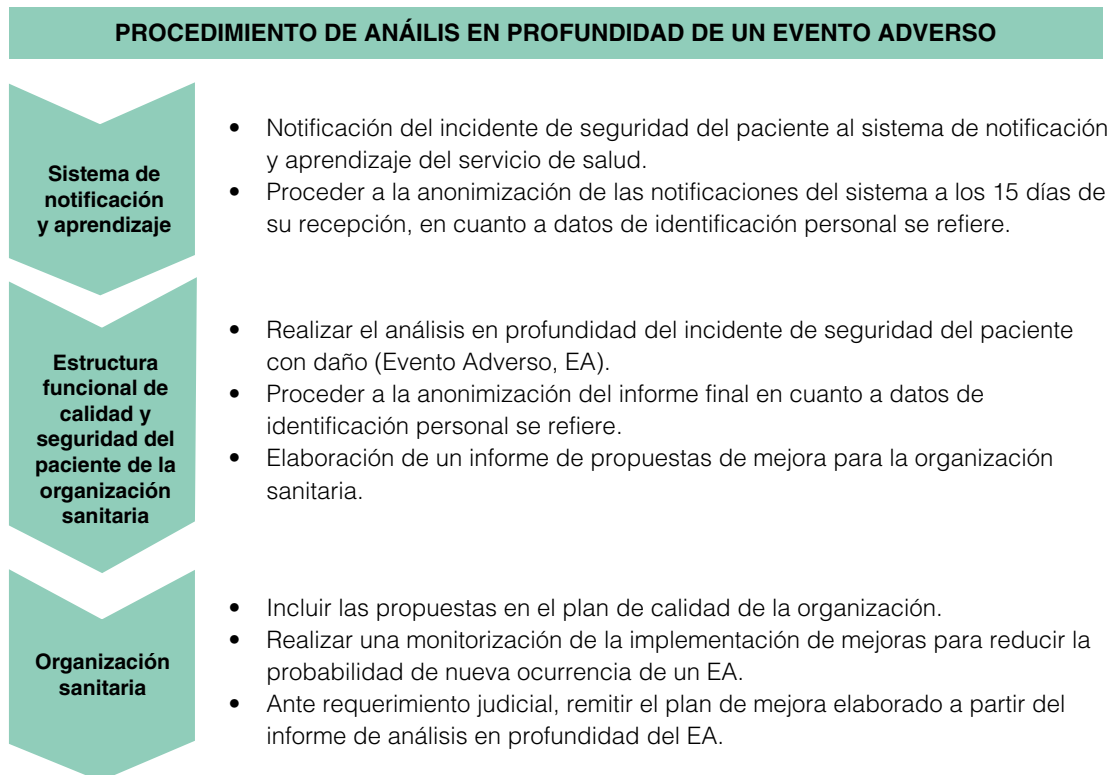
Con frecuencia se realizan enfoques sistemáticos de equipo, basados en grupos de expertos que se reúnen para analizar e identificar riesgos, utilizando técnicas como el análisis de los modos de fallo y efectos (AMFE), tormenta de ideas o metodología Delphi<sup>6</sup>.

Dentro del enfoque reactivo, destaca la implantación de sistemas de notificación. Estos sistemas, denominados Sistemas de Notificación y Aprendizaje de Incidentes de Seguridad del Paciente (SINASP), constituyen una fuente esencial de información acerca de las características del incidente. Se caracterizan por ser voluntarios, confidenciales, no punitivos y de aprendizaje.

Para lograr que la notificación y el análisis se produzcan de forma regular, en España el Ministerio de Sanidad elaboró un informe sobre los aspectos legales de los SINASP. El anonimato es una de las características fundamentales de estos sistemas<sup>7</sup>.

El Ministerio de Sanidad, en 2021, emitió unas recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño<sup>7</sup> (Tabla 3).

**Tabla 3.** Procedimiento de análisis en profundidad de un EA<sup>7</sup>



Fuente: elaboración propia

## Análisis

En la actualidad, se considera que la aparición de un evento adverso tiene un origen sistémico; esto significa que no es dependiente exclusivamente de una persona o un factor aislado. Se entiende como la ocurrencia del fallo en más de una de las diferentes barreras de seguridad del sistema. Por este motivo, debe llevar siempre a un análisis, cuya única intención es el aprendizaje y la implementación de cambios en aquellos puntos débiles del sistema.

El especialista de Medicina Familiar y Comunitaria debe conocer cómo gestionar un riesgo una vez que lo ha identificado y formarse en el manejo de estas metodologías.

## Metodologías para el análisis

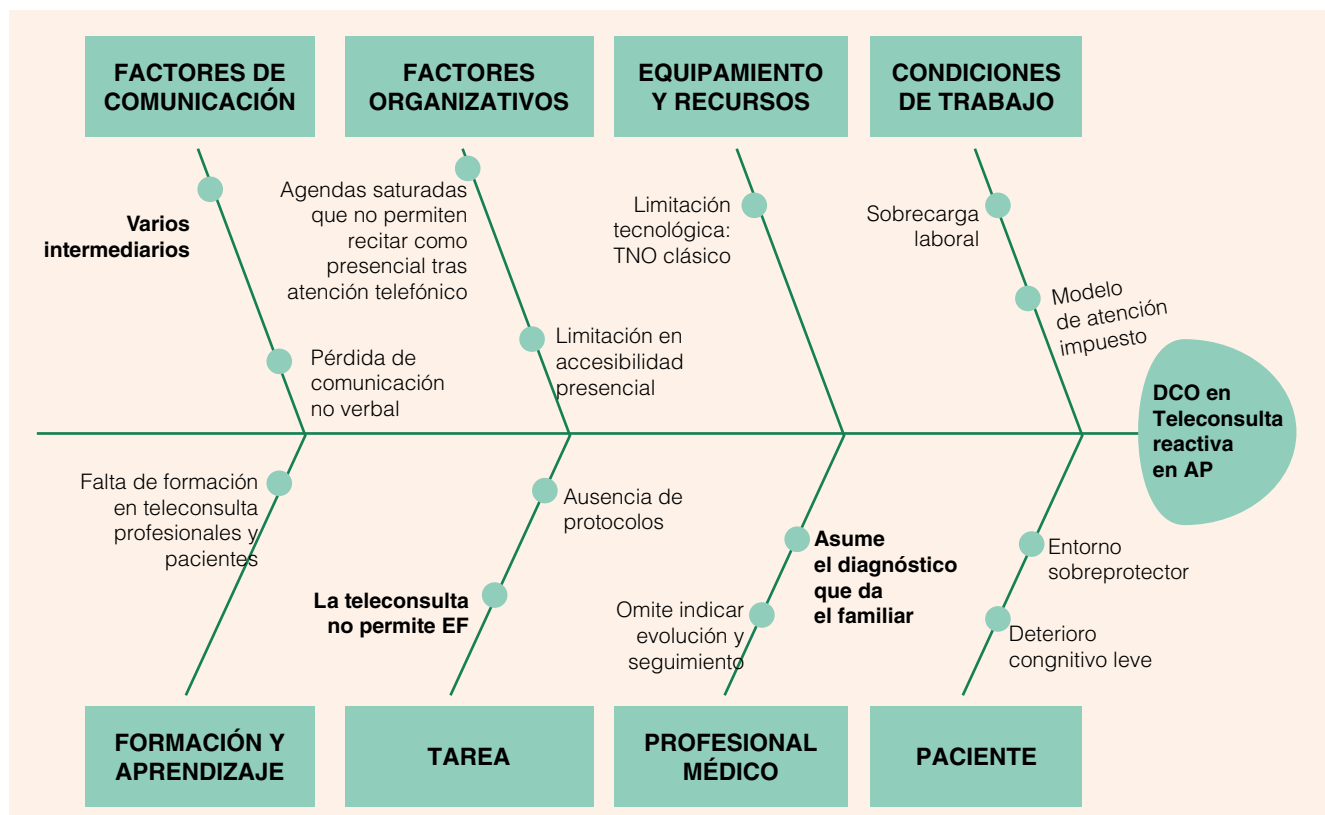
Una vez detectados los incidentes, se usarán los métodos de análisis en profundidad de eventos

adversos (APEA). Entre ellos, los más usados son el análisis de la causa raíz (ACR), el diagrama de Ishikawa (Tabla 4), el protocolo de Londres y el análisis del evento centinela (AEC). Este último analiza aquellos eventos que causan la muerte o graves daños físicos o psicológicos o que tienen grave riesgo de causarlos<sup>8</sup>.

## Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos

Las unidades funcionales de gestión de riesgos (UFGR) son estructuras organizativas que se han creado con el fin de llevar a cabo el análisis de los incidentes de seguridad del paciente (ISP) y diseñar estrategias de mejora. Están constituidas por profesionales tanto sanitarios como de otra naturaleza y se aconseja que la asesoría jurídica forme parte de ellas. Los miembros tienen un estatus reconocido, que garantiza la seguridad jurídica

**Tabla 4.** Diagrama de Ishikawa. Caso clínico: el marido de una paciente consulta telefónicamente. Mujer de 82 años con deterioro cognitivo, presenta erupción cutánea en tórax que el marido atribuye a una reacción alérgica. Se pauta corticoide tópico. Dos días después, acude a consulta por empeoramiento, siendo diagnosticada por el médico de Herpes zóster.



Fuente: elaboración propia

necesaria para el acceso a la información necesaria. Dependiendo de cada comunidad autónoma, estas estructuras las forman comisiones clínicas de calidad y seguridad del paciente, unidades funcionales de gestión de riesgos, redes de responsables de seguridad del paciente o redes de gestores de los SINASP.

**Informe técnico**

Las unidades funcionales de gestión de riesgos (UFGR) llevan a cabo el análisis del incidente y elaboran un informe técnico (incluyendo la descripción de los hechos, temporalidad, actuaciones profesionales y análisis en profundidad del incidente). Este informe se facilita al equipo directivo, que deberá poner en marcha estrategias de mejora y hacer un seguimiento de las mismas.

En muchos casos, el informe de análisis en profundidad de eventos adversos genera una recomendación generalizable (RGS). Estas RSG están disponibles para los profesionales sanitarios. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, el Observatorio para la SP publica en sus memorias anuales estas recomendaciones de seguridad que se pueden consultar en la página web: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050405.pdf>

**HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AP**

El Plan de Acción Mundial en pro de la seguridad del paciente 2021-2030, promovido por la OMS, establece siete objetivos estratégicos. Entre ellos, el objetivo 3: “Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos”, establece una línea estratégica centrada en la Atención Primaria y las transiciones asistenciales<sup>8</sup>. Además, en los últimos años se han publicado diversas guías de interés para la mejora de la SP en Atención Primaria<sup>9</sup>, con recomendaciones específicas para profesionales, pacientes y sus cuidadores (Tabla 5).

En España, se han implementado cambios en la Atención Primaria para dar respuesta al reto de la seguridad del paciente.

Cambios dirigidos a pacientes: los pacientes, en su documento “Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud”, en 2007, definieron sus compromisos de participar en las iniciativas para la SP, colaborar en la definición de nuevas prácticas, notificar los incidentes de seguridad, divulgar información para prevenir eventos adversos, formarse y colaborar en la formación de pacientes y profesionales en materias de SP<sup>10</sup>.

Cambios dirigidos a los sistemas de salud: entre ellos, destacan la implementación de los sistemas de notificación, la inclusión en la estructura de

**Tabla 5.** Recomendaciones para mejorar la seguridad de los pacientes en Atención Primaria.

<p><b>RECOMENDACIONES PARA PACIENTES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar habilidades de comunicación con su médico.</li> <li>• Participar en la toma de decisiones.</li> <li>• Formarse en el uso de la medicación.</li> <li>• Formación en consulta remota.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar en la formación de pacientes.</li> <li>• Mejorar habilidades de comunicación con el paciente.</li> <li>• Hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones.</li> </ul>
<p><b>RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA SANITARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar portales para pacientes.</li> <li>• Incluir a los pacientes en las decisiones estratégicas.</li> <li>• Equipos multidisciplinares altamente unidos y comunicados.</li> </ul>

Modificada de: Smith K, Baker K, Wesley D, et al. Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families: Environmental Scan Report.

organizaciones sanitarias de equipos responsables de la SP e integración de la SP en los planes estratégicos de gobiernos y organizaciones. Además, se está trabajando en una Ley de Seguridad del Paciente que regule las acciones necesarias para alcanzar los objetivos de SP en nuestro país.

Cambios dirigidos al profesional: realización de cursos de formación específica, mejorar el acceso a los sistemas de notificación desde las plataformas de trabajo... También se trabaja en la elaboración de programas específicos para la seguridad en los tratamientos, mejora de la adherencia y desprescripción en pacientes polimedificados.

En los últimos años, se han diseñado también listas de verificación en la gestión de la demanda y en la asistencia remota, guías específicas de “NO HACER” en Atención Primaria y programas de mejora de la comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales y entre profesionales y pacientes.

### ¿CÓMO IMPLEMENTAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN NUESTRO DÍA A DÍA?

Una práctica clínica segura implica alcanzar tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son más efectivos, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

Se recomienda, para una mayor seguridad, tener en cuenta lo siguiente en cada fase del proceso asistencial:

#### En la fase de recepción

- Identificar correctamente al paciente antes de iniciar la entrevista clínica.
- Revisar sus antecedentes, en especial, alergias medicamentosas.
- Garantizar que la comunicación está siendo buena y que conocemos el nivel de comprensión del paciente. En caso de duda, se debe solicitar apoyo del cuidador o acompañante y usar métodos que garanticen la comprensión (materiales escritos, uso de pictogramas, etc.).

#### En la fase de entrevista clínica y exploración física

- Comprobar que tenemos registrados todos los antecedentes y preguntar por transiciones asistenciales recientes.
- Empoderar a los pacientes, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones, preguntándoles acerca de sus expectativas.

#### En la fase de diagnóstico

- Recodar las estrategias “no hacer” (Tabla 6), destacando en esta fase que solicitar pruebas

**Tabla 6.** Recomendaciones “No hacer” en diversos países.

NOMBRE DE LA INICIATIVA	ORIGEN	ACCESO AL RECURSO
Do not do	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido.	<a href="https://www.nice.org.uk/news/article/cut-nhs-waste-through-nice-s-do-not-do-database">https://www.nice.org.uk/news/article/cut-nhs-waste-through-nice-s-do-not-do-database</a>
Choosing Wisely	Iniciativa originada en Estados Unidos, que se ha extendido posteriormente a otros países: Canadá, Japón, Australia, Italia, Países Bajos.	<a href="http://www.choosingwisely.org/getting-started/lists/">http://www.choosingwisely.org/getting-started/lists/</a>
No Hacer	Compromiso por la Calidad del Ministerio de Sanidad y las sociedades Científicas en España.	<a href="http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm">http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm</a>
Less is More	JAMA Network de Estados Unidos.	<a href="https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more">https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more</a>
Too much medicine	Revista BMJ del Reino Unido	<a href="https://www.bmj.com/too-much-medicine">https://www.bmj.com/too-much-medicine</a>

Fuente: elaboración propia



complementarias que no estén indicadas puede suponer un riesgo para la seguridad de los pacientes.

- Recordar que el retraso del diagnóstico es uno de los EA más frecuentes en esta fase y se puede evitar.

**En la fase de tratamiento**

- Recordar las estrategias de prescripción adecuada a las guías de práctica clínica y usar herramientas de interacciones farmacológicas.
- La conciliación de la medicación y la desprescripción también salvan vidas. Existen plataformas on line y aplicaciones que nos ayudan a realizar una desprescripción segura, como MedStopper, Deprescribing o Primary Health Tasmania, entre otras. Los farmacéuticos de Atención Primaria dan soporte a los equipos de Atención Primaria para llevar a cabo esta tarea de una forma segura.

**En la fase de seguimiento**

- Hacer seguimiento de los síntomas y del tratamiento prescrito y detectar faltas de adherencia o errores en la forma de tomar la medicación.

**En la consulta remota, teleconsulta o videoconsulta**

- En esta modalidad, el proceso asistencial es muy similar, sin embargo, presenta riesgos debidos a la ausencia de contacto visual y de exploración física. Además, tiene limitaciones, como dificultades en la comunicación o en el uso de la tecnología. Esto ha impulsado la publicación de numerosas guías para mejorar la eficacia y la seguridad de este tipo de consultas<sup>11</sup>(Tabla 7).

**CONCLUSIONES**

La seguridad del paciente debe ser una prioridad en nuestra práctica clínica habitual.

Mejorar nuestra cultura de seguridad del paciente nos proporcionará las habilidades y el acceso a las herramientas necesarias para garantizar una atención mucho más segura a nuestros pacientes.

En general, es aconsejable formarse todos los años, al menos una vez, en materias de SP. Además, notificar y animar a tu equipo a notificar cuando se detecte algún riesgo para la SP, conocer al responsable de seguridad del centro de trabajo, participar y promover estrategias de mejora serán fundamentales para dar un paso adelante hacia la máxima seguridad.

**Tabla 7.** Recomendaciones para la SP en la consulta telefónica.

<p><b>COMUNICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso adecuado del tono de voz y vocabulario.</li> <li>• Lenguaje claro y sencillo.</li> <li>• Preguntas abiertas.</li> <li>• Escucha activa del paciente.</li> <li>• Conocer las expectativas del paciente.</li> </ul>
<p><b>EXAMEN FÍSICO INDIRECTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de “banderas rojas” (preguntas frecuentes).</li> <li>• Solicitar al acompañante que realice ciertas maniobras exploratorias.</li> <li>• Solicitar el uso de dispositivos (termómetro, tensiómetro, glucómetro, ...).</li> <li>• Ofrecer consulta presencial para formar en el autoexamen.</li> </ul>
<p><b>CIERRE SEGURO DE LA CONSULTA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al paciente que él o su cuidador tome nota de las indicaciones.</li> <li>• Comprobar que la información ha sido entendida por el paciente.</li> <li>• Consensuar acuerdos y forma de seguimiento.</li> <li>• Advertir de los signos de riesgo y lo que debe hacer si aparecen.</li> </ul>

Modificado de: Guía técnica para la consulta de atención telefónica. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Julio 2021. Servicio Andaluz de Salud.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud (OMS) 13 de septiembre de 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Estudio APEAS Resumen. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. 2007. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio\\_APEAS\\_resumen.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.pdf) accedido el 10 de enero 2022.
3. Torrijano Casalengua ML, Astier-Peña P. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales de Atención Primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*. Vol. 48. Núm. 3. Páginas 143-146 (marzo 2016) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877805/>
4. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. Disponible en: [www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user\\_upload/documentos/Marco\\_conceptual\\_de\\_la\\_clasificacion\\_internacional\\_para\\_la\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf)
5. Oliver Rosset, etel; Guerrero Bernat, Sara; Soler Mieras, A; Cabrer Palomés, Joan f.; Roca Casas, Antònia. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2018. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1784/plan-estrategico-seguridad-paciente-2019-2023-es.pdf>
6. Aliaga Gutiérrez L. et col. Riesgos sanitarios y eventos adversos asociados. La seguridad del paciente en la práctica clínica. 2019.
7. Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). Cuestiones metodológicas y legales. Informes, estudios e investigación 2021. Ministerio de sanidad. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2021/2021-05-13-recomendaciones-analisis-incidentes-seguridad-pacientes-con-dano/>
8. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente 2021-2030. Informe del director general. Consejo ejecutivo 148ª reunión. OMS. 6 enero 2021. Accedido el 11 de enero 2022. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_6-sp.pdf)
9. Smith K, Baker K, Wesley D, et al. Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families: Environmental Scan Report. (Prepared by: MedStar Health Research Institute under Contract No. HHSP233201500022/HHSP23337002T) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2017. AHRQ Publication No. 17-0021-2EF. Disponible en: DOI:10.13140/RG.2.2.35660.26242, accedido el 20 de diciembre de 2021.
10. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020. Osakidetza. Enero 2018. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo\\_estrategia\\_seg\\_paciente/es\\_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020\\_es.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf), accedido el 10 de enero 2022.
11. Guía técnica para la consulta de atención telefónica. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Julio 2021 Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile\\_sasdocumento/2021/guia\\_ct\\_20210709.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/guia_ct_20210709.pdf)

# Plexopatía braquial por VVZ y síndrome de Parsonage-Turner

## *Brachial plexopathy due to VZV and Parsonage-Turner syndrome*

Enrique González Revuelta, Sonia Paola Leiva Bisbicuth, Marta Montero García,  
Marta González Gago, Ana Ramiro Comesaña, Albert Carbó Jordà

### RESUMEN

La plexopatía por herpes zóster es una complicación por la infección de este virus poco descrita en la literatura. Se presenta el caso de una mujer de 89 años que acude a consulta de urgencias por parálisis progresiva de 5 días de evolución del miembro superior derecho, en el contexto de la afectación en dicha extremidad de una lesión por herpes zóster. En ocasiones, esta afectación axonal puede asociar también amiotrofia de la musculatura conociéndose esta entidad como síndrome de Parsonage-Turner que, aunque presenta un buen pronóstico a largo plazo, tiene un proceso de recuperación con una duración variable.

**Palabras clave:** *plexopatía braquial, herpes zóster, síndrome Parsonage-Turner.*

### ABSTRACT

*Herpes zoster plexopathy is a complication of this virus infection that is poorly described in the literature. We present the case of an 89-year-old woman who came to the emergency room due to progressive paralysis of the right upper limb of 5 days of evolution of, in the context of the involvement of a herpes zoster lesion in said limb. On occasions, this axonal involvement can also be associated with muscle amyotrophy, known as Parsonage-Turner syndrome, which, although it has a good long-term prognosis, has a recovery process with variable duration.*

**Keywords:** *brachial plexopathy, herpes zoster, Parsonage-Turner syndrome.*

Consideraciones éticas: el siguiente trabajo ha sido llevado a cabo en conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki).

### INTRODUCCIÓN

La neuritis braquial es una enfermedad de causa desconocida, que cursa con dolor y parálisis de los músculos de la cintura escapular. El motivo de consulta suele resultar alarmante en Atención Primaria o Urgencias, debido a la clínica que pudiera requerir en

muchos casos un diagnóstico diferencial con otras entidades como ICTUS. En el estudio de esta neuritis ha habido algunos estudios que han reportado que más de la mitad de sus pacientes no tienen factores precedentes o asociados, sin embargo, se ha conseguido relacionar varios desencadenantes que pueden ser capaces de precipitar su aparición, como

### Enrique González Revuelta

Licenciado en Odontología. Grado en Medicina por la U. Valladolid. Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León. Miembro del GT de Residentes de SEMERGEN. Miembro del GT SEMESMIR

### Sonia Paola Leiva Bisbicuth

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León.

### Marta Montero García

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León.

### Marta González Gago

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León.

### Ana Ramiro Comesaña

Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León.

### Albert Carbó Jordà

Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. GAP León.

### Correspondencia:

Enrique González Revuelta  
egonzalezrev@saludcastillayleon.com

traumatismos, infecciones víricas o bacterianas, ejercicio intenso, cirugía, inmunización por vacunas y mecanismos autoinmunes. En algunos casos se describió relación con la afectación típica por la reagudización de la infección del virus varicela-zóster (VVZ) que involucran dermatomas propios de raíces braquiales, con la parálisis de aparición progresiva de la extremidad superior. Esta plexopatía por herpes zóster es una complicación poco frecuente de la reactivación de este virus, que provoca una neuritis del plexo braquial ocasionando parálisis motora, alteraciones sensitivas y dolor de características neuropáticas<sup>1,3</sup>.

Esta afección puede ocasionar, además, una amiotrofia muscular desarrollando una entidad conocida como Síndrome de Parsonage-Turner. Epidemiológicamente este síndrome tiene una incidencia muy baja, de 1,5 casos/100.000 habitantes, y es más frecuente en el sexo masculino (2:1)<sup>4</sup>.

Se presenta un caso de una mujer de 89 años que consulta por parálisis progresiva del miembro superior derecho en el contexto de una afectación por herpes zóster.

## DESARROLLO DEL TEMA

La paciente no presenta alergias conocidas y consulta en urgencias por parálisis progresiva del miembro superior derecho desde hace 5 días.

- Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo. Histerectomizada.
- Tratamiento habitual: levotiroxina 50 mg, vortioxetina 15 mg, olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida 40/5/12,5 mg, donepezilo 10 mg.

La paciente acudió a consulta refiriendo una parálisis progresiva de la extremidad sin ningún antecedente traumático, acompañada de sensación parestésica y disestesia de carácter urente. La parálisis había evolucionado hasta la impotencia completa, por lo que aparece durante la consulta con el brazo en cabestrillo sin poder ejercer ningún movimiento con el mismo. Por otro lado, presentaba lesiones compatibles con herpes zóster desde hacía 11 días que habían sido tratadas en un inicio con valaciclovir 1000 mg cada 8 horas durante 7 días, asociado a la aplicación de aciclovir en crema y gabapentina diaria para el manejo del dolor.

En la exploración, se apreciaban lesiones vesiculosas y costras en todo el recorrido del dermatoma C5 de la extremidad superior derecha. Presentaba un balance muscular 1/5 con contracción visible de la musculatura, pero sin lograr movimiento alguno de las articulaciones del hombro y el codo, con una hipostesia asociada para la sensibilidad epicrítica en todo el territorio afectado. El pulso radial de la extremidad parecía normal y de intensidad similar a la contralateral.

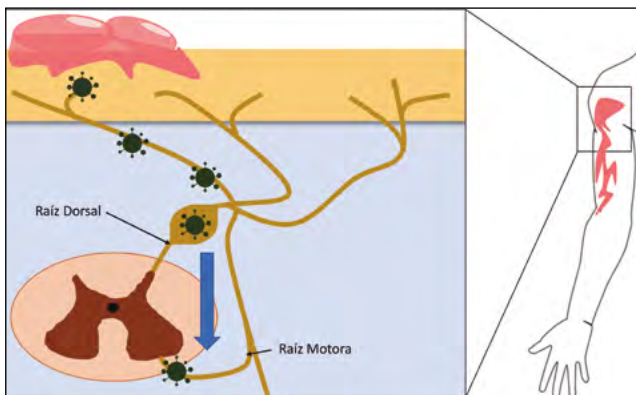
Se solicitó una radiografía de la articulación del hombro que pudiera descartar alteraciones óseas, sin encontrar ningún hallazgo significativo que pudiera justificar la clínica.

Ante los hallazgos de la exploración, se diagnosticó a la paciente de plexopatía braquial por herpes zóster y se decidió una pauta de gabapentina con incremento progresivo de la dosis hasta alcanzar control del dolor. Finalmente, se indicó la derivación al servicio de Rehabilitación para el manejo de la parálisis esperando su completa resolución.

## DISCUSIÓN

El virus varicela-zóster (VVZ) es un virus de la familia herpesviridae, de la especie virus herpes humano de tipo 3 con un genoma de DNA bicatenario lineal, que es responsable de la enfermedad conocida como “varicela” en su primoinfección, y “herpes zóster” en sus formas recurrentes. El herpes zóster, se manifiesta clínicamente con una serie de lesiones cutáneas de

carácter vesiculoso que evolucionan a costras al romperse y que siguen el dermatoma de la raíz nerviosa que procede del ganglio sensitivo donde el virus permanece latente (Figura 1). Estas lesiones son particularmente frecuentes en población de edad avanzada con una tasa aproximada de 8/1000 pacientes-año en aquellos sujetos por encima de los 70 años. Además de la edad, otros desencadenantes pueden favorecer la reactivación del VVZ como los estados de inmunosupresión, traumatismos o linfomas. En algunos casos, la inflamación provocada por la reactivación es capaz de alcanzar las neuronas de las astas anteriores, lo que ocasiona un déficit motor como el descrito en nuestro caso clínico. Las radiculopatías inflamatorias debidas a la activación de este virus han sido escasamente descritas en la literatura y reportan frecuencias inferiores al 5%<sup>1,3</sup>.



**Figura 1.** Afectación neurodermatropa del virus varicela-zóster. Fuente: elaboración propia.

El síndrome de Parsonage-Turner (SPT) es una amiotrofia neurálgica del plexo braquial de etiología desconocida en la mayoría de los casos pero que, en algunos de ellos, se ha descrito relación con procesos infecciosos víricos o bacterianos, vacunas o intervenciones quirúrgicas que pudieran actuar a modo de desencadenantes para el desarrollo de la enfermedad<sup>4, 6</sup>.

La fisiopatología de este síndrome no está del todo aclarada, aunque alguna publicación detalla la posibilidad de un proceso inmunomediado con presencia de células inflamatorias, en concreto linfocitos T, infiltrando el plexo braquial. Además, se hallaron anticuerpos fijadores del complemento frente a mielina elevados en la fase aguda de esta afectación que fueron disminuyendo conforme se recuperaba el cuadro<sup>7, 8</sup>.

El estudio de la conducción nerviosa por electromiografía (EMG) puede ayudar a establecer un diagnóstico de la enfermedad, aunque este es en realidad clínico. Las pruebas de imagen, por su parte, pueden

ser útiles para descartar otros procesos que puedan cursar con una semiología similar pero no confirman el SPT. El diagnóstico diferencial de este síndrome es amplio, ya que incluye desórdenes neurológicos (radiculopatías cervicales, mononeuritis múltiple, enfermedad de motoneurona, tumores del plexo braquial o medulares, etc.) o musculoesqueléticos (tendinitis calcificante, capsulitis adhesiva, bursitis, síndrome de dolor miofascial, etc.)<sup>9</sup>.

La aparición de esta entidad puede presentarse con un curso tanto agudo, como subagudo o más insidioso, sin embargo, la forma más frecuente de presentación es mediante un cuadro de dolor agudo e inusualmente severo en las regiones del cuello, hombro y/o brazo que, en ocasiones, incluso despierta al paciente del sueño<sup>10</sup>.

Las opciones terapéuticas de SPT son escasas y suelen tener pocas investigaciones para avalarlas. Se han desarrollado estrategias tanto de carácter farmacológico como no-farmacológico para afrontar esta complicación. Desde la perspectiva farmacológica se ha descrito la pauta de corticoides orales en fase aguda, aunque los resultados descritos son dispares y no suelen modificar el curso a largo plazo. Como medidas no farmacológicas se incluyen la fisioterapia, la manipulación osteopática y la acupuntura, aunque son recomendaciones basadas en evidencia anecdótica o estudios de escasa muestra no aleatorizados. Además, se ha aconsejado que los ejercicios de fortalecimiento se realicen solamente durante las sesiones de fisioterapia pues un enfoque más agresivo puede sobrecargar músculos que se encuentran débiles en las fases más tempranas. Por otro lado, estas alternativas podrían contribuir al control del dolor debido a contracturas o capsulitis adhesivas, así como a prevenir la pérdida de rango de movimiento de las articulaciones. Aunque nos encontramos ante un síndrome de pronóstico bastante favorable, lo cierto es que el tiempo de recuperación del mismo es realmente variable, con intervalos que alcanzan desde el mes hasta varios años. De hecho, está reflejado en la literatura que entre el 80-90% de los casos se encuentran recuperados a los 2 o 3 años<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Rodríguez ME, Peña Arrebola A. Radiculopatía por herpes zóster. *Rehabilitación* 2006;40(2):104-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(06\)74870-8](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(06)74870-8)
2. Anand Jeevarethinam, Ajibola Ihunoma, Naeem Ahmad. Herpes Zoster brachial plexopathy with predominant

- radial nerve palsy. *Clin Med (lond)* 2009;9(5):500-1. Disponible en: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.9-5-500>
3. Ying Liu, Bing –Yun Bu, Zhe-Shen Ma, Juan-Juan Xu, Bing Yang, Heng Li, Rui-Sheng Duan. A retrospective case series of segmental zoster paresis of limbs: clinical, electrophysiological and imaging characteristics. *BMC Neurol* 2018;18(1):121. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1130-4>
  4. Ferrante MA, Wilbourn AJ. Lesion distribution among 281 patients with sporadic neuralgic amyotrophy. *Muscle Nerve*. 2017;55:858-861. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27680713/>
  5. Brown R, O'Callaghan J, Peter N. Parsonage Turner síndrome caused by *Staphylococcus aureus* spondylodiscitis. *BMJ Case Rep* 2020;13:e233073. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046433/>
  6. Ho TY, Chung CH, Shen YP, Chen LC, Chien WC, Wu YT. Herpes Zoster increased risk of neuralgic amyotrophy: a retrospective population-based matched cohort study. *J Neurovirol* 2019;25:91-100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30397829/>
  7. Suarez GA, Gianni C, Bosch EP, Barohn RJ, Wodak J, Ebeling P, et al. Immune brachial plexus neuropathy: Suggestive evidence for an inflammatory-immune pathogenesis. *Neurology* 1996;46:559-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8614534/>
  8. Dalugama C, Jayasinghe R, Rathnayaka N, Medagama A. Zoster-associated limb paralysis mimicking acute stroke: a case report. *J Med Case Rep* 2021;15:380. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13256-021-02971-7>
  9. Van Alfen N. The neuralgic amyotrophy consultation. *J Neurol* 2007;254:695-704. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17446996/>
  10. Van Eijk JJ, Groothuis JT, Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy: an update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Muscle Nerve*. 2016;53(3):337-350. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26662794/>
  11. Smith CC, Bevelaqua AC. Challenging pain syndromes: Parsonage-Turner Syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014;25:265-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24787332/>

# TEST DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

El Programa de Formación Continuada FMF de SE-MERGEN, dirigido a médicos de familia, ofrece a los alumnos la posibilidad de obtener los créditos otorgados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Para poder acceder a los créditos ya solicitados, ha de cumplimentar *online* el test de evaluación de los artículos y casos clínicos que aparecen en cada unidad del Programa y obtener el 80% de respuestas correctas.

Para realizar los test, con los datos de registro facilitados una vez formalizada su inscripción deberá acceder a <https://www.livemed.in> e identificarse como alumno.

Una vez efectuado el test, en el caso de superar el porcentaje de respuestas correctas, podrá imprimir el diploma directamente en la web.



# En el siguiente número

## QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE...

Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica

## QUÉ HACER ANTE...

Cefalea

## GUÍA DE ACTUACIÓN EN...

Insuficiencia cardiaca

## ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN...

Tratamiento de los síntomas conductuales

## COMPETENCIAS BÁSICAS

Valoración Nutricional

## CASO CLÍNICO

Doce botellas, lo normal

