

## Expresiones faciales

Rafael Bravo Toledo  
EAP Sector III. Getafe (Madrid).

### Palabras clave:

- > Cirugía
- > Déficit de vitamina B<sub>12</sub>
- > Enfermedad por reflujo gastroesofágico

### CARA DE JAPONÉS

«Volviéndome japonés» (*Turning Japanese*) fue el título del único éxito relevante de los Vapors, efímero grupo «new wave» de finales de la década de 1970. Los eruditos relacionaban este título con la fascinación por Japón de los modernos grupos de música de la época, pero una leyenda urbana, no aclarada, atribuía el título de la canción a la expresión facial que se adquiere cuando se alcanza el orgasmo durante la masturbación<sup>1</sup>. Más bien «cara de póquer», y no de japonés, se nos queda cuando descubrimos un estudio que pone en tela de juicio una creencia o una práctica médica que creíamos correcta y bien asentada. Un ejemplo es el artículo publicado recientemente en el *British Medical Journal*, donde se concluye que frente a la conducta habitual de cubrir y mantener secas las heridas de incisiones cutáneas menores, estas heridas suturadas se pueden dejar al descubierto y permitir que se humedezcan, sin que aumente la incidencia de infecciones<sup>2</sup>. Uno de los ritos a los que se ven sometidos los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente también se ha puesto en duda. Una revisión sistemática de la colaboración Cochrane<sup>3</sup> indica que no hay diferencia en las tasas de infecciones quirúrgicas locales en pacientes a los que se afeita antes de una intervención, frente a los que no se les practica. La revisión y los estudios publicados también indican que no hay diferencias según el momento en que se produce el rasurado, y que en caso de necesidad es mejor cortar con maquinilla de afeitar que hacerlo con cuchilla.

Siguiendo con la cirugía, la expresión facial de sus practicantes puede cambiar si leen el artículo que indica que las operaciones de apendicectomía se pueden diferir de 12 a 24 h sin que afecte a los resultados ni a las complicaciones<sup>4</sup>. Con todas las reservas de un estudio retrospectivo, aporta datos para una mejor gestión de las urgencias quirúrgicas, aunque me temo que esto ya se pudiera hacer por otros motivos. En otro ámbito, pero sin abandonar la expresión de sorpresa, una revisión sistemática apoya el tratamiento oral con vitamina B<sub>12</sub> en las anemias por déficit de esta vitamina, frente al clásico por vía parenteral<sup>5</sup>. Una excelente revisión publicada hace unos años

en la revista *Atención Primaria*<sup>6</sup> ya nos recordaba esta opción, pero no está de más que nuevos ensayos o revisiones refuercen este cambio de concepto.

### CARA DE VINAGRE

En la era previa al descubrimiento del *Helicobacter* se podían leer sesudos y voluminosos tratados de la relación entre personalidad, situaciones de estrés y úlcera péptica. Se llegaba a asociar con un determinado tipo de personalidad y se calificaba a los pobres ulcerosos como malhumorados. Una expresión facial parecida o «cara de vinagre» es la que deben adoptar los pacientes afectados de enfermedad por reflujo gastroesofágico en una noche sintomática. Cuando el paciente acude a nuestra consulta, nosotros, con una mueca entre candorosa y autosuficiente, lo primero que le recomendamos son las denominadas «medidas higiénico-dietéticas», pero ¿son eficaces o, por el contrario, son una de las muchas recomendaciones que, con escasa evidencia, los médicos lanzamos por doquier? En una revisión sistemática publicada en *Archives of Internal Medicine*<sup>7</sup> se plantea esta cuestión y, tras una exhaustiva búsqueda, se concluye que, a excepción de la pérdida de peso y los cambios posturales, las medidas que se suelen recomendar son ineficaces o están sustentadas por pocos datos. En relación con la pérdida de peso, una encuesta realizada a una muestra aleatoria de participantes en el Nurse's Health Study<sup>8</sup> señalaba que los síntomas de reflujo se asociaban directamente con el índice de masa corporal, tanto en obesos como en personas con peso normal, y que un aumento de peso, independientemente del peso de partida, empeoraba los síntomas por reflujo.

### CARA DE CIRCUNSTANCIAS

Un mohín de vergüenza atraviesa la cara de nuestra paciente cuando a duras penas confiesa que «se le escapa la orina». La incontinencia urinaria definida como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra en grado suficiente como para

representar un problema social o higiénico, se ha clasificado en: incontinencia de esfuerzo o de estrés, de urgencia y mixta. Es necesario diferenciarlas, ya que el enfoque terapéutico es distinto. En general, el diagnóstico diferencial propuesto exige un estudio largo y detallado que, a veces, se escapa del ámbito de la atención primaria. Por este motivo, encontrar una prueba sencilla que permitiera diferenciar estos dos tipos de incontinencia sería de gran valor. Es lo que pretende un riguroso estudio<sup>9</sup> cuando pone a prueba la exactitud de un cuestionario de tres preguntas. Los resultados de especificidad y sensibilidad son modestos, y algo mejores los cocientes de probabilidad positivos, pero dada su sencillez y la complejidad de las alternativas, se puede convertir en un buen punto inicial en el tratamiento de la incontinencia en atención primaria una vez que haya sido evaluado en otras poblaciones y en otras circunstancias.

No se puede describir la cara que se le pone al médico de familia cuando el enésimo paciente del día, más que comentarle, le espeta: «Doctor, no se me quita la tos.» Si, como suele ser habitual, el paciente estuvo pocos días antes en la consulta por el mismo motivo, la cara se torna en un rictus de enfado, más bien de «cabreo». En el caso de que la duración de la tos sea mayor, de semanas por ejemplo, el caso se pone interesante y la cara del médico experto pasa de un estadio inicial de incredulidad a afilarse como la de un sabueso tras un episodio intermedio en el que se remueve en la silla. Nada tan frustrante, y a la vez sugestivo, que el síntoma de la tos en atención primaria, cualquier tipo de investigación clínica en esta dimensión debe ser bienvenida y leída con atención. En un artículo publicado en *Chest*<sup>10</sup>, investigadores coreanos estudian la etiología y el curso natural de la tos en pacientes seleccionados. Aunque las causas coinciden con lo ya conocido, el verdadero valor del artículo es retomar una clasificación de la tos según su duración en aguda, subaguda (3 a 8 semanas de duración) y crónica (duración superior a 8 semanas). Esta aproximación está más acorde con lo que se vive en atención primaria, ya que considerar crónica una tos de más de 3 semanas llenaría nuestras consultas de tosedores crónicos reales o figurados. Además, permite, como hacen los autores, investigar las causas, por si fueran distintas de la tos crónica, y recomendar unas pautas de estudio más pragmáticas, así como un tratamiento, empírico o etiológico, más adecuado.

Una expresión a medias entre la complicidad y la picardía aparece en las caras de médico y paciente cuando éste por fin confiesa que no sigue el tratamiento indicado. El fenómeno del incumplimiento es complejo y a la vez frecuente, y por sí mismo merecería ser objeto de más y mejor investigación clínica. Una de las preguntas de investigación podría estar relacionada con las consecuencias de suspender tratamientos crónicos con antihipertensivos, antiagregantes o hipolipemiantes. Los autores de esta pregunta clínica publicada en el *Journal of Family Practice*<sup>11</sup> se preguntan si suspender el tratamiento con

estatinas conlleva algún riesgo. Tras buscar en la literatura científica reciente y basándose en estudios de casos control y estudios *post hoc*, la conclusión es que cuando se suspende el tratamiento con estatinas aumenta el riesgo de nuevos episodios cardiovasculares y muerte, sólo en pacientes que han presentado previamente, y poco tiempo antes, un episodio cardiovascular. En pacientes asintomáticos el riesgo no está aumentado y parece no tener consecuencias. Es necesario, por lo tanto, hacer un esfuerzo en pacientes en situación de alto riesgo para mejorar la observancia terapéutica; en España, y según un estudio publicado en *Gaceta Sanitaria*<sup>12</sup>, el cumplimiento se relaciona con diferencias de sexo, regionales, educacionales y en la calidad de vida. Los autores recomiendan diseñar estrategias diferenciadas por las variables comentadas. De todas las estrategias ensayadas, una opción válida y que no requiere grandes habilidades es mirar cara a cara al paciente y comparar con él decisiones y objetivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wikipedia contributors. The Vapors. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Junio 2, 2006, 00:22 UTC. [consultado 10/06/ 2006]. Disponible en: [http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The\\_Vapors&oldid=56413618](http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Vapors&oldid=56413618)
2. Heal C, Buettner P, Raasch B, Browning S, Graham D, Bidgood R, et al. Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trial of wound management in general practice. *BMJ*. 2006;332:1053-6.
3. Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD004122. DOI: 10.1002/14651858. CD004122.pub
4. Abou-Nukta F, Bakhos C, Arroyo K, Koo Y, Martin J, Reinhold R, et al. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 24 hours. *Arch Surg*. 2006;141:504-6.
5. Butler CC, Vidal-Alaball J, Cannings-John R, McCaddon A, Hood K, Papaioannou A, et al. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract*. 2006;23:279-85.
6. Mariño Suarez JE, Monedero Recuero I, Pelaez Laguno C. Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Aten Primaria*. 2003;32:382-7.
7. Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*. 2006;166:965-71.
8. Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS, Kelly CP, Camargo CA Jr. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N Engl J Med*. 2006;354:2340-8.
9. Brown JS, Bradley CS, Subak LL, Richter HE, Kraus SR, Brubaker L, et al. Diagnostic Aspects of Incontinence Study (DAISy) Research Group. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Ann Intern Med*. 2006;144:715-23.
10. Kwon NH, Oh MJ, Min TH, Lee BJ, Choi DC. Causes and clinical features of subacute cough. *Chest*. 2006;129:1142-7.
11. Crawford P, Hitchcock K. Does stopping a statin increase the short-term risk of a cardiovascular event? *J Fam Pract*. 2006;55:533-4.
12. Tiesca-Molina R, Guallar-Castillon P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Perez, Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. 2006;20:220-7.