

- Cuándo se debe esperar la próxima regla. La siguiente regla suele aparecer entre los 3 y los 21 días posteriores a la toma de la anticoncepción poscoital hormonal. En cuanto a la cantidad, puede ser más escasa, igual o mayor de lo habitual. Si la menstruación se retrasa más de una semana de la fecha esperada, se debe de consultar para descartar un embarazo^{16,19}.

Además de instruir a Yurena acerca de las particularidades de la anticoncepción poscoital hormonal, ¿aprovecharía usted este contacto para iniciar alguna otra actividad?:

Respuesta abierta.

COMENTARIO:

Los adolescentes pertenecen a una porción de la población que se acerca al sistema sanitario con poca frecuencia. Cuando lo hacen, deben de encontrar una respuesta adecuada a su demanda, pues ello va a favorecer la continuidad de los cuidados²². Una situación como la que describe nuestro caso clínico, con una paciente altamente motivada, es un buen momento para intervenir y facilitar el ir ahondando paulatinamente en otros aspectos tales como: las enfermedades de transmisión sexual y la forma de protegerse de ellas, la elección del método anticonceptivo que más convenga en cada caso y la enseñanza de su uso, las revisiones ginecológicas, la satisfacción sexual, la comunicación entre la pareja y la implicación de ambos miembros en todo lo que se refiere al campo de lo afectivosexual^{18,19}. Así, en el caso concreto de Yurena podríamos tener en cuenta, como punto de partida, los datos que nos aporta la anamnesis inicial (que su pareja no acudió con ella, que hay que descartar un mal manejo del preservativo y que, con la frecuencia con la que practica el coito, tal vez le fuera mejor la anticoncepción hormonal oral), para luego ir profundizando en esos otros campos más arriba mencionados.

CONCLUSIÓN:

La anticoncepción poscoital hormonal es una medida de probada eficacia a la hora de evitar el embarazo no deseado y las graves consecuencias negativas que se derivan de éste^{15,16,17,18,19,23}. La formación en este campo es prioritaria, pues los sanitarios tenemos la obligación de ofrecer a la pareja una segunda oportunidad^{15,17,18}, máxime cuando la población que más frecuentemente consulta por este motivo es la de los jóvenes-adolescentes^{15,16,17,18}.

EJEMPLO DE CASO DISCUSION.- PROBLEMA.

PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL.

Beatriz Perez Sanz (MAP C.S Azpilagaña); Maria Pardo Fernandez (Medico de Familia , residencia Amma Agaray)

Mujer de 70 años que como único antecedente de especial interés destaca un hábito enólico moderado (medio litro vino al día) y elevación de transaminasas en estudio.

La paciente que ha estado en tratamiento por su cuenta con suero oral tras un cuadro de nauseas, vómitos y deposiciones líquidas acude a la consulta por persistencia de las nauseas , sensación de hinchazón abdominal y plenitud tras la ingesta .

En la exploración presenta: feto enólico, TA: 142/73, Fc.: 80 l.p.m, ACP: ritmico sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: distendido con circulación colateral, no se palpa masas ni megalias. Extremidades inferiores: no signos de TVP ni edemas. No ingurgitación yugular.

Se le realiza analítica obteniéndose los siguientes resultados patológicos: hemograma: vsg 23, FA: 138, AST: 113, ALA: 35, GGT: 131, BT: 5.18, BD: 2.28.

¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

Algunas patologías que forman parte del aumento de las transaminasas:

- Hepatitis aguda
- Litiasis biliar
- Alteraciones por viriasis
- Reacción medicamentosa
- Hepatitis crónica
- Cirrosis hepática
- Obesidad
- Hiperlipemia
- Diabetes Mellitus

En una hepatitis aguda objetivaríamos datos epidemiológicos que nos hiciesen sospechar un posible contagio como puede ser el consumo de drogas por vía parenteral, promiscuidad, transfusiones de sangre. En la analítica se observarían valores de transaminasas por encima de 10 veces su valor de referencia.

Las litiasis biliares se acompañarían de clínica digestiva (dolor hipocondrio derecho, dispepsia) , se observará un aumento de la GGT y Fosfatasa alcalina.

En las hepatopatías medicamentosas , por alteración vírica , hepatitis crónica y cirrosis hepática el nivel de aumento de transaminasas es inferior a 10 veces el valor normal, y la historia clínica del paciente nos orientará a las diferentes etiologías.

La obesidad, hiperlipemia, y diabetes Mellitus pueden producir aumento de las transaminasas inferior a 2 veces los valores de referencia.

¿Qué otras exploraciones realizaría?.

- Exploración física más completa
- Ecografía abdominal
- Colonoscopia
- Remitiría a digestivo para estudio.
- Analítica de sangre con serologías , anticuerpos.

El diagnóstico de ascitis se realiza con una combinación de examen físico y prueba de imagen, generalmente la ecografía abdominal. Se ha visto que la exploración física tiene una sensibilidad del 50 al 94% y una especificidad del 29-82% en estudios en que se compara los hallazgos físicos con el estudio ecográfico como gold standard.

En la exploración física objetivaremos, los siguientes datos:

Abdomen distendido con flancos abultados, difícil distinguir en paciente obesos.

Matidez desplazable en flancos , es el signo más sensible de todos. Debe existir más de 1500ml.

Oleada ascítica.

Visceromegalias, aunque la palpación de éstas en un abdomen muy distendido es difícil por lo que es recomendable buscar el signo del "témpano" que consiste en deprimir brusca y alternativamente los hipocondrios derecho e izquierdo percibiendo de existir hepatomegalia o esplenomegalia el choque del hígado y/o bazo con palma de mano exploradora.

A nuestra paciente se le solicitó una ecografía abdominal ante la sospecha diagnóstica de ascitis debido a hepatopatía alcohólica. Siendo informada como: ascitis importante con hígado cirrótico.

¿Qué datos de la exploración física nos orientan a la etiología de la ascitis?

Los signos físico que denoten la causa de la ascitis

- Estigmas cutáneos (eritema palmar, arañas vasculares, retracción palmar de Dupuytren) que aparecen en le etiología alcohólica.
- Signos de hipogonadismo (ausencia vello axilar o pubiano, atrofia testicular, ginecomastia.)
- Hiperpigmentación cutánea, que aparece en las hemocromatosis.
- Anillo de Kayser- Fleischer, en la enfermedad de Wilson.
- Xantomas, xantelasmas en esteatosis hepáticas.
- Soplo en hipocondrio derecho, sugestivo de hepatocarcinoma.
- Flapping.
- Hematoma, equimosis, gingivorragias, epistaxis.
- Nódulo umbilical (nódulo de la madre Maria José) evidencia un cáncer como causa de ascitis, los cuales pueden se gástrico, colon, hepático o linfoma generalmente.

¿Qué harías ante estos hallazgos?.

- Derivar a urgencias.
- Derivar a consulta de digestivo
- Dar hidrosaluretil
- Dar seguril
- Dar espironolactona
- Paracentesis evacuadota.

Ante un paciente con una ascitis deberemos realizar reposo en cama, evitar ingesta de alcohol, restricción de líquidos (1 litro/día), dieta pobre en sodio, habrá que realiza un seguimiento del peso y diuresis diario para evitar perdidas superiores a 0.5 Kg. diario excepto en presencia de edemas donde las perdidas pueden ser superiores.

A los 3- 5 días, si el paciente ha conseguido una perdida superior a 1 Kg. mantendremos el tratamiento pero en el caso de que la perdida sea inferior a 1Kg deberemos intensificar las medidas administrando espironolactona 100 mg al día v.o, tendremos que volver a valorar nuevamente a los 3-5 días siguientes, si perdida es mayor de 1 Kg. mantendremos el tratamiento con la espironolactona en caso contrario deberemos aumentar la dosis de espironolactona siendo la dosis máxima de 400 mg al día o añadir furosemida a dosis de 40 mg/ día incrementable en caso de respuesta refractaria hasta una dosis máxima de 160 mg/día v.o .

La paracentesis se realizará en caso de que exista una duda diagnóstica.

Ante el buen estado de la paciente y la sospecha de cirrosis alcohólica ya que presenta GOT/GPT >2 con aumento de la GGT, la cual es proporcional al consumo de alcohol,

Se instauró tratamiento con espironolactona 100mg al día vía oral, se explico medidas higiene-dietéticas mencionadas anteriormente y se derivó de carácter preferente a la consulta de Digestivo para completar el estudio. . A los 7 días presentaba una mejoría ascítica con un abdomen blando y mejoría subjetiva de la clínica. Actualmente la paciente se encuentra en estudio de su cirrosis por el servicio de Digestivo.

EJEMPLO DE IMÁGENES EN LA PRACTICA.