

# MÉDICOS DE FAMILIA

## REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—  
DE MEDICINA DE FAMILIA Y  
COMUNITARIA

Nº 1 • VOL 25

ABRIL 2023

### 5 EDITORIAL

**A LOS RESIDENTES...**  
*Castaño Reguillo A.*

### 6 VOCALÍA RESIDENTES

1. Y LOS TUTORES ¿QUÉ OPINAN?  
*González Godoy, M. Nuevo Coello, L.*
2. ¡RESISTE, REINVÉNTATE, RENACE!  
RECORDANDO LAS XXIV JORNADAS DE RESIDENTES  
Y V DE JMF...  
*del Pozo Valero R*

### 13 GRUPOS DE TRABAJO

PLIS PLAS XXIX Congreso de la SoMaMFyC mayo 2022

### 19 INCIDENTE CRÍTICO

1. SALIR FUERA...  
*López Gil A., Luque García L., Martín González M.*
2. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-1  
*López Gil A., Luque García L.*
3. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-2  
*López Gil A.*
4. INCIDENTE CRÍTICO  
*Raquel Hernando Nieto R., Millán Hernández E.*

### 24 ORIGINAL

1. MAPEANDO OTROS "CENTROS DE SALUD"  
DEL BARRIO  
*de Santiago Cortés E., Jiménez Olivas N., Martínez Alfonso J.*
2. "LA GRAN TRAVESÍA POR EL DESIERTO, LAS  
ROTACIONES POR EL HOSPITAL" ENCUESTA PARA  
CONOCER LOS ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS  
QUE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA  
ENCUENTRAN DURANTE SU PERÍODO FORMATIVO.  
*Vázquez López L., Prieto Checa I.*

### 33 CASOS CLÍNICOS

1. ¿TIENEN LOS CARCINOMAS BASOCELULARES  
EDAD?  
*Louise Makki H., Cerrada Cerrada E., Pérez Calero L.,  
Pérez Mañas G., Leal Aragón M.*
2. ERUPCIÓN LIQUENOIDE SECUNDARIA  
A CELECOXIB  
*Sánchez Galindo B.*
3. A RAÍZ DE UN CASO DE GOTA  
*Leal Aragón M., Pérez Calero L., Pérez Mañas G.,  
Louise Makki H., Medina Rodríguez J.*
4. MIELOMA MÚLTIPLE  
*Rodríguez Cerro M., Estefanía Hidalgo L., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F*

### 5. CAMBIOS EN UN TEMBLOR HABITUAL

*Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Cerro M., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F.*

### 6. DEBILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES

*Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Cerro M., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F.*

### 7. UNA DERMATOSIS DEL CUELLO Y ESCOTE: POIKILODERMIA DE CIVATTE

*Comanda M., Maqueda Zamora G., Sierra Santos L.*

### 8. EL CUIDADOR TAMBIÉN TIENE QUE SER CUIDADO

*Ferre Sánchez C., Ibáñez Delgado I., Gijón Conde T.*

### 9. BUSCANDO EL ORDEN DENTRO DEL CAOS

*Nuevo Coello L.; Rubio Capote M; Pérez Cruz S,  
Álvarez Villalba M.*

### 10. NEOPLASIA NEUROENDOCRINA

*Paniura Pinedo M.P., Rodríguez Arilla A.M., Rodríguez  
Cerro M., Estefanía Hidalgo L., Bermejo Fernández F.*

### 11. CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, ¿QUIÉN ES EL CULPABLE?

*Rodríguez Arilla A.M., Paniura Pinedo M.P., Rodríguez  
Cerro, M., López Gil, A., Bermejo Fernández F.*

### 12. ME HA SALIDO ALGO EN LA PIEL... ¿QUE MAS PUEDO TENER?

*Paniagua-Ortiz I., Pamos García M., Pere Pedrol J.A.,  
Prado Valdivieso R., Mansilla Martin T.*

### 60 EL CAFELITO

#### 1. SU PRESENTE ES BUENO!!!!

*Henares P.*

#### 2. CAFELITO

*López Gil A.*

### 62 TABERNA DE PLATÓN

VIKTOR EMIL FRANKL, AUTOR DE -EL HOMBRE EN  
BUSCA DE SENTIDO-  
*GdT Bioética*

### 65 LECTURA COMENTADA

APLICABILIDAD DEL ESTUDIO ENRICA- RENAL  
EN LA ACTUALIDAD.  
*María Tablado M.A.*

### 67 CARTAS AL DIRECTOR

ANTE INEFICACIA DE RAASI EN DISMINUCIÓN  
DE ALBUMINURIA EN DIABETES MELLITUS  
SIN ALTERACIÓN DEL FILTRADO NO SUSPENDER  
*María Tablado M.A.*



# MÉDICOS DE FAMILIA

## REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—  
DE MEDICINA DE FAMILIA Y  
COMUNITARIA

Nº 1 • VOL 25

ABRIL 2023

### COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

**Director:** Miguel Ángel María Tablado

**Comité Editorial:** Javier Bris Pertiñez. Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes De Torres, Miguel Ángel María Tablado,  
Juan Carlos Muñoz García, Isabel Prieto Checa

**Secretaría de redacción:** Manuela Córdoba Victoria

### JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

**Presidencia:** Alberto Cotillas Rodero. **Vicepresidencia:** Alejandra Montero Costa.

**Secretaría:** Andrea Artime Artime. **Tesorería:** Miguel Ángel María Tablado.

**Vocalía de Investigación:** Jaime Barrio Cortes y Rodrigo Medina García.

**Vocalía de Formación:** Cristina Cáceres Cortes y Lidia Arias Tobeña.

**Vocalía de Gdt:** Marta Merlo Loranca.

**Vocalía de Residentes:** Almudena Castaño Reguillo. **Vocalía de JMF:** Iranzu Sánchez Los Arcos.

**Vocal del PACAP:** Adrián Carrasco Munera. **Vocal del Papps:** Raquel Cervigon Portaencasa.

**Vocalía de Tutores:** Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Cristina de la Cámara González.

**Vocal Apoyo a Presidencia y Vicepresidencia:** Paula Chao Escuer.

REVISTA EDITADA POR:

**SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79

E-mail: [somamfyc@somamfyc.com](mailto:somamfyc@somamfyc.com) • WEB: [www.somamfyc.com](http://www.somamfyc.com)

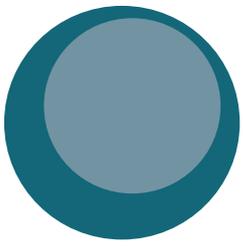
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

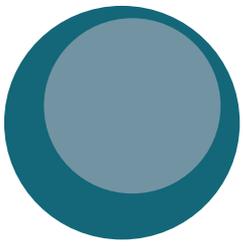
© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: Artes gráficas Cofás, S. A. Calle Juan de la Cierva, 58. Pol. Ind. Prado de Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



# SUMARIO

- 5 EDITORIAL**  
**A LOS RESIDENTES...**  
*Castano Reguillo A.*
- 6 VOCALÍA RESIDENTES**  
**1. Y LOS TUTORES ¿QUÉ OPINAN?**  
*González Godoy, M. Nuevo Coello, L.*  
**2. ¡RESISTE, REINVÉNTATE, RENACE!.  
RECORDANDO LAS XXIV JORNADAS DE RESIDENTES  
Y V DE JMF...**  
*del Pozo Valero R*
- 13 GRUPOS DE TRABAJO**  
**PLIS PLAS XXIX Congreso de la SoMaMFyC mayo 2022**
- 19 INCIDENTE CRÍTICO**  
**1. SALIR FUERA...**  
*López Gil A., Luque García L., Martín González M.*  
**2. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-1**  
*López Gil A., Luque García L.*  
**3. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-2**  
*López Gil A.*  
**4. INCIDENTE CRÍTICO**  
*Raquel Hernando Nieto R., Millán Hernández E.*
- 24 ORIGINAL**  
**1. MAPEANDO OTROS "CENTROS DE SALUD"  
DEL BARRIO**  
*de Santiago Cortés E., Jiménez Olivas N., Martínez  
Alfonso J.*  
**2. "LA GRAN TRAVESÍA POR EL DESIERTO, LAS  
ROTACIONES POR EL HOSPITAL" ENCUESTA PARA  
CONOCER LOS ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS  
QUE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA  
ENCUENTRAN DURANTE SU PERÍODO FORMATIVO.**  
*Vázquez López L., Prieto Checa I.*
- 33 CASOS CLÍNICOS**  
**1. ¿TIENEN LOS CARCINOMAS BASOCELULARES  
EDAD?**  
*Louise Makki H., Cerrada Cerrada E., Pérez Calero L.,  
Pérez Mañas G., Leal Aragón M.*  
**2. ERUPCIÓN LIQUENOIDE SECUNDARIA  
A CELECOXIB**  
*Sánchez Galindo B.*  
**3. A RAÍZ DE UN CASO DE GOTA**  
*Leal Aragón M., Pérez Calero L., Pérez Mañas G.,  
Louise Makki H., Medina Rodríguez J.*  
**4. MIELOMA MÚLTIPLE**  
*Rodríguez Cerro M., Estefanía Hidalgo L., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F*
- 5. CAMBIOS EN UN TEMBLOR HABITUAL**  
*Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Cerro M., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F.*  
**6. DEBILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES**  
*Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Cerro M., Paniura  
Pinedo M., Bermejo Fernández F.*  
**7. UNA DERMATOSIS DEL CUELLO Y ESCOTE:  
POIKILODERMIA DE CIVATTE**  
*Comanda M., Maqueda Zamora G., Sierra Santos L.*  
**8. EL CUIDADOR TAMBIÉN TIENE QUE SER CUIDADO**  
*Ferre Sánchez C., Ibáñez Delgado I.; Gijón Conde T.*  
**9. BUSCANDO EL ORDEN DENTRO DEL CAOS**  
*Nuevo Coello L; Rubio Capote M; Pérez Cruz S,  
Álvarez Villalba M.*  
**10. NEOPLASIA NEUROENDOCRINA**  
*Paniura Pinedo M.P., Rodríguez Arilla A.M., Rodríguez  
Cerro M., Estefanía Hidalgo L., Bermejo Fernández F.*  
**11. CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, ¿QUIÉN ES  
EL CULPABLE?**  
*Rodríguez Arilla A.M., Paniura Pinedo M.P., Rodríguez  
Cerro, M., López Gil, A., Bermejo Fernández F.*  
**12. ME HA SALIDO ALGO EN LA PIEL... ¿QUE MAS  
PUEDO TENER?**  
*Paniagua-Ortiz I., Pamos García M., Pere Pedrol J.A.,  
Prado Valdivieso R., Mansilla Martin T.*
- 60 EL CAFELITO**  
**1. SU PRESENTE ES BUENO!!!!**  
*Henares P.*  
**2. CAFELITO**  
*López Gil A.*
- 62 TABERNA DE PLATÓN**  
**VIKTOR EMIL FRANKL, AUTOR DE -EL HOMBRE EN  
BUSCA DE SENTIDO-**  
*GdT Bioética*
- 65 LECTURA COMENTADA**  
**APLICABILIDAD DEL ESTUDIO ENRICA- RENAL  
EN LA ACTUALIDAD.**  
*María Tablado M.A.*
- 67 CARTAS AL DIRECTOR**  
**ANTE INEFICACIA DE RAASI EN DISMINUCIÓN  
DE ALBUMINURIA EN DIABETES MELLITUS  
SIN ALTERACIÓN DEL FILTRADO NO SUSPENDER**  
*María Tablado M.A.*



## A la Vocalía de Residentes...

Vuelvo en el metro a casa. Hoy se han celebrado las XXIV Jornadas de Residentes, las últimas que ayudo a organizar desde la Vocalía. Hemos tratado temas como las inequidades en salud, comunicación, medicina rural, diabetes... Nos hemos reunido personas muy diferentes, con distintas formas de ser y ver las cosas, para hablar de Atención Primaria. Me doy cuenta de que el grupo de residentes que hemos venido estamos llenos de voluntad de que mejoren las cosas, tenemos inquietudes, deseo de convertir la desesperanza de los últimos meses en un horizonte con más luz. No somos ingenuos, sabemos lo que está pasando y con qué herramientas contamos, pero tenemos ganas.

Me vienen a la cabeza recuerdos de estos casi cuatro años en los que he conocido a gente increíble que de forma voluntaria se metieron en un grupo que pretendía mejorar y amoldar a nuestros gustos la formación que se nos oferta. Afán de montar cursos, charlas, congresos... en definitiva, de crear la oportunidad de vivir una residencia distinta y completa.

Pienso en lo afortunada que he sido de vivir esta oportunidad. Doy las gracias a mi primer tutor que me dijo el primer día de residencia: "todos mis residentes han sido de SoMaMFyC y han estado suscritos a AMF", y volví a casa pensando en que me tenía que apuntar a *eso*. Me viene a la mente esa *resí mayor* que un día muy sonriente me dijo que si me apuntaba a la vocalía y a mí solo me salió contestar que ya bastante tenía con aterrizar, que no me podía meter en más cosas. Adelanto el final: una pandemia mundial me hizo replantearme qué tipo de médico de familia quería ser, y me metí de cabeza.

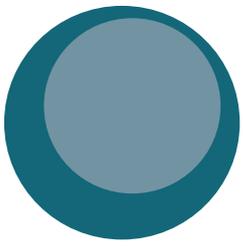
Hemos montado un grupo con personas que aportaban siempre: con ideas, con trabajo, con tiempo, con

diversas formas de ver las cosas para mejorarlas. Han sido muchos momentos llenos de esfuerzo que han merecido siempre la pena, a pesar de los nervios, los "no vamos a llegar", la angustia de pensar que no venía nadie a las actividades...

De no haber sido por vosotros y mis compañeros de residencia, en estos momentos de incertidumbre creo que habría perdido la perspectiva de que volvería a elegir la especialidad que me encanta, la Atención Primaria que es base de nuestro sistema sanitario y en la que creo firmemente, demostrando por sí sola a pesar de las dificultades el papel tan importante que juega en la salud de la población.

Quiero dar las gracias a mi tutora por apoyarme en mi mantenimiento en la Vocalía, animándome a seguir. A la Junta por dejarnos hacer (prácticamente siempre) las ideas que se nos ocurrían, porque con sólo conseguir convencer a alguien que esto merece la pena es suficiente. Gracias a todos los colaboradores que de forma altruista nos han dedicado su tiempo en las actividades que íbamos organizando, esforzándose al máximo por transmitirnos todo lo que sabían. A Mercedes y Manuela, siempre dando apoyo para que llegásemos a todo, sin vosotras no habría sido posible casi nada. A Itziar por estar ahí siempre. Gracias a Ana, Juan, Elo, a las nuevas y magníficas incorporaciones Núria y Beltrán, y especialmente a Ana C, Marina, Lucía y a Raquel, compañera de equipo. Gracias por hacer de esta experiencia una de las mejores cosas de la residencia, por mostrar que a pesar de todo la Medicina Familiar y Comunitaria sigue siendo la especialidad más bonita.

Castaño Reguillo A.



# VOCALÍA DE RESIDENTES

## 1. Y LOS TUTORES ¿QUÉ OPINAN?

■ González Godoy, M. Nuevo Coello, L.  
Residentes de MFyC

A raíz de la publicación en el último número de la revista de la SoMaMFYC sobre la residencia bajo el prisma de los residentes (“La residencia en tiempos de cambio”) en el que se abordaba las luces y sombras de la residencia de Medicina de Familia y Comunitaria en la Comunidad de Madrid, hemos querido complementar el artículo con el análisis de la residencia bajo la óptica de los tutores.

Para ello, entrevistamos a cuatro tutores con distintos años de experiencia en la tutorización de residentes. Comenzamos a preguntar a José, la incorporación más reciente en el ámbito de la tutorización.

### **¿Qué tal te sientes? ¿Qué tal la experiencia de ser tutora? ¿Con qué dificultades te has encontrado?**

Actualmente, me siento bien. Quiero decir, tengo 55 años y creo que he alcanzado lo máximo que un profesional puede alcanzar en su vida profesional.

Hasta hace 2 años, había sido tutor de residentes de otras especialidades (Geriatría, Medicina interna entre otros) en su rotación extrahospitalaria. Es cierto que mi centro estaba acreditado, pero los profesionales no teníamos la acreditación definitiva del Ministerio de Educación para tener residentes de Medicina de Familia y Comunitaria.

Ser el tutor de un médico residente y acompañarlo en su crecimiento personal y profesional durante sus años de formación era algo que deseaba. Por eso, cuando ya por fin alcanzamos el estatus de centro docente y hubo una primera residente que me eligió como tutor fue un “subidón”.

Actualmente, llevo siendo tutor 1,5 años. Estoy tutorizando a una residente de primero y a otra de segundo año de Medicina de Familia y Comunitaria.

¿Dificultades? Al principio, sobre todo por ser novato y por la burocracia que hay que hacer con la Unidad Docente. Yo ya había tenido experiencia previa tutorizando a algún residente y a alumnos de Medicina de tercero y sexto. Con lo cual, tener a alguien conmigo en la consulta desde hacía bastantes años, hace

que esté acostumbrado a la dinámica de ser varios profesionales al otro lado de la mesa y gestionar la anamnesis con los pacientes y hablar de la exploración delante de ellos.

La experiencia de ser tutor hasta ahora mismo es estupenda.

### **¿Qué te motivó para comenzar a ser tutora de residentes?**

La verdad es que me apetecía tener un residente de Medicina de Familia ya que había tenido residentes de otras especialidades y alumnos durante muchos años.

Yo creo que en general, para tener un alumno o un residente en la consulta, tienes que tener una vocación docente y si no lo tienes, nunca vas a ser feliz tutorizando. Todos tenemos compañeros/as y conocidos/as que son excelentes Médicos/as de Familia y no tienen esa vocación de tener un residente a su lado por los motivos que sean: no se sienten cómodos, porque no tienen esas capacidades para la docencia o algunas veces porque se encuentran inseguros/os, no de su actividad clínica, si no de su capacidad para transmitir conocimientos o para generar actitudes que puedan ser ejemplarizantes para los residentes.

### **¿Qué le dirías a otros médicos/as para que se animaran a ser tutores?**

Por un lado, que un médico de familia tiene cuatro facetas en su vida profesional: la asistencial, la docente, la gestora y la investigadora y yo creo que hay que tocar las cuatro. Dentro de la docente, está asumir nuestra formación continuada como profesionales y ser capaz de transmitir nuestros conocimientos a las generaciones que vienen, con lo cual yo creo que es una responsabilidad ética, o al menos yo lo vivo así. Los conocimientos se pueden transmitir y lo transmiten mucho más la literatura científica, el estudio, los libros, los artículos... pero la experiencia y esas tablas clínicas creo que quienes llevamos más tiempo en el ejercicio de la profesión tenemos ciertas habilidades que esa transmisión de esas habilidades personales que tenemos cada uno de nosotros tiene un valor y que los residentes en general le dais ese valor. Con lo cual,

yo creo que es beneficioso tanto para el residente que adquiere esos conocimientos que no están escritos en los libros como la satisfacción para los médicos y las médicas un poco más mayores que os lo ofrecemos. Yo creo que esa satisfacción es intangible y hace que ser tutor sea algo positivo, bonito agradable y que por ahora lo estoy disfrutando muchísimo.

A continuación, preguntamos a Jaime y Gloria, dos tutores que han formado a más de cuatro generaciones de residentes.

### **¿Qué ha supuesto para vosotros la tutorización durante estos años (pandemia, postpandemia, huelga de residentes, huelga de Atención Primaria...)?**

*Jaime.* La falta de tiempo y el agotamiento físico y mental no han permitido desarrollar nuestra labor con normalidad. También ha sido complicado no transmitir nuestra frustración por la situación que vive la Atención Primaria y el pesimismo por su futuro. Más allá de esas dificultades, lo mejor de estos tres años ha sido, sin duda, poder compartir la consulta con los residentes que he tenido.

*Gloria.* Sí, la verdad es han sido unos años complicados en cuanto a la atención médica. Pero he de reconocer que el hecho de ser tutora de residentes para mí ha sido un gran incentivo, ya no era yo sola, había otro compañero que de alguna manera dependía de mí, de mis ganas, de mi entusiasmo, de mi forma de afrontar las crisis. Y lejos de agobiarme ha resultado ser un estímulo. También el hecho de haber tenido residentes muy distintas entre sí, pero muy trabajadoras y comprometidas todas, ha influido en positivo.

### **¿Os habéis planteado en algún momento dejar de ser tutores?**

*Jaime.* Sí, de hecho he firmado la renuncia a tener nuevos residentes. En las actuales circunstancias, la Atención Primaria en Madrid no tiene futuro y, por otro lado, cada vez disponemos de menos tiempo para poder desarrollar las labores de tutorización con un mínimo de calidad. Así no tiene sentido seguir, aunque el primero que voy a perder seré yo.

*Gloria.* Yo sólo el año pasado, con el #hastaquihellegado. Y siempre como medida de presión. No queremos ofrecer esta visión tan fea de la atención primaria a los nuevos residentes.

### **¿Ha influido toda esta situación en la relación con vuestras residentes?**

*Jaime.* Es difícil responder a esta pregunta. Habría que preguntar también a los residentes qué opinan. Creo que, aunque la tutorización no haya sido todo lo buena que podría haber sido, la parte personal sí la hemos sabido cuidar, e incluso puede haber salido

reforzada por la adversidad de la situación sufrida. Por mi parte, he tenido mucha suerte con mis residentes y la relación con ellos ha sido siempre muy cordial.

*Gloria.* Creo que siempre influye, la pandemia fue durísima, las huelgas generan mal rollo, la sobrecarga asistencial mina el ánimo... Todo repercute, pero porque nos repercute en nuestro estado de ánimo, nuestro carácter. En este sentido sí afecta, pero no en la relación en sí con ellas.

### **Si pudierais, ¿cambiaríais algo del sistema de tutorización? Por ejemplo, la forma de evaluación de los residentes, tiempo de formación en el centro de salud, si sería necesario preparar más sesiones clínicas...**

*Jaime.* Sería muy interesante que el tutor dispusiera de más tiempo por paciente para realizar una mejor tutorización. Y esto debería de hacerse sin sobrecargar al resto del equipo médico que ya bastante carga tiene. Se podría aumentar más el tiempo de estancia en el centro de salud, pero veo mucho más interesante mejorar la calidad del tiempo que pasan con nosotros que la cantidad. En cuanto a la evaluación de los residentes, no tiene sentido seguir poniendo una nota numérica en la evaluación final, cuando esta no va a tener ninguna repercusión en el futuro laboral del residente. Es mucho más importante la comunicación con el residente, reforzando sus puntos débiles y potenciando sus virtudes, que poner un número a su labor, que siempre es algo muy subjetivo y corre el riesgo de desmotivar al residente.

*Gloria.* Si pudiera, reorganizaría las rotaciones. Creo que hay demasiado tiempo en el hospital y muchas rotaciones no son demasiado provechosas. Les daría más tiempo en el centro de salud, porque el R4 se queda cortísimo, entre guardias, salientes, cursos, vacaciones... Creo que con nosotros a veces aprenden más que con los "especialistas" en el tema.

### **En el sistema que tenemos actualmente, es el residente el que elige su tutor/a, pero el tutor/a no elige a su residente. ¿Qué os parece esto? ¿habéis tenido algún problema con algún residente? ¿os preocupa que no podáis conectar con algún residente y tengáis que proponer un cambio de tutor?**

*Jaime.* Creo que es el residente el que debe elegir al tutor y no al revés. Como tutor, deberíamos tener más herramientas que ellos para adaptar la enseñanza al tipo de residente que tengamos. Personalmente, no he tenido nunca problemas con mis residentes, aunque solo he tenido cuatro promociones a mi cargo hasta ahora. Siempre que viene un residente nuevo tienes la incertidumbre de cómo será, si vendrá motivado, si seremos capaces de conseguir una relación de confianza que permita el mejor aprendizaje posible, pero hasta ahora nunca me he tenido que plantear

un cambio de tutor. El tema del cambio de tutor es algo que habría que facilitar y normalizar si las cosas no van bien. No tiene por qué ser culpa de nadie. Pasa también en la relación médico paciente. Una relación tan estrecha y de mutua confianza como la del médico/residente o médico/paciente no se puede ni debe forzar. La mayoría de las veces, con un poco de flexibilidad por ambas partes, se puede llevar a buen puerto, pero, cuando esto no es así, no tiene sentido forzar las cosas.

*Gloria.* Es uno de mis miedos. Siempre me ha dado miedo que el residente se arrepienta de escogerme. Sufro mucho “del síndrome del impostor”. Hasta ahora no he tenido ningún problema con mis residentes, ni en lo personal ni en lo profesional. De hecho, con una residente creí que no íbamos a conectar y fue todo lo contrario. Espero no tener que pasar por esa situación, pero si se diera me gustaría que fuera un trámite sencillo. La relación con tutor-residente debe ser fluida y cómoda para ambos. No debería ser un castigo porque así lo elegiste...

**Por ahora no existe una evaluación de los tutores, ¿consideráis que debería haber un sistema de evaluación para que así se garantice una tutorización óptima y un desarrollo pleno de un residente de Medicina Familiar y Comunitaria?**

*Jaime.* Al igual que hay una minoría de residentes que deberían suspender, también existen algunos tutores que no deberían tener residentes a su cargo. La evaluación de sus competencias permitiría detectarlos y, lo que es más importante, detectar áreas de mejora en todos los tutores que permitan un plan personal de mejora continua en sus competencias como formadores. Antes de poner en marcha ese sistema de evaluación, primero habría que potenciar y hacer más atractiva la figura del tutor, dándole recursos y tiempo para desarrollar mejor su labor. Si ahora mismo se les exigiera más a los tutores, habiendo como hay un déficit de los mismos y teniendo pocos recursos y respaldo por parte de la organización, podría ser contraproducente.

*Gloria.* Sí, absolutamente. Creo que debería existir y deberíamos tener noticia de ella. El *feed back* es fundamental para el bien hacer, para corregir errores, para mejorar. Puedes hacer algo con la mejor intención y que el residente no lo esté entendiendo así.

**¿Qué es lo más gratificante de ser tutores?  
¿Qué os aporta ser tutores?**

*Jaime.* Por un lado, el contacto con alguien que viene con ilusión, ganas de aprender y capacidad de sorprenderse. La parte más interesante de la consulta, tanto desde el punto de vista científico como humano, es más bonita y lo malo es menos malo cuando lo comparas con un residente a tu lado. Además, los residentes

siempre son una fuente inagotable de aprendizaje. Ellos están siempre en contacto con las últimas actualizaciones y te obligan a mantenerte al día. También con sus preguntas te fuerzan a replantearte el por qué y el cómo haces las cosas. Al final de la residencia, poder comprobar que el residente se ha convertido en un buen médico es una fuente de enorme satisfacción.

*Gloria.* Ver la trayectoria de un médico y su evolución. Comprobar su crecimiento, su desarrollo profesional, el aprendizaje, el cambio que se produce a lo largo de los 4 años. Saber que tú haces un poquito de esa trayectoria. Me hace especial ilusión que haya cosas que mis residentes hagan como yo las hago “porque así lo aprendieron”. Reconocerme en su manera de trabajar. Eso es muy bonito.

Por último, y no por ello menos importante, nos dirigimos a Elvira, que nos cuenta su experiencia siendo tutora durante más de veinte años.

**Has sido tutora durante muchos años y has formado a muchos residentes ¿qué es lo que te ha llevado a dejar de ser tutora?**

Fundamentalmente el hecho de que puedo dejar a un residente antes de que acabe su periodo formativo cuando me jubile, y además, en honor a la verdad, también estoy un poco desencantada, no ya por los residentes en sí, sino por las circunstancias en las que los médicos de familia desarrollamos actualmente nuestra labor.

**¿Qué le dirías a otros Médicos/as para animarse a ser tutores?**

Una de las herramientas que a mí me ha servido para encontrar razones por las que seguir desarrollando mi trabajo cuando no encontraba motivos para hacerlo, ha sido la docencia.

La literatura nos dice que la mayoría de los tutores se muestran satisfechos y motivados y además los médicos que no realizan actividades relacionadas con la docencia y la investigación, presentan niveles más bajos de bienestar y mayores tasas de desgaste profesional.

Creo con sinceridad que el ser tutor no significa que tengas que ser “bueno” en todo; que tengas que saber muchísimo; que investigues, publiques, seas un clínico excepcional. De nada sirve si no transmites las ganas, el deseo de ser MEDICO, de disfrutar...y mostrar los “caminos “para aprender. Una autoexigencia desmedida es muy desmotivadora.

Si sientes que no estás formado, que no estás capacitado, que no vas a poder hacer nada, que no vas a contactar con el residente...entras en pánico; ese no es el camino.

Si además piensas: tengo muchos pacientes, me irritan; les daré lo que me pidan... no les daré nada... Es lógico que no quieras tener un residente/estudiante al lado, porque podría ser poco ejemplar, pero en la situación actual estamos dando más de lo que parece exigible.

Y en realidad ¿Sabemos lo que esperan los residentes de sus tutores? Si escarbas un poco en la literatura parece que la confianza, comunicación, disposición y voluntad del tutor parecen estar por delante de las cualidades clínicas y de investigación.

Para mí, la práctica clínica debería ser el centro de formación de los residentes, donde estos aprendan mediante la reflexión y el autoaprendizaje ayudados por nosotros los tutores que estamos con ellos. No solamente hemos de intervenir en el saber hacer sino y fundamentalmente en el querer hacer, en motivarles para que quieran hacer aquello para lo que se están preparando.

Por último, os diré que es muy gratificante observar los logros del que tienes al lado, sobre todo si en esos logros has participado tú.

### **Si no te fueses a jubilar próximamente, ¿seguirías siendo tutora a pesar de la situación de la Atención Primaria?**

Creo que cuando deseas ser tutor/a lo eres a pesar de las "condiciones" y por lo tanto, aunque se establezcan cambios, la decisión de dejar de serlo también está por encima de las mismas. Por otro lado, cuando has sido tutora muchos años, nunca se deja de ser del todo, aunque no tengas un residente asignado. Me sorprende dando "sermones" a los residentes que tengo cerca, aunque no estén a mi cargo, alabando virtudes e intentando hacer ver lo que a mi juicio son conductas modificables... pero creo que los nuevos médicos de familia han de tomar el relevo porque es una herramienta que les va a ayudar a desarrollar mejor su trabajo, aunque yo siga de vigía en mi faro.

### **Para finalizar la entrevista, les preguntamos a los tutores cuál sería la lección de vida más importante que le transmitirías a tus residentes.**

*José.* No sé si tengo la autoridad moral para con mi residente de transmitir lecciones de vida. Probablemente, lo que intento transmitir es la humildad. Te hace no cerrarte a aprender, a asumir que todavía nos queda mucho camino que recorrer, independientemente de la edad que tengamos y de los años de experiencia profesional. La preparación científico-técnica la tenéis más actualizada que los tutores. Entonces esa humildad de decir esta relación que tenemos tutor-residente no es una relación vertical si no horizontal y tú vas a aprender de mí y yo de

tí. Humildad para con otros compañeros, humildad para nuestra relación con el paciente y esa humildad entendida como ser capaz de tener la mente abierta y no estar en posesión de las verdades absolutas. Nunca lo vas a saber todo, nunca hables con una autoridad desmesurada.

*Jaime.* No creo estar en disposición de dar lecciones de vida a nadie, pero quizás, dada la actual situación de nuestra especialidad, les pediría que mantuvieran la ilusión, que no fueran conformistas y que luchen por lo que creen. Que no permitan que acaben con su vocación y, sobre todo, que disfruten de la vida, que, aunque desde las consultas podemos aprender de ella desde un lugar privilegiado, hay también muchas cosas que hacer más allá de la medicina.

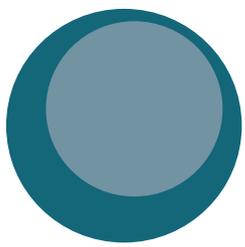
*Gloria.* Mis residentes me han oído decir muchas veces que la medicina de familia es como la caja de bombones de la madre de Forrest Gump, nunca sabes cuál te va a tocar. Nuestra especialidad es preciosa, nunca sabes qué necesitará el próximo paciente, cuál será su motivo de consulta, pero siempre serás tú a quién recurra. Y ser un buen médico de familia es un tesoro para los pacientes. Esa es la lección: nuestra misión es sagrada y que el residente lo descubra y lo integre es mi labor. Si consigo que el paciente no me eche de menos cuando pasa la consulta el residente, misión cumplida.

*Elvira.* ¿Y quién soy yo para dar lecciones de vida? Os remito a A. Einstein: "No basta con enseñar a un hombre una especialidad. Aunque esto pueda convertirlo en una especie de máquina útil, no tendrá una personalidad armoniosamente desarrollada...con la especialización de sus conocimientos parecerá más un perro bien adiestrado que una persona armoniosamente desarrollada. Debe aprender a conocer las motivaciones de los seres humanos, sus ilusiones y sus sufrimientos, para lograr una comunicación adecuada con su prójimo y con la comunidad".

En el global de los pacientes que tenemos actualmente, es fundamental aprender a usar herramientas para modificar sus conductas, para negociar con los mismos. Somos los médicos del "sentirse mal". Hemos de enseñar y aprender a ser médicos de "lo que entra por la puerta".

### **Agradecemos a los tutores su participación en el presente artículo.**

José Francisco Ávila de Tomás.  
Centro de Salud "Santa Isabel", Leganés.  
Jaime Innerarity Martínez.  
Centro de Salud "María Jesús Hereza", Leganés.  
Gloria Viñas Fernández.  
Centro de Salud "Francia", Fuenlabrada.  
Elvira Rubio Benito.  
Centro de Salud "Francia", Fuenlabrada.



# VOCALÍA DE RESIDENTES

## 2. ¡RESISTE, REINVÉNTATE, RENACE! RECORDANDO LAS XXIV JORNADAS DE RESIDENTES Y V DE JMF...

■ Del Pozo Valero R.  
Vocal de Residentes de SoMaMFyC

El pasado 16 de marzo tuvieron lugar, en Madrid, las XXIV Jornadas de Residentes y V de JMF de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria y, ¡vaya recarga de energía!

Con muchísima ilusión, año tras año, los y las residentes de la Vocalía de Residentes organizamos una Jornada de encuentro para residentes y jóvenes médicos de familia, para formarnos, para conocernos, y para sentirnos parte de algo más grande que componemos entre todos, la Medicina de Familia del presente y futuro de la Comunidad de Madrid.

Comenzamos con la ponencia inaugural, a cargo de Paula Chao, médica de familia rural y vicepresidenta tercera de SEMFYC. “La medicina de familia tiene cara de mujer joven” nos dice Paula. Y, además, está ilusionada.

Continuamos con cuatro talleres prácticos sobre habilidades, conocimientos y abordaje diario de nuestra consulta de Medicina de Familia. Por un lado, Miguel

Ángel María, médico de familia del CS de Perales de Tajuña, y miembro del Grupo de Trabajo de Medicina rural de SoMaMFyC, nos enseñó cómo preparar el maletín de los tan temidos avisos domiciliarios. Además, nos hizo reflexionar acerca de situaciones reales que ocurren fuera de la zona de confort de nuestra consulta, y cómo actuar ante ellas, tales como muertes no del todo aclaradas, violencia, agitación conductual...

En el Escape-Room, “Escapa de la inequidad”, preparado por el Grupo de Trabajo de Inequidades en Salud-Salud Internacional de la SoMaMFyC, trabajamos los distintos escenarios a los que se enfrenta un paciente que acaba de sufrir un infarto y su retorno a su vida habitual, condicionada en gran parte por factores socioeconómicos como su vivienda, barrio, situación legal... A través del juego, conseguimos no olvidar que no todos somos iguales, y que como médicos, tenemos que intentar no repetir sino paliar la Ley de los Cuidados Inversos.



Figura 1. Ponencia inaugural. Paula Chao, médica de familia en el CS Griñón. Vicepresidenta tercera de SEMFYC.



Figura 2. Sobreviviendo al medio rural. Miguel Ángel María, médico de familia del CS Perales de Tajuña.



**Figura 3 y 4.** Algunas de las estaciones del Escape-Room "¡Escapa de la inequidad!" organizado por el Grupo de Trabajo de Inequidades en Salud-Salud Internacional de SoMaMFyC.



**Figura 5.** Taller Entrena tu Diabetes, a cargo de Juan José Rodríguez Alonso, del Grupo de Trabajo de Diabetes de SoMaMFyC.



**Figura 6.** Taller "Olvidamos lo que nos dijeron o hicieron, pero no cómo nos hicieron sentir. ¿Cómo mejorar nuestras habilidades en la comunicación de una mala noticia?", a cargo del Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud de SoMaMFyC.

Como caballo de batalla de nuestro día a día, contamos con el taller, "Entrena tu diabetes", a cargo de Juan José Rodríguez Alonso, del Grupo de Trabajo de Diabetes de SoMaMFyC.

Y por último, abordamos uno de los ejes fundamentales de nuestra profesión, la comunicación, de la mano del Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud de SoMaMFyC, con el taller "Olvidamos lo que nos dijeron o hicieron, pero no cómo nos hicieron sentir, ¿cómo mejorar nuestras habilidades en la comunicación de una mala noticia?".

Ya después de un merecido descanso, de la mano de Juan Madrid, médico director del Centro Joven Salud Madrid y psicodramista, ejercitamos habilidades creativas, poniendo en valor el grupo que formamos, lo que somos, y lo que podemos llegar a ser.

La jornada culmina con la presentación de Comunicaciones Orales, Pósters y Trabajos de Medicina Comunitaria, para los que contamos con el Comité Organizador y Científico del Congreso, y miembros del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) madrileño. ¡Enhorabuena a todos los premiados por vuestro trabajo!

Tras esta estimulante e intensa jornada, el Comité Organizador de la Vocalía de Residentes se despide hasta el año que viene.

Con especial cariño, y a nivel personal, en esta edición quiero agradecer el trabajo de nuestras R4, Lucía, Marina, y especialmente a mi covocal, Almudena. Sin vosotras nada de esto habría sido posible, vuestros resis pequeños seguimos vuestros pasos. Muchísima suerte en lo que viene, ¡sois un ejemplo de MÉDICAS DE FAMILIA!



Figura 7 y 8. Taller Psicodrama a cargo de Juan Madrid, director del Centro Joven Salud Madrid.



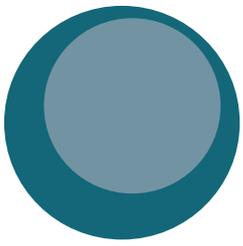
Figura 9. Primer Premio Comunicación Oral Medicina Comunitaria, XXIV Jornadas de Residentes y V de JMF de SoMaMFyC.



Figura 10. Primer Premio Comunicación Oral XXIV Jornadas de Residentes y V de JMF de SoMaMFyC.



Figura 11. Comité Organizador y Científico de las XXIV Jornadas de Residentes y V de JMF SoMaMFyC.



# GRUPOS DE TRABAJO

## XXIX CONGRESO DE LA SoMaMFyC



**SoMaMFyC**  
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria

**XXIX CONGRESO**

MIRANDO HACIA ADELANTE

“El 19 de mayo de 2022, se celebró el XXIX Congreso de la SoMaMFyC, con el lema *Mirar hacia adelante*.

Fue un congreso para el reencuentro de viejos amigos después de tanto tiempo de “relaciones virtuales” en el que pudimos reflexionar sobre todo lo ocurrido en este tiempo de pandemia y en el que volvimos a hablar de ciencia más allá del coronavirus. Como siempre, los grupos de trabajo de la Sociedad fueron la clave para ayudarnos a *actualizarnos en un Plis Plas* con sus intervenciones claras y concisas sobre las últimas novedades en sus áreas de trabajo que os presentamos a continuación”.

Pelaez Laguno C.

## ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

Ofrecemos en este apartado las exposiciones de los grupos de trabajo de la SoMaMFyC en el XXIX Congreso de la SoMaMFyC, celebrado el día 19 de mayo de 2022 en la Universidad Rey Juan Carlos. Campus Alcorcón.

En el formato denominado PLIS PLAS, se solicita a estos grupos que expongan de forma breve, en no más de seis minutos, las novedades, temas importantes o actualizaciones de su área de trabajo.

De ahí el título que comparten todas ellas: “Actualizaciones PLIS-PLAS”

## GdT INEQUIDADES EN SALUD-SALUD INTERNACIONAL

■ Estevan P<sup>1</sup>., García-Gutiérrez Gómez R<sup>2</sup>., Muñoz Martínez O<sup>3</sup>.

Especialistas en MFyC

<sup>1</sup> CS Vicente Soldevilla

<sup>2</sup> Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés)

<sup>3</sup> CS Torito

### SISTEMA “PÚBLICO”, GRATUITO, UNIVERSAL

Desde el grupo de trabajo de Inequidades en Salud con este documento queremos aprovechar el fin del año 2022 y el inicio de un nuevo año para describir la injusta situación actual sobre el acceso a la sanidad pública y la exclusión sanitaria en nuestro país

tras el Real Decreto-ley 07/2018 (RDL 2018) y más concretamente nos centraremos en la realidad de la Comunidad de Madrid.

Nuestra opinión es que el RDL 2018 junto con las “Recomendaciones” para su implantación que comentaremos más adelante, y con la intención de solucionar el problema de acceso al derecho a la protección a la salud ha terminado empeorando la

situación. Cada Comunidad Autónoma ha hecho una interpretación y ahora tenemos un mapa de acceso al sistema muy desigual, muy lejos de la universalidad prometida.

Por este motivo, con este documento queremos conseguir que los lectores consigan algo de claridad y comprendan la verdadera carrera de obstáculos que supone para muchas personas obtener un derecho reconocido en la Constitución Española.

## EL REAL DECRETO-LEY 07/2018 FOR DUMMIES

### 1. LAS LEYES BÁSICAS

El derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en España está recogido en textos como la Constitución Española<sup>1</sup>, la Ley General de Sanidad<sup>2</sup> y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>3</sup>. La normativa era cada vez más inclusiva, habiendo llegado, prácticamente, a una asistencia universal.

Bajo el pretexto de evitar el gasto público generado por el “turismo sanitario” el Gobierno de España en el año 2012 se publicó el Real Decreto-ley 16/2012<sup>4</sup> por el que se limitaba el derecho a la asistencia para ciudadanos en situación irregular, aunque se mantenía la misma a embarazadas, menores, enfermos crónicos y en urgencias hasta la finalización del proceso.

### 2. LO QUE PASÓ DESPUÉS

El **Real Decreto-ley 07/20185** prometía devolver el carácter universal a nuestro sistema nacional de salud, pero las modificaciones introducidas no revirtieron de forma completa la exclusión.

Esta norma reconoce que *todos los residentes* en España, sea su situación regular o no, tienen derecho a la asistencia sanitaria mientras no haya un tercero obligado (es decir, otro gobierno de la Comunidad Europea o con convenio bilateral con España, cuyo país de origen tiene la obligación de hacerse cargo de su cobertura sanitaria o, por ejemplo, estudiantes o trabajadores que vienen a nuestro país con un seguro médico), situación que tienen que demostrar. Sin embargo, se deja a las embarazadas, recién nacidos, menores y solicitantes de asilo fuera del sistema al no explicitar una excepción para ellos.

*Es decir: en la Ley de 2012 se excluía de la cobertura sanitaria pública a todas las personas que estuvieran en situación irregular respetando a embarazadas, menores, enfermos crónicos y urgencias, mientras que en la Ley de 2018 se incluye en la cobertura a las personas residentes en España (entendiendo como*

*tal aquellos REGISTRADOS y AUTORIZADOS como residentes), pero al no mencionarlo, excluye a embarazadas, menores, enfermos crónicos y personas que requieren atención urgente sin residencia en España.*

Para desarrollar la aplicación de esta norma, se publica la **Resolución de 20 de junio de 2019**, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, dependiente del Ministerio de Sanidad, con el título de “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria<sup>6</sup>”. Pero la aplicación de su contenido tiene problemas a nivel jurídico: no tiene naturaleza de norma ni voluntad de ser vinculante (las recomendaciones no existen como tales en las fuentes del derecho administrativo), es emitida por un órgano incompetente para legislar y comprende contenido contrario a la Ley 16/2003 modificada por el RDL 07/2018.

*Para que lo entendamos: la resolución del 20 de junio, independientemente de su voluntad, es más restrictiva que la norma que viene a aplicar y genera más exclusión pese a tener “universalidad” en su título. Ha servido para que las CCAA puedan ser más exigentes a la hora de otorgar este derecho, generando un grave problema de acceso al sistema sanitario.*

Aunque en estos momentos se encuentra en proceso de tramitación parlamentaria otro proyecto de ley (“De medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud”) su texto tampoco contempla la accesibilidad total para menores y embarazadas y sigue dejando a las comunidades la interpretación de la misma<sup>7</sup>.

### 3. LAS CONSECUENCIAS

El movimiento ciudadano “Yo sí, sanidad universal” ha publicado recientemente un trabajo sobre la realidad de la aplicación de esta norma en las diferentes regiones de nuestro país<sup>8</sup>. Os queremos hacer un resumen de la situación actual, en nuestra comunidad, Madrid.

Estas son las principales dificultades que se encuentran los solicitantes del derecho a la atención sanitaria:

1. Noventa días. El RDL 07/2018 no especifica un periodo mínimo de estancia en el país para solicitar el derecho a la asistencia sanitaria pero **las Recomendaciones sí**. Este es el principal escollo para la solicitud del mismo. Se asume un periodo de 90 días, como si todas las personas entraran con una autorización de estancia por ese tiempo, cuando esto no es así muchas veces y no se aplica en las personas que entran por vías irregulares, **los solicitantes de asilo o los recién nacidos** que nacen en nuestra comunidad

que **también** tienen que estar empadronados 3 meses antes de poder solicitar la asistencia sanitaria.

2. Informe de Servicios Sociales. Para los casos en los que se solicita antes de los 90 días se ha habilitado la posibilidad de un informe por parte de servicios sociales, pero en nuestra comunidad no hay un protocolo al respecto y muchas veces existe desconocimiento por parte de los administrativos sobre esta posibilidad. Además, para poder acceder a este servicio se exige muchas veces estar empadronado. Tampoco hay un consenso sobre su contenido por lo que a veces, se convierte a los trabajadores sociales en “policías” del sistema, detectando aquellas personas con patologías previas y pudiendo catalogarles como “turistas sanitarios” para así negarles el derecho en las Unidades de Tramitación, vulnerando además su derecho a la intimidad para la solicitud de un trámite administrativo y discriminándolos, al negarles el acceso a un servicio al que tienen derecho según el propio RDL 07/2018. **Mediante este trámite se ha negado la asistencia a muchas mujeres embarazadas.**

3. Certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde el país de origen. Es lo que explicamos antes de la obligación de terceros. Emitido por la administración competente del país, en el caso de personas procedentes de países a los que son de aplicación los reglamentos comunitarios para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social o de países con Convenio bilateral en materia de Seguridad Social. Para el resto de los países se acepta una declaración responsable de no exportabilidad del derecho y en casi todas las CCAA se exige este certificado, pero es difícil conseguirlo en muchas ocasiones por parte del solicitante. Cuando no se puede tramitar, en algunas CCAA, se puede sustituir por un informe social, una declaración responsable o el documento de solicitud de dicho certificado, pero hay trabas en la mayor parte de las mismas. **Es digno de reseñar que, en el País Vasco, es la propia Administración la que solicita a su homóloga en el país de origen del solicitante dicho certificado.**

En Madrid, cuando la persona ha conseguido estos documentos y acredita llevar más de tres meses empadronada se le cita desde el centro de salud en la Unidad de Tramitación (UT) que se han centralizado en las diferentes direcciones asistenciales. Las citas para este recurso oscilan *entre los 30 días y los 6 meses* y hasta hace no mucho no se podía pedir cita para una UT de un área diferente a la propia.

*Para dummies: una persona que llegue a España, para poder conseguir acceso al sistema sanitario, independientemente de si son niños, nacen en nuestro país o es solicitante de asilo debe esperar a empadronarse y después esperar 90 días para poder empezar los trámites, que luego pueden tardar hasta 6 meses*

*más. Imaginad que el paciente es diabético o es portador del VIH...*

*Aunque existe la posibilidad de no esperar los 90 días, el protocolo no es conocido por las personas que informan acerca de la tramitación, y deja a juicio de valor de las trabajadoras sociales el derecho a la cobertura sanitaria de las personas que lo solicitan, a la vez que vulneran otros derechos fundamentales, como el derecho a la intimidad.*

*Algunas personas quedan fuera de la cobertura sanitaria, cuándo debería estar garantizado por los convenios con su país de origen por la exigencia de presentar el certificado del mismo, que es difícil de conseguir.*

### Situaciones especiales

1. Menores, embarazadas durante la gestación, parto y post parto. Se sigue la norma anterior, **sin excepciones, cuando con el RD 16/2012 tenían la asistencia asegurada sin tener que esperar.** Si el/la paciente requiere asistencia sanitaria se les factura. A los recién nacidos se les asiste, pero no se les entrega ningún documento y se hace con una ficha temporal. La asistencia sanitaria a menores y a mujeres en situación irregular durante su embarazo, parto y postparto, está garantizada por la disposición adicional octava del RD 1192/2012, que no quedó derogada por el RD 7/2018. Algunas CCAA continúan dando asistencia sanitaria inmediata a estas personas, pero la Comunidad de Madrid no es una de ellas.

2. Atención en urgencias. Como la situación anterior, al no recogerse en el RDL 07/2018 origina una gran heterogeneidad en la prestación de la asistencia. El RDL 16/2012 recogía el derecho a la atención en urgencias hasta el alta del proceso, incluyendo pruebas diagnósticas y revisiones, tanto en Atención Primaria como en Especializada. En relación a esta situación en Madrid nos encontramos con denegación de la asistencia en algunos centros (especialmente los de gestión parcialmente privada), la atención incompleta (solo en el día de la asistencia, sin seguimiento) y la facturación del servicio. La facturación indiscriminada alegando turismo sanitario es un agravio para las personas en situación irregular. En ocasiones se les apremia por diversas vías para el pago de la misma con amenazas de informar del impago a Hacienda, con el temor a la repercusión de esta deuda a la hora de pedir la regularización de su situación más adelante. Pero lo más llamativo **es la arbitrariedad** de estas medidas, dependiendo del día, el centro de salud, el hospital y la dirección asistencial.

3. Cobertura de personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar. Desde 2012, el INSS ha denegado sistemáticamente la tarjeta sanitaria a personas con permiso

de residencia por considerar que “deberían tener” un seguro privado de enfermedad para obtener el permiso de residencia. Esta exigencia de seguro privado es contraria al propósito y la redacción de la directiva de la Comunidad Europea, y fue rebatida por la Defensoría del Pueblo en su resolución del 15 de octubre de 2014<sup>9</sup>. Pese a múltiples sentencias favorables a los solicitantes el INSS recurrió y ganó en el Supremo por lo que estas personas tienen que acogerse al Convenio Especial. Está previsto que la ley que está en trámite subsane esto, pero mientras, los ascendentes de los migrantes regularizados tienen que estar **al menos 1 año empadronados** para poder solicitarlo y pagar 60 o 157 euros al mes, según sean menores o mayores de 65 años. Y mientras llega el momento, contratar un seguro privado, si pueden costearlo.

4. Otros colectivos que suelen tener problemas (por desconocimiento de la norma por parte de las personas que se lo han de tramitar) son: los solicitantes de protección internacional, los menores con DNI español y progenitores en situación irregular, menores en situación irregular, si tiene un NIE previo, si están en proceso de regularización se encuentran en tierra de nadie entre el INSS y las CCAA.

*Por si no se ha entendido: Menores, embarazadas durante la gestación, parto y post parto pierden el derecho, descrito en la Ley de 2012 de asistencia universal de forma automática ya que no se les menciona en la Ley de 2018 y (dependiendo del lugar) se les exige los mismos requisitos que al resto de extranjeros no autorizados ni registrados como residentes. Situación similar es la que atañe a la atención urgente, que en la ley en vigor NO se menciona, excluyendo a muchas personas, dándoles una atención incompleta y/o luego exigiendo el pago del servicio e incluso amenazándolas y persiguiéndolas.*

En todas las comunidades investigadas en el informe de “Yo sí, Sanidad universal”, se constata un **gran desconocimiento del derecho y del procedimiento** entre el personal de los centros sanitarios de todos los estamentos consecuencia de la **falta de formación** sobre este tema. Esto, unido a la **falta de instrucciones autonómicas claras y bien difundidas** entre los profesionales genera una *gran variabilidad en el proceso de acceso*.

Otros factores que dificultan el ejercicio de este derecho son las barreras lingüísticas, la dificultad de acceso a la información para las personas migrantes y el empeoramiento del acceso a los servicios de salud para toda la población.

#### 4. ÉSTAS SON NUESTRAS CONCLUSIONES

En noviembre de 2021 conocimos el preocupante hecho de que hasta 27000 personas extranjeras fueron dadas de baja sin previo aviso en el SERMAS<sup>10</sup>, al iniciar la actividad de las unidades de tramitación.

Todas estas personas perdieron sus citas médicas, el acceso a sus tratamientos y tardaron meses en recuperar el derecho a la prestación sanitaria.

No hay datos sobre las personas que no tienen derecho a la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos, ni se conoce su número preciso. Esto por sí solo ya es una mala señal para nuestra sociedad. Tan solo hay un documento del Ministerio de Sanidad de 2022, sobre la dificultad de acceso al tratamiento para el VIH para las personas en situación irregular y solicitantes de asilo<sup>11</sup>.

En el informe se explica claramente: “El “turismo sanitario” no es un concepto definido jurídicamente. No existen evaluaciones ni estudios que demuestren su existencia, mucho menos en personas migrantes. El informe que se ha esgrimido hasta la saciedad como prueba de un “turismo sanitario” que apareció de forma clara por primera vez en una ley en el RDL 16/2012, es el que publicó ese año el Tribunal de Cuentas, centrado en los problemas de cobro y pago entre sistemas de Seguridad Social por cobertura sanitaria de ciudadanos de países de la Unión Europea en España **no por las personas extracomunitarias que vienen a vivir y trabajar en nuestro estado**.”

Conviene recordar que el turismo sanitario es el proceso por el cual una persona viaja con el fin de recibir servicios de salud en un país diferente a aquel en el que reside. Por tanto, la persona extranjera que se encuentra en España de forma temporal (menos de 90 días) o residiendo, en situación administrativa regular o irregular, y que acude a recibir un servicio médico debido a un accidente o enfermedad sobrevenida **no** es un turista sanitario, sino una persona en unas condiciones de vulnerabilidad extrema que además está enferma.

Hay estudios que reflejan que los migrantes en situación administrativa irregular usan menos el SNS, pero se ha observado un aumento de la estancia media hospitalaria en ingresados<sup>12,13</sup>.

Ni el último Decreto-ley ni las “Recomendaciones” antes mencionadas han resuelto el problema del verdadero turismo sanitario y, sin embargo, han generado un enorme problema de accesibilidad al sistema para las personas migrantes.

Detectamos en nuestras consultas situaciones de desprotección de la salud serias y en ocasiones retrasos en diagnósticos y tratamiento importantes.

El acceso público, universal y gratuito a la sanidad es un derecho humano, un eficaz redistribuidor de salud y un pacificador social<sup>14</sup>. Se sabe que las poblaciones con mayores diferencias económicas sufren una variedad de problemas sociosanitarios más amplia que quienes viven en sociedades más igualitarias<sup>15</sup>. Por

otra parte, estas políticas que focalizan el problema en el extranjero, el crimen y la seguridad, en lugar de la salud y el bienestar no han demostrado ser mejores para la población “autóctona”<sup>16</sup>.

Desde el grupo de Inequidades en salud - Salud internacional queremos poner el foco sobre esta población que en estos momentos apenas llegan a nuestras consultas por las trabas burocráticas, que temen acudir a centro sanitario porque no saben si les van a atender o que ya tienen una deuda con hacienda porque fueron a urgencias una vez.

Nos preguntamos qué tipo de sociedad queremos para nosotras y nuestros descendientes pues creemos

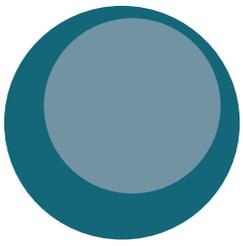
que el acceso al sistema sanitario solo puede traer beneficios al conjunto de la población.

Y finalmente, qué podemos hacer ante esta situación. Para empezar, la desobediencia civil que va de la mano del código deontológico. Pero no solo no podemos dejar de atender a un paciente que acude a nuestra consulta, sino que también hay que intentar que ninguno se quede fuera del centro de salud. Por ello está bien conocer los recursos de acompañamiento a las personas que tienen problemas para tramitar el acceso al sistema, como por ejemplo este del barrio de San Diego en Puente de Vallecas<sup>17</sup> o la página web de “Yo sí, Sanidad universal”<sup>18</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, número 311 (29 de diciembre de 1978). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102 (29 de abril de 1986). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 128 (29 de mayo de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
4. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado. Número 98 (24 de abril de 2012).
5. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 183 (30 de julio de 2018). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. Madrid: Secretaría General de Sanidad y Consumo (Dirección general de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia); 2019 [citado 20 de diciembre de 2022]. Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria”. [12 páginas]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/docs/Recomen\\_proc\\_personas\\_extranjeras.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/docs/Recomen_proc_personas_extranjeras.pdf)
7. La Moncloa. Web oficial del presidente del Gobierno y el Consejo de Ministros. Madrid; 16 de junio de 2022 [citado 20 de diciembre de 2022]. “El Gobierno refuerza la equidad y la universalidad del Sistema Nacional de Salud”. [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2022/140622-rp-cministros.aspx>
8. Yo sí, Sanidad Universal. Madrid; 29 de noviembre de 2022. [citado 20 de diciembre de 2022]. El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos. [78 páginas]. Disponible en: [https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas/1837562004-1669587030/informe\\_derecho-a-la-asistencia-sanitaria-en-ccaa-un-derecho-hecho-pedazos.pdf](https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas/1837562004-1669587030/informe_derecho-a-la-asistencia-sanitaria-en-ccaa-un-derecho-hecho-pedazos.pdf)
9. Defensor del Pueblo. Madrid; 15 de octubre de 2014. [citado 20 de diciembre de 2022]. Eliminación de la exigencia de seguro de enfermedad a los ascendientes, nacionales de terceros Estados, de ciudadanos españoles, residentes en España para la obtención de la tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/eliminacion-de-la-exigencia-de-seguro-de-enfermedad-a-los-ascendientes-nacionales-de-terceros-estados-de-ciudadanos-espanoles-residentes-en-espana-para-la-obtencion-de-la-tarjeta-de-residencia-de-f-2/>
10. Plaza S, Albarrán S. La Comunidad de Madrid expulsa a 27.000 personas del sistema sanitario. El Salto Diario [Internet]. Madrid. 16 de diciembre de 2021 [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/exclusion-sanitaria/comunidad-madrid-expulsa-27000-personas-sistema-sanitario>
11. Granés L, Polo R, López L, del Amo J. Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; Marzo 2022 [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/DificultadesAccesoServiciosSanitarios\\_Final\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/DificultadesAccesoServiciosSanitarios_Final_2022.pdf)
12. Gimeno-Feliu, L.A., Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E. et al. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. BMC Public Health 16, 450 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5>

13. Gimeno-Feliu, L.A., Pastor-Sanz, M., Poblador-Plou, B. et al. Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *Int J Equity Health* 20, 41 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01373-3>
14. Javier Padilla. ¿A quién vamos a dejar morir? Madrid: Capitán Swing; 2019. 136-138.
15. Barnish M, Tørnes M, Nelson-Horne B. How much evidence is there that political factors are related to population health outcomes? An internationally comparative systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(10):e020886. Published 2018 Oct 18. doi:10.1136/bmjopen-2017-020886
16. Falkenbach M, Greer SL. Political parties matter: the impact of the populist radical right on health. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl\_3):15-18. doi:10.1093/eurpub/cky157
17. <https://guiarecursos.wixsite.com/website/salud>
18. <https://www.yosisanidaduniversal.net/>



# INCIDENTE CRÍTICO

## 1. SALIR FUERA...

■ López Gil A<sup>1</sup>., Luque García L<sup>2</sup>., Martín González M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Especialista en MFyC. Responsable de la Comisión Local de Calidad de la DANO. Miembro de la Comisión de Docencia de la DANO.

Tutora de Residentes de MFyC. Tutorización de estudiantes de la UFV.

Experta Universitaria en el desarrollo de la inteligencia, Capacidad Superior y Neuropsicología. Experta Universitaria en Gestión Sanitaria.

<sup>2</sup> Residentes de 3º año.  
C.S. Torrelodones

Después de trabajar con unas medidas de seguridad por la Pandemia COVID, conocidas por todos y que no se han podido realizar muchos de los eventos presenciales como habitualmente, estamos muy contentos de haber podido participar en la II SEMANA DE LA SALUD en la localidad madrileña de Torrelodones. Dicha semana tuvo una gran acogida en la primera edición previa a la Pandemia.

Una semana en la que bajo el lema “Torre se cuida” se realizan una serie de charlas, actividades organizadas como senderismo, actividades cuerpo-mente, en las que se comparte Yoga, Mindfulness, Taekwondo, Chikung...

En definitiva, una semana de conferencias y talleres para aprender a hacerse cargo los ciudadanos de su propia salud.

Dentro del apartado de charlas, nuestro Centro de Salud de Torrelodones, participó en dos de ellas.

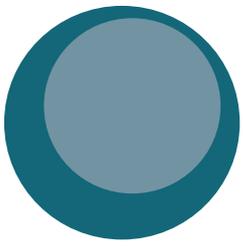
Una, en el Salón de Plenos del Ayuntamiento, titulada PUNTO CLAVE EN NUESTRA SALUD: APRENDEMOS

A MEJORAR NUESTRO HÁBITOS, enriquecedora y muy útil para los asistentes, donde salieron reforzados en la necesidad de aprender hábitos de vida saludables para tener presente una buena prevención primaria, autocuidarse y de esta manera obtener resultados en salud a corto-medio y largo plazo.

La otra charla, también realizada en el Salón de Plenos, ALTAS CAPACIDADES, donde se explicaron las bases de una detección precoz, que datos debían conocer los asistentes para estar alerta y que fundamentalmente los niños puedan ser identificados y actuar en consecuencia. De esta manera, evitaremos en un futuro posibles desordenes médicos en pacientes, derivados de una falta de diagnóstico o un diagnóstico diferente al de la Alta Capacidad.

Para los que intervinimos fue muy gratificante, dado que fue reencontrarnos con esa parte de nuestra especialidad, LA COMUNITARIA, tan enriquecedora.

Este tipo de actividades son muy recomendables y nos estimulan a seguir realizando otras que forman parte de la actividad comunitaria.



# INCIDENTE CRÍTICO

## 2. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-1

■ López Gil A<sup>1</sup>., Luque García L<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> MFyC. Responsable de Docencia y Calidad. Miembro de la Comisión Local de CALIDAD de la DANO. Miembro de la Comisión de DOCENCIA de la DANO. Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Tutorización de estudiantes de la UFV. Experta Universitaria en el desarrollo de la Inteligencia, Capacidad Superior y Neuropsicología. Experta Universitaria en Gestión Sanitaria

<sup>2</sup> Residente de Tercer Año MFYC  
C.S. Torreledones

A raíz del Día Mundial de Riesgo Cardiovascular, pensamos que sería interesante aprovechar ese día, organizando en el Centro de Salud una Jornada para detectar pacientes con riesgo cardiovascular, en la que, a través de folletos informativos, carteles, información los días previos en las consultas tanto de Enfermería como de Medicina de Familia, acudieran a los puestos que habíamos organizado pacientes para realizarles dicho cálculo del riesgo cardiovascular.

Fue una jornada gratificante porque numerosos pacientes se acercaron, intervinieron también residentes y a través de sencillas mediciones como la Tensión arterial, el peso, la talla, y una buena anamnesis, donde se incluyera el consumo de tóxicos, tipo de dieta, si realizaban ejercicio o no se podían identificar aquellos pacientes que requerían de una intervención directa por nuestra parte.

Intervenciones Comunitarias de este estilo nos hacen ver y recordarnos la importancia de la Medicina de

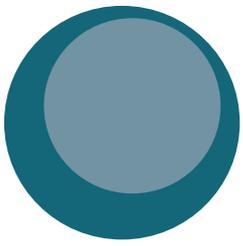
Familia sobre todo en Prevención Primaria y también en la secundaria.

Nos recuerdan también el tener presentes las intervenciones comunitarias.

Nos refuerzan nuestro importante papel como Médicos de Familia, tenemos en nuestras manos la importante labor de la prevención y el tratamiento precoz.

A nosotros nos anima a seguir organizando acontecimientos como éste y me parecía importante compartirlo para que cada uno de nosotros en sus diferentes lugares de trabajo tenemos la oportunidad de ayudar a los pacientes a mejorar su estilo de vida, a la detección precoz de enfermedades y de esta manera comenzar siempre que sea posible un tratamiento precoz.

Así podemos contribuir a que nuestros pacientes tengan mejor calidad de vida.



# INCIDENTE CRÍTICO

## 3. EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA-2

- López Gil A.  
MFyC. C.S. TORRELODONES  
Responsable de Docencia y Calidad.  
Miembro de la Comisión Local de CALIDAD de la DANO.  
Miembro de la Comisión de DOCENCIA de la DANO.  
Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Tutorización de estudiantes de la UFV.  
Experta Universitaria en el desarrollo de la Inteligencia, Capacidad Superior y Neuropsicología.  
Experta Universitaria en Gestión Sanitaria.

Una de nuestras responsabilidades que tenemos en nuestra función de Tutores de las nuevas generaciones de Médicos de Familia es instruirlos en los conocimientos de la Investigación y en saber publicar. Darles herramientas para que al finalizar la Residencia sean capaces de saber realizarlo de forma correcta, aprender a publicar en cualquier revista, saber revisar un artículo científico

La experiencia nos dice que esto no siempre es así, y que tenemos residentes que llegan a cuarto año y difícilmente han publicado.

Cuando llegan fundamentalmente de R1 les parece algo inalcanzable y dirigido a médicos con muchos años de experiencia.

Les impone, les da mucho respeto y el solo pensar acercarse a realizar publicaciones hace que sea una labor que vayan retrasando con los años.

Impulsada por el motivo de no formar residentes que acaben con el título de MFYC sin nociones de publicaciones decidí organizar lo que yo llamo jornadas de publicaciones en las que dedico una jornada laboral en aquellos días que nos corresponden a los tutores por tener residentes, a reunirme con ellos y dedicarnos de lleno a saber leer las bases y normas de

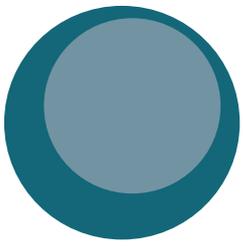
publicación, a perder el miedo a escribir un artículo científico.

Son jornadas muy fructíferas porque desde el residente más pequeño al más mayor llevan sus trabajos, organizamos y se apoyan mutuamente en el desarrollo de sus artículos, además ese trabajo mutuo hace que puedan contribuir en varias publicaciones y en una jornada laboral hacerse con varias publicaciones con su nombre.

La experiencia me dice que les gratifica, les estimula y luego cada uno de ellos en sus diferentes rotaciones tiene la sensibilidad de buscarse casos publicables, y son ellos mismos los que me hacen feedback de cuando organizamos la siguiente jornada.

Finalmente, con los años he visto como son capaces ya los residentes solos de enfocar su publicación y prueba de ello es que recientemente 2 residentes de nuestro Centro de Salud de Torreldones han publicado en la revista Lancet.

Por tanto, para mí es una experiencia muy satisfactoria y os la comparto por si os parece útil con vuestros residentes y de esta manera sembramos una semilla desde la formación inicial de los MFYC que los acompañará para siempre en su actividad laboral.



# INCIDENTE CRÍTICO

## 4. INCIDENTE CRÍTICO

■ Raquel Hernando Nieto R.<sup>1</sup>, Millán Hernández E.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de 2º año.

<sup>2</sup> Tutora de Residentes.

Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

### DESCRIPCIÓN

En una de mis últimas guardias de R1 tuve un problema con un familiar, falleciendo finalmente el paciente. Era una guardia de verano, lo que implicaba sobrecarga de la urgencia dado el cierre de plantas de hospitalización. El paciente con un cáncer terminal a sus 87 años y en cuidados paliativos domiciliarios había sido traído al hospital por flemas y claudicación familiar en el domicilio dado que se veía desbordados por la necesidad del paciente. Durante la anamnesis indirecta a uno de sus hijos, nos encontramos los primeros problemas, el hijo exigía la resolución de los problemas de su padre a su manera e indicando el hijo en todo momento qué es lo que teníamos que hacer con su padre. Por ejemplo: el paciente presentaba una fístula asa delgado-vejiga por lo que la sonda vesical permanente se obstruía constantemente, él nos decía cómo y cuándo había que desobstruirla y el tipo de sonda que quería para su padre, nos exigía anestésicos locales para la región perisonda porque había leído en internet los beneficios de esto y además que había una sonda que no se obstruía y que quería esa sonda en concreto que sabía que existía y que no se la queríamos proporcionar a su padre. El personal de enfermería desconocía la existencia de dicha sonda y no podía estar desobstruyendo la sonda cada hora dado el volumen de pacientes en la urgencia ese día, cuando las analíticas de nuevos pacientes se sacaban con una media de 2 horas de retraso.

Tras 12 horas y numerosos encontronazos del familiar con el personal sanitario: tanto enfermería, como auxiliares, como médicos, la evolución del paciente no estaba siendo la esperada por lo que planteamos cese de tratamiento activo y priorización de medidas de confort. Decisión que compartía mi adjunto, por lo que yo le había ido contando, dado que en ningún momento había visto al paciente. Dada la actitud del familiar se me mandó a mí como residente, dado que yo había estado todo el día atendiendo al paciente, sin adjunto a comentar dicha posibilidad con el familiar. Culpándome a mí directamente de la evolución tórpida de su familiar por la “falta de cuidado de su padre”.

### ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto un residente R1 puede dar la cara sin ser acompañado por otro profesional ante una situación como la planteada?

### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Mejorar las habilidades comunicativas con los familiares. En pacientes en cuidados paliativos ver en qué punto de la enfermedad se encuentran y las necesidades reales de dicho paciente en cada momento.

### ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

#### ¿QUÉ HAS APRENDIDO?

No todas las enfermedades se presentan la misma evolución una misma enfermedad puede evolucionar muy torcidamente en cuestión de horas en función del paciente.

#### ¿CUÁL HA SIDO EL MEJOR/ MEJORES PROCEDIMIENTOS PARA APRENDER?

Comentar el caso con otros compañeros para ver como hubieran actuado ellos en mi situación. Compartir distintas experiencias.

#### REGISTRO DEL APRENDIZAJE

Sobre el caso en concreto realicé una búsqueda de bibliografía sobre la presentación clínica y el manejo de las sondas junto con una amiga enfermera.

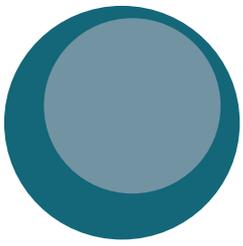
Realice una búsqueda bibliografía sobre las mejores técnicas para la comunicación de malas noticias.

#### ¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

De cara la práctica clínica intento aplicar alguna de las técnicas para la comunicación de malas noticias.

**¿QUÉ TE FALTA POR APRENDER? ¿QUÉ HARÁS PARA INCORPORARLO?**

Pues no solo debemos aprender de las guías de práctica clínica sino que también debemos aprender de nuestros compañeros e incluso de los pacientes y los familiares. Tengo que saber desenvolverse mejor las situaciones donde exista un conflicto con los familiares.



## 1. MAPEANDO OTROS “CENTROS DE SALUD” DEL BARRIO

■ De Santiago Cortés E., Jiménez Olivas N., Martínez Alfonso J.  
Centro de Salud Daroca. Madrid.

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Conocer los recursos de salud disponibles en nuestra comunidad nos acerca a la perspectiva de salud comunitaria, cada vez con más peso en nuestras consultas.

#### OBJETIVOS

Identificar aquellos recursos disponibles en nuestra área de salud del Centro de Salud Daroca y digitalizar, por primera vez, nuestro mapa de recursos de salud.

#### MÉTODOS

Mediante una ficha de intervención comunitaria, se contactó con los distintos recursos actualizando la información disponible. Posteriormente, se digitalizó el mapa de recursos y difundió al resto de profesionales del Centro de Salud.

#### RESULTADOS

Se recogieron un total de 89 recursos en la comunidad, siendo la mayoría de estas oficinas de farmacia (38,2%), centros socioculturales (23,6%) y parroquias (11,2%).

#### DISCUSIÓN

La identificación y digitalización de los recursos presentes en la comunidad facilita su uso, accesibilidad y divulgación.

#### PALABRAS CLAVE

Recursos en salud, redes comunitarias, mapeo geográfico.

### ABSTRACT

#### INTRODUCTION

Knowing which health assets are available in our communities approaches a communitarian health

perspective, becoming a more important part in our everyday consultations.

#### OBJECTIVES

The end-point is to identify which resources are available in Daroca Health Center's health area as well as having digitalized for the first time our health assets map.

#### METHODS

Using a communitarian intervention card, resources were reached and updated previous information. Afterwards, the health assets map was digitized and spread to all professionals at our Health Center.

#### RESULTS

89 health assets were identified in the community, most of them being pharmacies (38,2%), sociocultural centers (23,6%) and parishes (11,2%).

#### DISCUSSION

Identification and digitalization of available communitarian resources provides an easier path for use, accessibility and divulgation.

#### KEY WORDS

Health resources, community network, geographic mapping.

### INTRODUCCIÓN

Desde que se introdujo el concepto de salutogénesis (Aaron Antonovsky, 1979)<sup>1</sup> y el modelo de recursos de salud (Morgan y Ziglo, 2007)<sup>2</sup>, se ha ido definiendo mejor el concepto de salud comunitaria. La salutogénesis se centra en aquellos factores que hacen que las personas se mantengan sanas y saludables<sup>1</sup>, en lugar de los factores generadores de enfermedad.

La satisfacción de las necesidades sanitarias de las poblaciones desfavorecidas y la lucha contra las des-

igualdades en materia de salud requieren un enfoque más amplio para crear y desarrollar comunidades sanas y sostenibles. Una de las principales recomendaciones es la colaboración de los recursos comunitarios en la mejora de la salud y bienestar (Marmott, 2010)<sup>3</sup>, ya que existe evidencia de que las redes sociales desempeñan un papel importante en la gestión de la salud<sup>4</sup>.

Se define como recurso de salud “cualquier elemento relacionado con las personas, los lugares, diferentes instituciones u organizaciones, que puede ser utilizado para promover la salud o responder a sus necesidades y mejorar la calidad de vida y el bienestar de la comunidad o las personas que la integran”<sup>5</sup>. La principal diferencia entre recurso y activo en salud radica en que el primero puede no ser percibido por la población como generador de salud mientras que el segundo sí es identificado como tal<sup>5</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto fue identificar los recursos del barrio adscrito al centro de salud Daroca, en el distrito de Ciudad Lineal, Madrid y, posteriormente, representarlo en un mapa de activos de salud. Además, y por primera vez en esta área, digitalizar dicho mapa de los distritos de Ventas, Pueblo Nuevo y Quintana.

Otros objetivos fueron establecer alianzas y redes comunitarias con los recursos del barrio para mantener una comunicación bidireccional, así como divulgar la información obtenida al resto de profesionales del Centro de Salud para potenciar su uso y “prescripción”.

## MÉTODOS

Descripción de la población a estudio: el barrio de Ciudad Lineal presenta una población de 216.818 habitantes con una densidad de población de 192,43 habitantes/hectárea (*media Madrid 55,17 habitantes/hectárea*). Según datos del Ayuntamiento de Madrid<sup>6</sup>, presenta un 14,41% de población con “educación insuficiente”. En cuanto a las características socioeconómicas, este barrio presenta una renta neta media anual de los hogares de 37.621,0€ y un índice de privación de 0,37 (media ciudad de Madrid de 0,35).

El proceso de mapeo y actualización fue realizado basándose en la metodología empleada para la realización de mapas de activos en otros estudios como los de Cubillo. J<sup>7</sup> et al. entre otros<sup>8,9</sup>.

## FASE DE ACTUALIZACIÓN

Partiendo del mapa de activos realizado el año anterior, se contactó, vía telefónica o presencialmente, con los recursos del área del Centro de Salud de Daroca, ubicado en el barrio de Ciudad Lineal y centrándose en los distritos más cercanos: Ventas, Pueblo Nuevo y Quintana. Además, se incorporaron nuevos recursos, a través de la trabajadora social, la búsqueda en internet y de los propios recursos. Como técnica y para sistematizar la recogida de datos, se realizó una ficha de intervención comunitaria con la información que debía ser recogida en cada recurso (Figura 1).

1. Entidad.
2. Dirección.
3. Contacto (teléfono, correo electrónico y/o página web).
4. Horario.
5. Actividades disponibles y formas de acceso.
6. Coste de actividades/inscripción y facilidades para población con recursos económicos limitados.

Figura 1. Ficha de intervención comunitaria.

## FASE DE DIGITALIZACIÓN

Posteriormente, la información recogida fue introducida mediante la herramienta *MyMaps* de Google Maps en un mapa virtual, quedando así digitalizado. En ella los recursos fueron clasificados en las siguientes categorías: recursos socioculturales, centros educativos, polideportivos, centros ocupacionales, centros sanitarios, farmacias y parroquias. De esta manera, fácilmente se puede identificar el recurso, dónde está ubicado y clicando, obtener la información recogida de cada recurso.

## FASE DE DIFUSIÓN

Por último, una vez realizado el mapa digital, se facilitó su difusión mediante código QR y enlace de acceso. Se envió a los diferentes chats de grupo del centro de salud, cuenta de twitter del CS, oficinas de farmacia y asociación de vecinos. Finalmente, se presentó en una sesión para explicar el acceso y modo de uso para los profesionales del Centro de Salud.

## RESULTADOS

Los recursos mapeados se encuentran localizados en el distrito de Ciudad Lineal, más concretamente en los barrios de Ventas, Pueblo Nuevo y Quintana (enlace de acceso a mapa en bibliografía)<sup>10</sup>.

Durante el mes de noviembre de 2022 se registraron y mapearon un total de 89 recursos. Estos se clasi-

ficaron de la siguiente manera: 8 centros educativos (9%), 17 centros socioculturales (23,6%), 4 polideportivos (4,5%), 4 centros ocupacionales (4,5%), 8 centros sanitarios (9%), 10 parroquias (11,2%) y 34 farmacias de oficina (38,2%).

En cuanto a los centros socioculturales, se encontraron tres asociaciones vecinales (17,6%). Estas constituían proyectos de características similares: funcionan como lugar de encuentro de la comunidad, desarrollando actividades tanto lúdicas como formativas, con subvenciones o ayudas a la población sin recursos o más vulnerable, y ejercen de despensa solidaria, principalmente. También se encontraron 6 recursos centrados en personas con patologías concretas (35,3%), dedicados a pacientes con adicciones<sup>2</sup>, con discapacidad auditiva<sup>2</sup>, esclerosis múltiple<sup>1</sup> y autismo<sup>1</sup>. Además, se encontraron 5 asociaciones dedicadas a

comunidades específicas, como fueron la comunidad migrante<sup>2</sup>, las mujeres<sup>2</sup> y los menores<sup>1</sup>.

Se encontraron 4 centros ocupacionales, de los cuales 2 se dedican al cuidado de mayores, 1 a personas con enfermedad mental grave y duradera y otro a personas con algún tipo de discapacidad física y/o mental.

En relación a los centros sanitarios, se encontraron tres centros de salud (CS) (nuestro CS, el CS municipal y el CS mental), tres hospitales, un centro de especialidades y un centro de atención a las adicciones.

## DISCUSIÓN

La identificación de los activos en salud disponibles en la comunidad permite conocer otros “centros de la sa-



Figura 2. Mapa de recursos de salud del Centro de Salud Daroca.

lud" en palabras de Cofiño. R<sup>11,12</sup> y generar conciencia de las fortalezas y déficits en ese ámbito. A su vez, la participación de los profesionales del centro de salud en este mapeo supone un punto de partida para establecer un vínculo comunicativo bidireccional que facilite proyectos en común y, a su vez, permite conocer mejor la labor desempeñada a ambos lados. Además, favorece la prescripción social en nuestras consultas y un mejor conocimiento del barrio en general.

El formato digital en el mapa de activos favorece la accesibilidad desde cualquier punto (con solo pulsar un enlace o escanear un código QR), la obtención de las indicaciones para llegar al lugar, la divulgación y la actualización con el paso del tiempo. Todo ello, facilita el impacto de estos recursos en la salud de la población.

El mapa de activos es el primer paso en el proceso dirigido para conectar y movilizar activos<sup>13,14,15</sup>. El siguiente paso sería priorizar o relativizar los activos identificados mediante la participación de la población involucrada, para así conocer cuál es la imagen de

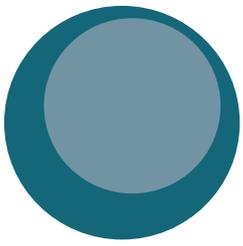
salud percibida y vivida sobre la comunidad con el fin de poder iniciar acciones estratégicas.

## PUNTOS CLAVE

1. Conocer qué recursos dispone la comunidad en la que trabajamos permite conocer otras fuentes de salud con las que podemos trabajar.
2. Fomentar estas investigaciones facilita la creación de nuevos canales de comunicación bidireccional para futuros proyectos.
3. La digitalización de nuevas herramientas disponibles facilita el acceso a los recursos y su inclusión en nuestra práctica clínica habitual.
4. El mapa de activos en salud en la comunidad es un primer paso hacia la participación de la población involucrada para poder conocer cuál es la imagen de salud percibida en la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Antonovsky, A. *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, 3rd ed.; Jossey-Bass Publishers: San Francisco, CA, USA, 1979.
2. Morgan, A.; Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promot. Educ.* 2007, *14*, 17–22.
3. Marmot, M., 2010. Fair Society, Healthy Lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010.
4. World Health Organization. Toolkit on social participation. Copenhagen: World Health Organization; 2016.
5. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021.
6. Datos obtenidos en "Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid. Estudio sociodemográfico". Disponible en: <https://datos.madrid.es/portal/site/egob/menuitem.c05c1f754a33a9f9be4b2e4b284f1a5a0/?vgnextoid=71359583a773a510VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=374512b9ace9f310VgnVCM100000171f5a0aRCRD&vgnnextfmt=default>.
7. Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2019;26(7):18–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.002>.
8. Ferrer Aracil J, Álamo Candelaria JM. El mapa de activos para la salud como herramienta de organización y desarrollo comunitario. Comunidad. 2018;20(figura 1):4–7.
9. Hernán M et al. Salud comunitaria basada en activos. [Internet]. Junta de Andalucía Consejería de salud. 2015. 1–45 p.
10. Mapa de recursos del Centro de Salud Daroca. Disponible en: <https://t.co/z8w5rUAwNF>
11. Cofiño R, Pasarín MI, Segura S. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS. Gac Sanit. [Internet.] 2012;26(S):88-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003669>
12. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. [Internet.] 2016; 30(S1): 93-8. Disponible en: [www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X](http://www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X)
13. Greetham, J.; Charkin, D.; Laird, H.; Butterell, D. Growing Communities from the Inside out. Piloting an Asset Based Approach to JSNAs within the Wakefield District: Methods and Findings. NHS Wakefield District. 2012. Available online: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/05/growing-communities-from-the-inside-out-jsnas-in-the-wakefield-district.pdf>
14. Ares, P.; Risler, J. *Manual de Mapeo Colectivo: Recursos Cartográficos Críticos para Procesos Territoriales de Creación Colaborativa*; Tinta Limón: Buenos Aires, Argentina, 2013; Available online: <https://www.miteco.gob.es/es/ceneam/recursos/pag-web/manual-mapeo-colectivo.aspx>
15. Foot, J.; Hopkins, T. *A Glass Half-Full: How an Asset Approach Can Improve Community Health and Well-Being*; Improvement and Development Agency: London, UK, 2010; Available online: <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>.



## 2. “LA GRAN TRAVESÍA POR EL DESIERTO, LAS ROTACIONES POR EL HOSPITAL” ENCUESTA PARA CONOCER LOS ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS QUE LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA ENCUENTRAN DURANTE SU PERÍODO FORMATIVO

■ Vázquez López L.<sup>1</sup>, Prieto Checa I.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> R4 Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>2</sup> Médica de familia y tutora.  
CS Alpes. Madrid

### RESUMEN

#### OBJETIVOS

- Describir aspectos positivos y negativos que los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria encuentran durante su período formativo, así como sugerencias de mejora.
- Conocer la opinión que tienen sobre la especialidad de Urgencias.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta anónima a través de cuestionario de Google de elaboración propia difundida por redes sociales.

#### RESULTADOS

En cuanto a los aspectos que consideran que podrían mejorar su formación, casi un 50% aumentaría el tiempo de rotación en Atención Primaria, seguido de los que quieren rotar más en especializada, teniendo opinión similar entre la realización de más o menos guardias en urgencias hospitalarias. Los aspectos negativos que más destacan durante la residencia son la sobrecarga laboral en las guardias de Urgencias, así como la falta de apoyo en la formación por parte de las Unidades Docentes como la poca orientación de las rotaciones en especializada en Atención Primaria. El 69.6% opinaron que sí debería existir una especialidad de Urgencias, el 20% que no y el restante 10.4% no tenían una opinión clara al respecto.

#### CONCLUSIONES

Pese a que la salida de Urgencias es una opción cada vez más solicitada por los residentes que acaban, parece que durante el período formativo es uno de

los aspectos negativos más destacados. Es necesario tener en cuenta la opinión que tienen los actuales residentes de Medicina Familiar y Comunitaria para hacer propuestas de mejora en la formación de la especialidad. En esta encuesta se han descrito algunas sugerencias que podrían servir como guía. Sería interesante complementar esta información con el punto de vista de los tutores.

### INTRODUCCIÓN

Son bien conocidas las características propias que tiene la Atención Primaria (AP): accesibilidad, continuidad o longitudinalidad, atención integral o polivalencia y papel de coordinación, manteniendo una perspectiva de equidad en salud<sup>1</sup>. Esto, que parece baladí, tiene resultados muy positivos en la salud: que te siga el mismo médico durante 2-3 años disminuye el uso de urgencias en un 13%, las hospitalizaciones en un 12% y la mortalidad en un 8%, y, además, si la longitudinalidad se mantiene más allá de 15 años, estos porcentajes aumentan a 30%, 28% y 25%, respectivamente<sup>2</sup>.

Los pilares que la caracterizan están peligrando más aún, si cabe, después de la pandemia COVID19. Según datos de la última encuesta del Sistema Nacional de Salud, en 2019 el 42% de las personas que pidieron cita con su médico de familia lo obtuvieron para ese mismo día o el siguiente, mientras que en 2021 sólo un 21% lo consiguió<sup>3</sup>. Dicho de otro modo, actualmente somos menos accesibles, perdiendo secundariamente el resto de las características que la integran.

En Madrid, de los 223 residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) que terminaron la especialidad en junio 2021, sólo 17 de las 201 plazas ofertadas se escogieron para ejercer en Atención Primaria<sup>4</sup>.

Otros estudios descriptivos han analizado la preferencia de destino laboral de los residentes de MFyC en otras áreas de España. En Alicante<sup>5</sup>, sólo el 59% respondió estar trabajando en una consulta de AP, mientras que el 65.4% lo hacía en servicios de Urgencias (hospitalarias, PAC o 061) —aclarar que podían estar trabajando en ambos sitios a la vez—, y que sólo respondieron alrededor de un 30% de los participantes invitados a responder. Otro estudio descriptivo realizado en Santiago de Compostela<sup>6</sup>, donde se analizaron la evolución de las promociones de residentes de familia desde 1980 hasta 2004 —consiguiendo un 100% de participación—, observando una clara inclinación hacia la salida de urgencias con el paso del tiempo: mientras que en la primera promoción casi el 90% se inclinaba por AP, en la última promoción sólo lo hacía menos de un 5%.

A nivel nacional, el número de médicos con labor asistencial en los Servicios de Urgencias y Emergencias (112/061) ha crecido más porcentualmente en comparación con AP en los últimos años, siendo este crecimiento de un 9.7% frente al 3.9% en AP<sup>3</sup>. También ha crecido el número de médicos que trabajan en las urgencias hospitalarias, como podemos apreciar en el siguiente gráfico:

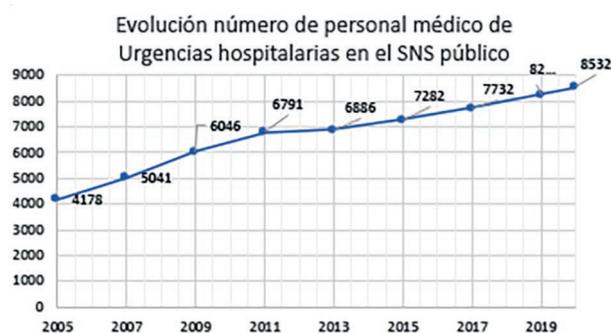


Tabla de elaboración propia. Hasta el año 2009 los datos han sido extraídos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), filtrando los datos por personal que trabaja en Urgencias en el SNS (están excluidos los datos de privado, aunque su tendencia también es al alza). A partir del año 2010 y en adelante están extraídos de Estadística de Centros de Atención Especializada (SIAE), filtrando los datos por el mismo valor (personal médico en Urgencias adherido al SNS público).

Un sistema basado en la Atención Primaria es, según la OMS<sup>7</sup>, aquel con el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Hay factores externos que pueden estar contribuyendo a la destrucción de este bien común, como el bajo presupuesto que se destina

a nivel institucional<sup>1</sup>. Sin embargo, es posible que haya factores internos —como la preferencia de trabajo en la urgencia frente a primaria— que también pudiera estar favoreciendo esta nueva crisis de la especialidad.

Con el fin de encontrar propuestas de mejora en la formación de médicos de familia, surgió la elaboración de este cuestionario que vamos a describir. La encuesta tiene como objetivo encontrar aquellos aspectos positivos y negativos que los residentes puedan encontrar durante su período formativo, como sugerencias de mejora. En especial conocer la opinión que tienen los residentes de familia sobre la especialidad de urgencias, así como las razones que lo justifican.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta anónima a través de cuestionario Google de elaboración propia difundido a través de redes sociales, principalmente *Whatsapp*, en el mes de noviembre de 2022. La población diana fueron residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. El cuestionario constaba de las siguientes preguntas:

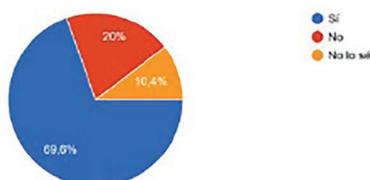
1. ¿Crees que debería existir la residencia de primaria separada de la de urgencias? (respuesta única: sí/no/no lo sé)
2. Razones que justifican tu respuesta anterior (texto libre)
3. ¿Qué crees que podría mejorar tu período de formación? (posibilidad de marcar una o varias respuestas, así como “otro” con texto libre)
  - Más tiempo de rotación en Atención Primaria
  - Menos tiempo de rotación en Atención Primaria
  - Más tiempo de rotación en especializada
  - Menos tiempo de rotación en especializada
  - Más tiempo de guardias en el hospital
  - Menos tiempo de guardias en el hospital
  - Otra (texto libre)
4. ¿Qué es lo que menos te ha gustado por ahora o dónde más problemas has tenido durante tu formación? (texto libre)

Las respuestas de texto libre fueron leídas y reagrupadas en la misma temática de respuesta.

## RESULTADOS

Contestaron un total de 125 personas, el 69.6% (87) opinaron que sí debería existir una especialidad de Urgencias, el 20 % (25) opinaron que no y el restante 10.4% (13) no tenían una opinión clara al respecto.

1- ¿Crees que debería existir la residencia de urgencias separada de la de primaria?  
125 respuestas



La razón más repetida en la encuesta para argumentar lo previo es que Atención Primaria y Urgencias tienen competencias clínicas distintas, siendo el abordaje y la patología atendida entre ambas muy diferente. La otra razón de peso que los encuestados tienen en cuenta es el trato recibido en las urgencias hospitalarias, destacando la no supervisión y falta de priorización en la formación del residente. De los que opinaron en contra de la especialidad de Urgencias, el principal argumento es que disminuiría el número de salidas laborales frente a las actuales, coincidiendo con los que opinaron “no sé”. Destaca que bajo esta opinión subyace el hecho de las malas condiciones laborales de Atención Primaria. El resto de las respuestas se resumen en la tabla 1 y tabla 2.

RAZONES A FAVOR DE ESPECIALIDAD DE URGENCIAS	
Diferencias entre las competencias y las patologías entre ambas especialidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las características del trabajo y el enfoque en consulta en Atención Primaria son completamente distintas a las de Urgencias (longitudinalidad, patología crónica vs resolución de algo puntual, en ocasiones tiempo-dependiente...)</li> </ul>
En relación con el servicio de Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quejas sobre el mal trato recibido por los superiores durante las guardias de Urgencias o la propia rotación de Urgencias.</li> <li>Lugar donde no se prioriza la formación ni supervisión del residente.</li> <li>Sobrecarga laboral</li> </ul>
Creencia de carencia formativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>No formación lo suficiente en técnicas o procedimientos urgentes.</li> <li>Amplio campo de conocimientos que no permite abarcarlo todo.</li> </ul>
Opinión de residentes “urgenciólogos”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca facilidad por parte de las unidades docentes en formarse en urgencias, priorización de la formación en MFyC por parte de éstas.</li> </ul>
Opinión de residentes de Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>No poder dedicar tanto tiempo a cosas que nos competen en Atención Primaria (como Comunitaria), por tener que centrarnos en una especialidad tan amplia.</li> <li>La perspectiva hospitalaria hace que a veces te acabes “olvidando” formarte en cosas de medicina familiar y comunitaria.</li> </ul>
Otros argumentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equiparación de lo que ya existe a nivel europeo (especialidad de Urgencias).</li> <li>Evitar “fuga” de profesionales de Atención Primaria a otros niveles asistenciales.</li> </ul>

Tabla 1.

RAZONES EN CONTRA DE ESPECIALIDAD DE URGENCIAS	
Salidas laborales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posibilidad de tener más salidas laborales (AP, PAC, SUMMA, Urgencias hospitalarias).</li> <li>Posibilidad de salida en la Urgencia por las malas condiciones laborales en Primaria.</li> </ul>
Otras	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un médico de Atención Primaria tiene que saber de Urgencias.</li> <li>Posibilidad de hacerse como subespecialidad, tras los cuatro años de Primaria.</li> </ul>
Respecto a las personas que contestaron “no sé”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los argumentos son parecidos a los que opinan que no: más salida laboral.</li> <li>Creencia de que haría la especialidad de MFyC menos atractiva si no se ofrecen ambas especialidades.</li> </ul>

Tabla 2.

Los resultados de la pregunta 3: “¿Qué crees que podría mejorar tu período de formación?”, se exponen en la siguiente gráfica, según porcentajes y teniendo en cuenta que podían marcarse varias respuestas a la vez:



Casi un 50% es partidario de aumentar el tiempo de rotación en AP, seguido de los que quieren rotar más en especializada. Hay una opinión similar respecto a la realización de guardias en el hospital, un 26% opina estar a favor de hacer más, y el mismo porcentaje está a favor de reducirlas. En cuanto a las sugerencias en texto libre de mejora, destaca que algunos serían partidarios de ampliar los años de formación, así como facilitar la formación centrada en AP o Urgencias según las preferencias de salida laboral de cada uno.

Los aspectos más negativos descritos durante su formación es la presión y sobrecarga laboral en las guardias de urgencias, a las cuales atribuyen parte de la desmotivación durante el período formativo, así como el poco interés por parte de las Unidades Docentes en la formación y la poca orientación de las rotaciones en especializada a AP. El resto están en la tabla 3.

Aspectos negativos
Sobrecarga laboral y presión en las guardias, con consiguiente desmotivación
Falta de apoyo formativo por parte de las Unidades Docentes, bien por no incentivar formación, como por no escuchar las demandas de los residentes
Rotaciones en especializada no orientadas a Atención Primaria (perspectiva hospitalaria)
Desmotivación en relación a la sobrecarga laboral constante en muchas rotaciones (guardias y a veces en el centro de salud también)
Relación con los tutores (falta de proactividad por parte de los mismos)
Carencia de trabajar en equipo en AP
Pérdida de vínculo hasta R4 con AP

**Tabla 3.**

## LIMITACIONES

No se recogieron variables sociodemográficas que pudieran haber servido para describir mejor la situación (género, unidad docente, año de residencia...). La encuesta fue contestada principalmente por residentes de la Comunidad de Madrid, esto es así porque los principales grupos de difusión fueron a través de médicas de Madrid.

No existen estudios descriptivos previos de estas características, y dada la crisis de Atención Primaria actual, sobre todo en Madrid, parece necesario conocer qué está pasando y cuál es la opinión sobre su formación al futuro laboral.

## CONCLUSIONES

Destaca la opinión negativa que tienen los residentes sobre las urgencias hospitalarias y las guardias en el hospital, y a su vez, según los datos recogidos a nivel nacional, es el lugar de preferencia laboral cuando se acaba la residencia. Estos datos tampoco van en concordancia con los datos de la encuesta de SNS: ¿cómo es posible que cada vez haya más personal trabajando en la Urgencia, pero, a su vez, el residente sienta que no es supervisado y que tenga mucha sobrecarga laboral?

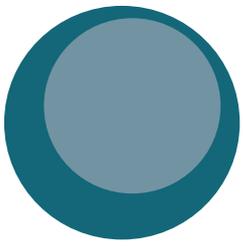
“La gran travesía por el desierto, las rotaciones por el hospital”, fue una de las frases utilizada por alguien para definir los aspectos negativos durante la residencia. Así nos sentimos a veces durante la formación, sin vínculo hasta el último año de residencia con el centro de salud, falta de equipo cuando llegamos a Primaria, con rotaciones durante el resto de años donde se tiene casi nula perspectiva de primaria, y donde muchas veces sólo vemos que lo que importa es sacar el trabajo adelante, incluida la consulta del tutor en el centro de salud. También se podría atribuir a este “desierto” la falta de responsabilidad y escucha por parte de las unidades docentes a nuestras necesidades formativas, aspecto negativo destacado también por los encuestados.

Antes de poder hacer propuestas para mejorar la formación de los residentes de Medicina de Familia, parece indispensable conocer que opinan los que actualmente se están formando y su punto de vista. Aquí se han descrito algunas sugerencias que podrían servir como guía para nuevas líneas de progreso y mejora de la especialidad.

Sería adecuado completar esta información partiendo de los problemas o temas más conflictivos para trabajar posibles puntos de mejora en cada uno de ellos, a la vez que documentar el punto de vista de los tutores actuales de la especialidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Amat M, Padilla Bernáldez J, Gavilán Moral E. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?. *AMF* 2021;17(2):76-84
2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-e90.
3. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 [Internet]. [citado 8 de enero 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
4. Comunicado 31 de mayo 2021 SoMaMFyC. [Internet]. [citado 8 de enero 2023]. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2021/05/Comunicado-31-mayo.pdf>
5. Torres P, Pérez CI, Oyarzabal M, Ramos JM. Situación laboral de los médicos de familia formados en la Unidad Docente de Alicante [Employment situation of general practitioners trained in a teaching unit of Alicante (Spain)]. *Aten Primaria.* 2018;50(2):131-133. doi:10.1016/j.aprim.2017.10.007
6. Segade Buceta XM, Ferreiro Guri JA. Situación laboral de los médicos de familia formados en una unidad docente [Employment situation of general practitioners trained in a teaching unit.]. *Aten Primaria.* 2010;42(8):415-419. doi:10.1016/j.aprim.2009.09.023
7. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. [Internet]- [citado 10 enero 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>



# CASOS CLÍNICOS

## 1. ¿TIENEN LOS CARCINOMAS BASOCELULARES EDAD?

■ Louise Makki H.<sup>a</sup>, Cerrada Cerrada E.<sup>b</sup>, Pérez Calero L.<sup>b</sup>, Pérez Mañas G.<sup>a</sup>, Leal Aragón M.<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residentes de MFyC.

<sup>b</sup> Médicos adjuntos de MFyC

Centro de salud Francia. Fuenlabrada. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel más frecuente, rondando el 80% del total<sup>1</sup>. Suele aparecer en la cara, en personas mayores de 60 años y está relacionado con la exposición a la luz solar. Se trata de un tumor de crecimiento lento, que, aunque puede tener un comportamiento agresivo de manera local, no suele metastatizar a distancia.

### EXPOSICIÓN

Acude a consulta una paciente de 25 años por una lesión en la zona frontal derecha, que limita con el cuero cabelludo, desde hace más de un año. Hace aproximadamente un mes comenzó a formar una costra que se desprendió, y la lesión volvió a crecer posteriormente.

Macroscópicamente se ve una lesión untuosa, rasposa al tacto, negruzca e irregular. Con el dermatoscopio, se visualizan estructuras vasculares y glóbulos azul-grises. Se deriva de forma preferente a dermatología, donde se le realiza extirpación de la lesión confirmando nuestro diagnóstico de carcinoma basocelular (CBC).

### REVISIÓN

El CBC es más frecuente en hombres a partir de la sexta década<sup>1</sup>, aunque los estudios demuestran que “solamente” entre el 1 y el 7 % del total corresponden con pacientes menores de 40 años<sup>1, 2</sup>. No se ha demostrado que existan características biológicas especiales en caso de presentarse en personas jóvenes, aunque hay discusión sobre que pueda ser más agresivo que en pacientes mayores<sup>2</sup>.

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta patología son la piel blanca, que corresponde a los fototipos I y II, y la exposición a la luz ultravioleta de manera acumulada. Otros factores

son antecedentes familiares de cáncer de piel, uso de camas bronceadoras, exposición a radiaciones ionizantes y síndromes genéticos predisponentes. Las lesiones tumorales se distribuyen en su mayoría en áreas fotoexpuestas, con predominio en cabeza y cuello, donde se presentan el 85%<sup>3</sup>.

El diagnóstico se realiza con la anamnesis, exploración física (con exploración con dermatoscopio), aunque la certeza nos la dará la histopatología, tras realizar biopsia de la lesión.

La dermatoscopia posee una sensibilidad del 93% y una especificidad del 89% para el diagnóstico de CBC. Los criterios dermatoscópicos son los siguientes<sup>4, 5</sup>:

- La ausencia de criterios sugestivos de lesión melanocítica.
- Presencia de al menos un criterio positivo de CBC:
  - a) Patrón vascular: Se pueden observar dos tipos de vasos. Los vasos gruesos con numerosas ramificaciones (arboriformes) van a ser las más frecuentes. Por otro lado, puede haber vasos finos y cortos.
  - b) Nidos ovoides grandes de color azul-grisáceo: son estructuras redondeadas u ovoides de color homogéneo y bordes nítidos, algunos confluyen. Representan la presencia de melanina y de melanocitos hiperplásicos.
  - c) Glóbulos múltiples azul-gris: semejantes a las anteriores, pero de menor tamaño.
  - d) Áreas en hoja de arce o digitiforme: son extensiones bulbosas conectadas a una base común en la periferia del tumor. Simulan la forma de una hoja, y no deben partir nunca desde un retículo pigmentado.
  - e) Áreas radiadas o en rueda de carro (carreta): son proyecciones radiales de color marrón, azul o gris que parten de un centro hiperpigmentado.

- f) Ulceración: áreas sin estructura rojo-anaranjadas, que suele estar cubierta por una costra serohemática.

El tratamiento va a depender de la localización, las características de la lesión y del paciente, pero de

elección va a ser la resección quirúrgica<sup>4</sup>. Será necesario un seguimiento posterior para evaluar una posible recidiva. Tiene muy buen pronóstico puesto que tiene un crecimiento lento, y aunque localmente puede ser agresivo, en pocas ocasiones metastatiza a la distancia.



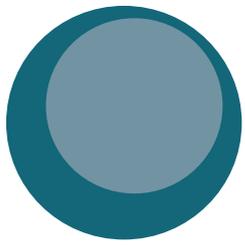
Figura 1. Visión macroscópica de la lesión.



Figura 2. Visión con dermatoscopio de la lesión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Uribe C, Meza E, Ávila M. Epidemiología del carcinoma basocelular. Análisis de 1423 casos observados en la población del área metropolitana de Bucaramanga. Basado en el registro poblacional de cáncer. *rev. asoc. colomb. dermatol. cir. dermatol.* [Internet]. 4 de febrero de 2019 [citado 1 de noviembre de 2022];15(4):275-9. Disponible en: <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/81>
2. Ramírez AF, Acosta AE, Rueda X, Pérez GA. Carcinoma basocelular en pacientes jóvenes. Serie de 39 casos. *rev. asoc. colomb. dermatol. cir. dermatol.* [Internet]. 1 de marzo de 2006 [citado 29 de octubre de 2022];14(1):39-43. Disponible en: <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/451>
3. Gaviria Uribe A, Ruiz Gómez F, Muñoz Muñoz NJ. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. Guía completa para uso de profesionales de salud [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.gpc.minsalud.gov.co/guias/documents/Cancer%2520Basocelular/GUIA%2520CARCINOMA%-2520BASOCELULAR-%2520PROFESIONALES.pdf>
4. Darias DC, Garrido CJ. Carcinoma basocelular. Un reto actual para el dermatólogo. *Rev Méd Electrón.* 2018;40(1):172-182.
5. Álvarez-Salafranca, M., Ara, M. & Zaballos, P. (2021). Dermatoscopia del carcinoma basocelular: revisión actualizada. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(4), 330-338. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.011>



# CASOS CLÍNICOS

## 2. ERUPCIÓN LIQUENOIDE SECUNDARIA A CELECOXIB

■ Sánchez Galindo B.  
Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Centro de Salud Zona VIII, Albacete, España.

### INTRODUCCIÓN

Las erupciones liquenoides son similares al liquen plano cutáneo idiopático, y se caracterizan por la aparición de erupciones que surgen como resultado de la exposición compuestos exógenos, fármacos o componentes industriales<sup>1</sup>.

Los antiinflamatorios no esteroideos pueden provocar diversas manifestaciones cutáneas, como la urticaria o la púrpura<sup>2</sup>. Sin embargo, no se han descrito previamente erupciones liquenoides secundarias a AINEs.

El diagnóstico de estas lesiones se basa en la relación temporal entre el inicio del tratamiento y la aparición de estas lesiones. El tratamiento consiste en la retirada del fármaco y la administración de corticoides tópicos<sup>3</sup>.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de una mujer de 32 años que acudió a la consulta de su médico de familia por lesiones cutáneas a nivel del tórax y de miembros inferiores, con aspecto hiperpigmentado de varias semanas de evolución. La paciente presentaba como antecedentes de interés lumbalgia aguda por la que recibió tratamiento con celecoxib durante 2 semanas, aunque no se trata del medicamento de primera elec-



**Figura 1.** Lesión máculo-papulosa violácea a nivel inframamario derecho indurada al tacto y no pruriginosa.

ción en lumbalgia aguda. La paciente no era fumadora ni había recibido otros fármacos.

En la exploración física se observaron lesiones maculo-papulosas violáceas, induradas al tacto y de bordes imprecisos, sin aumento de la temperatura local ni prurito asociado a nivel de tórax (Figura 1) no asociadas a prurito.

Como pruebas complementarias la analítica de sangre y de orina que incluían enzimas musculares, anticuerpos antinucleares, serologías para hepatitis A, B y C y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) siendo negativos.

Posteriormente se derivó al Servicio de Dermatología donde se le realizaron varias biopsias cutáneas de diversas localizaciones, observándose en todas las biopsias dermatitis de interfase liquenoide con eosinófilos, siendo esto compatible con una erupción liquenoide.

En función de los hallazgos clínicos, histológicos y de laboratorio, la paciente fue diagnosticada de erupción liquenoide inducida por fármacos.

Se inició tratamiento con corticoides tópicos con cierta mejoría. Una vez que se excluyeron otras etiologías, y dado que estas lesiones cutáneas presentaban relación temporal con el inicio del tratamiento con celecoxib, se retiró, con posterior desaparición de las lesiones a las 2-3 semanas. Durante el año posterior no se han observado reaparición de las lesiones cutáneas.

### REVISIÓN

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria frecuente que puede afectar a la piel, las mucosas, las uñas y el pelo. Además del liquen plano clásico o idiopático se han descrito erupciones liquenoides que se caracterizan por la aparición de erupciones que surgen como resultado de la exposición compuestos exógenos, fármacos o componentes industriales<sup>1</sup>.

Aunque los efectos secundarios cutáneos son infrecuentes con los AINEs, se han descrito diversas manifestaciones cutáneas en relación con los AINEs como

urticaria, rash eritematoso, angioedema, erupciones morbiliformes, púrpura, fotosensibilidad, eritema multiforme o necrólisis epidérmica tóxica<sup>2</sup>.

Las erupciones liquenoides son similares al liquen plano cutáneo idiopático, observándose lesiones papulosas, poligonales, purpúricas, brillantes que suelen dejar una hiperpigmentación postinflamatoria cuando se resuelven. No son frecuentes las lesiones en las mucosas ni en los anejos. Tampoco se observan las estrías de Wickham, como en el liquen plano idiopático. Los fármacos que más frecuentemente producen estas reacciones son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los diuréticos tiazídicos, los antipalúdicos y las sales de oro<sup>3</sup>.

El tratamiento de estas lesiones consiste en la retirada del fármaco y la administración de corticoides tópicos. En los casos en los que el brote sea extenso se pueden emplear los corticoides orales<sup>3</sup>.

En nuestro caso inicialmente se observó la aparición de lesiones maculo-papulosas violáceas a nivel del tórax y de manera simétrica en ambos miembros inferiores, lo que suele corresponder a las erupciones

liquenoides, confirmándose este diagnóstico mediante los hallazgos histológicos.

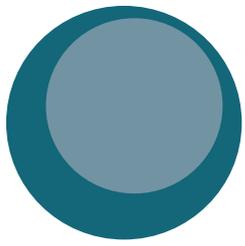
En la mayoría de las reacciones a fármacos el periodo de latencia entre el inicio del tratamiento y la aparición de las lesiones varía de días a semanas, pudiendo ser este periodo de meses o años. En nuestro caso el celecoxib era único fármaco que tomaba la paciente. Debido a que los hallazgos clínicos e histológicos eran consistentes con la erupción liquenoide por fármacos y que las lesiones liquenoides se resolvieron tras retirar el celecoxib, consideramos que el diagnóstico más probable es el de una erupción liquenoide inducida por este fármaco.

Como conclusión, debemos tener en cuenta que para diferenciar la erupción liquenoide inducida por fármacos de otras dermatosis como el liquen plano idiopático debemos de tener en cuenta el contexto clínico del paciente, así como el examen físico y los hallazgos histológicos.

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández R, Almagro M, del Pozo J, Robles O, Martínez C, Mazaira M, et al. Erupción liquenoide inducida por olanzapina. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99: 221-4.
2. Ramos D, Ramos F. Coxib: una alternativa terapéutica factible en pacientes con intolerancia o hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol. *Gac Méd Mex.* 2009; 145 (6): 505-15.
3. Meseguer C, Román C, Unamuno P. Toxicodermias inducidas por fármacos. *FMC.* 2008; 15 (9): 563-72.



# CASOS CLÍNICOS

## 3. A RAÍZ DE UN CASO DE GOTA

■ Leal Aragón M.<sup>a</sup>, Pérez Calero L.<sup>b</sup>, Pérez Mañas G.<sup>a</sup>, Louise Makki H.<sup>a</sup>, Medina Rodríguez J.<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup> Médico de Atención Primaria.

Adjunto Centro de Salud Francia (Fuenlabrada). Madrid.

Varón de 65 años de edad, sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos. Consulta por inflamación y dolor del 1º metatarsiano del pie izquierdo (*Figura 1*), acompañado de impotencia funcional desde hace unas semanas, sin fiebre y manteniendo buen estado general. A la exploración se observa supuración blanquecina junto con datos de inflamación local (*Figuras 2 y 3*). Se revisa analítica previa objetivando niveles de ácido úrico en torno a 9 mg/dl, estando asintomático en aquel momento. Se inició tratamiento con antiinflamatorios y, tras la resolución de este brote, se comenzó tratamiento con alopurinol 900 mg /24h, manteniendo la colchicina a dosis de 2 mg/24h. En la analítica de control 4 meses más tarde, los niveles de ácido úrico se encontraron a 5 mg/dl, aunque mantenía leve inflamación, dolor y moderada funcionalidad de las articulaciones afectas.

La gota es la enfermedad más frecuente producida por fenómenos auto-inflamatorios, tanto agudos como crónicos. Aparece en respuesta a la precipitación de cristales de urato monosódico monohidratado en las estructuras musculo tendinosas con membranas sinoviales, como son las articulaciones, los tendones y las bolsas periarticulares<sup>1</sup>.

La enfermedad ocurre por la persistencia de niveles elevados en sangre de urato (>6.8mg/dl), conocida como hiperuricemia y su posterior precipitación en articulaciones y estructuras tendinosas. La hiperuricemia se puede asociar a factores genéticos debido a variantes en los transportadores renal e intestinal de urato, a la presencia de enfermedades congénitas, a la obesidad o a factores externos como puede ser la ingesta de alcohol y medicamentos como IECA, ARA2, B-bloqueantes, quimioterapia citotóxica, ciclosporina, niacina... Al contrario, la ingesta de café, de productos lácteos, cereza y vitamina C parecen ser protectores de la hiperuricemia<sup>1</sup>.

La gota es de cuatro a seis veces más frecuente en hombres que en mujeres. Afecta típicamente durante la edad media de la vida y muestra una relación creciente con la edad. En mujeres es raro presentar ataques de artritis gotosa antes de la menopausia. El prototipo de paciente que sufre un primer episodio

de gota corresponde con un varón 45-50 años con sobrepeso u obesidad y aficionado a la buena comida y al consumo habitual de alcohol<sup>2</sup>.

Para conseguir una valoración correcta del paciente con gota debemos realizar una correcta anamnesis que incluya el tiempo desde el primer ataque agudo, el número de episodios que el paciente tiene al año, el número de articulaciones afectadas en cada episodio y la localización de la afectación ya que esta podría ser clave dado que inicialmente el 50% de los casos produce un episodio de afectación de la 1º Metacarpo falángica (MTF) o podagra. En la exploración física el dato más específico es la presencia de tofos, generalmente son nódulos firmes periarticulares o subcutáneos particularmente sobre 1ªMTF, tendones de Aquiles o peroneos, el hélix de la oreja o la bolsa olecraniana (el número y el tamaño, indican estado de gravedad). Con respecto a la determinación de uricemia, se recomienda realizarla antes de iniciar el tratamiento y fuera del ataque agudo. El objetivo es conseguir una uricemia inferior a 6 mg/dl. También habrá que valorar la función renal y hepática dado que puede existir afectación de las mismas<sup>1</sup>.

El tratamiento de la gota tiene como principal objetivo conseguir la disolución de los cristales de urato monosódico depositados en las estructuras articulares. Se puede alcanzar tanto con medidas no farmacológicas como farmacológicas. Las primeras incluyen la pérdida de peso, el control dietético y evitar o reducir el consumo de alcohol. En cuanto a las medidas farmacológicas tenemos que diferenciar el tratamiento del ataque agudo y el tratamiento preventivo, al mismo tiempo que reajustar el resto de la medicación del paciente<sup>3</sup>.

En pacientes con gota se recomienda iniciar el tratamiento hipouricemiente con Alopurinol, un inhibidor de la xantina-oxidasa, en monoterapia. Debe iniciarse a dosis bajas (100 mg) escalando de forma progresiva hasta alcanzar dosis efectivas para conseguir un nivel de uricemia terapéutica (<6 mg). Puede valorarse la prescripción de febuxostat (80 mg /24h) en primera línea en aquellos pacientes con gota grave, en los que el objetivo terapéutico de uricemia precise ser muy bajo. Si presenta efectos secundarios a dicho

tratamiento o patología vascular asociada, la benzobromarona en monoterapia puede ser un tratamiento alternativo. Cuando no se alcance el objetivo de uricemia se recomienda emplear la combinación de inhibidores de xantina oxidasa y uricosúrico.

Es importante recordar que si tras iniciar este tratamiento, se produce un ataque agudo, no se debe retirar el hipouricemiente<sup>4</sup>.

En las primeras 24h del episodio agudo, la colchicina es el tratamiento de elección, a dosis inicial de

0.6 mg/12h durante un máximo de 4 días o hasta haber administrado la dosis acumulada de 6mg. Si el paciente presenta insuficiencia renal o hepática se debe reducir la dosis al 50% y está contraindicada con  $FG < 10 \text{ ml/min/m}^2$ . Pasadas las primeras 24h se pueden asociar aines o glucocorticoides (prednisona 20-40 mg/día o metilprednisolona 30 mg/día) si existe intolerancia a los previos o insuficiente control clínico. Pasado el episodio agudo, el único tratamiento con evidencia para la prevención de ataques agudos es la colchicina a dosis de 1mg/24h durante 6 meses<sup>3,4</sup>.



Figura 1. Podograma.



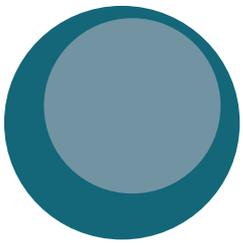
Figura 2. Ataque agudo de gota en 1º metatarsiano izquierdo.



Figura 3. Podagra con supuración blanquecina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guipclingot. Guía de práctica clínica para el manejo de la gota. Sociedad Española de Reumatología. 2020. [h-\*ps://www.ser.es/guia-de-manejo-de-la-gota/\*](https://www.ser.es/guia-de-manejo-de-la-gota/).
2. EPISER2016. GdTdP. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España. Estudio EPISER2016. Madrid: Sociedad Española de Reumatología;2018.
3. Perez-Ruiz F, Carmona L, Yébenes MJ, Pascual E, de Miguel E, Ureña I, *et al*. An audit of the variability of diagnosis and management of gout in the rheumatology se-ing: the gout evaluation and management study. *J Clin Rheumatol*. 2011;17(7):349-55.
4. Riche-e P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castaneda-Sanabria J, *et al*. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):29-42.



# CASOS CLÍNICOS

## 4. MIELOMA MÚLTIPLE

- Rodríguez Cerro M.<sup>1</sup>, Estefanía Hidalgo L.<sup>2</sup>, Paniura Pinedo M.<sup>3</sup>, Bermejo Fernández F.<sup>4</sup> (Adjunta y tutora de Residentes)
  - <sup>1</sup> MIR MFYC4
  - <sup>2</sup> MIR MFYC2
  - <sup>3</sup> MIR MFYC
  - <sup>4</sup> Adjunta y tutora de Residentes. CS Torrelodones

Las gammopatías monoclonales incluyen un grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación de clonal de células plasmáticas que producen un único tipo de cadena ligera y/o pesada (componente monoclonal) en cantidades excesivas.

### CASO CLÍNICO

#### MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 47 años que acude a consulta porque desde octubre de 2021 comienza con dolor osteomuscular a diferentes niveles (lumbar, dorsal y en parrilla costal) que aumenta con determinados movimientos y no se reproduce con la palpación. Parestesias en miembros superiores e inferiores. Niega pérdida de fuerza en miembros e incontinencia fecal o urinaria. Importante astenia sin anorexia ni pérdida de peso. Aumento de peso y sensación de hinchazón general sin aumento del perímetro de miembros inferiores. Orinas con espuma sin clínica miccional. Lesiones cutáneas por psoriasis.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Sin alergias conocidas; no HTA; no DM; no DLP. Psoriasis. Antecedentes familiares: madre antecedentes de infecciones de orina y cólicos renales e repetición.

#### EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 150/84 mmHg, FC 78 lpm Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo. ACP y abdomen: normal.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica 28/03: Cr 1.39, proteinuria 10 gr e hipergammaglobulinemia. Analítica 29/04: Cr 1.23, proteinuria 9.9 AMO: 30% células plasmáticas Frotis sp: 3% células plasmáticas circulantes, de pequeño tamaño y aspecto maduro. Proteinograma en suero: componente monoclonal 0.48 g/dL CLL Freelite: CLL

kappa 15315.88 ECO renal: corticales renales hiperecogénicas en relación a nefropatía bilateral. PET: lesiones óseas con captación patológica sugerentes de malignidad destacando la localizada en cuerpo y pedículo derecho de D2. 50

#### JUICIO CLÍNICO

Mieloma múltiple de cadena ligera kappa (Bence Jones kappa) con proteinuria nefrótica secundaria.

#### REVISIÓN

El mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación neoplásica de las células plasmáticas que producen componente monoclonal. Las células del plasma proliferan en la médula y pueden provocar una destrucción extensa del esqueleto manifestándose con lesiones osteolíticas, osteopenia y/o fracturas patológicas.

El mieloma múltiple es un cáncer poco común, presenta una frecuencia de alrededor del 1-2% de todos los cánceres y el 17% de las enfermedades hematológicas malignas. Es más común en hombres que en mujeres. La incidencia es mayor en negros africanos que en blancos caucásicos.

El diagnóstico del mieloma múltiple se suele sospechar cuando el paciente presenta una o más de las siguientes manifestaciones:

- Dolor óseo con lesiones líticas descubiertas en radiografías de control u otras pruebas de imagen.
- Aumento de la concentración de proteína en suero y/o la presencia de proteína monoclonal en orina o suero.
- Signos sistémicos o síntomas sugestivos de malignidad, por ejemplo, anemia inexplicable.
- Hipercalcemia, sintomática o incidental.
- Fallo renal agudo (aumento de creatinina) con analítica de orina normal o síndrome nefrótico por amiloidosis recurrente de cadena ligera (AL)

- Fatiga/cansancio generalizado
- Pérdida de peso

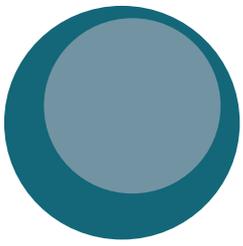
Como diagnóstico diferencial dentro debemos descartar: gammapatía de significado incierto, mieloma múltiple latente, macroglobulinemia de Waldenström, plasmocitoma solitario, amiloidosis primaria, síndrome POEMS y carcinoma metastásico<sup>1</sup>.

El diagnóstico del mieloma múltiple se realiza mediante el análisis en suero de la cadena ligera o la electroforesis en suero u orina de proteínas. Otras posibilidades diagnósticas es la inmunofijación. Para ver la extensión de la propagación del mieloma se suele usar prueba de imagen como el PET<sup>2</sup>.

Con respecto al tratamiento del mieloma, lo primero es clasificar según el riesgo, si el paciente es candidato a trasplante autólogo de células hematopoyéticas o no<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jacob P Laubach. Multiple myeloma: Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis [Internet] Uptodate: S Vincent Rajkumar [Consultado en Noviembre 2022]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-clinical-features-laboratory-manifestations-and-diagnosis/contributors>
2. S Vincent Rajkumar. Multiple myeloma: overview of management. [Internet] Uptodate: Robert A Kyle [Consultado en Noviembre 2022]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-overview-of-management?search=mieloma>
3. Jacob P Laubach. Multiple myeloma: Initial treatment. [Internet] Uptodate: S Vincent Rajkumar [Consultado en Noviembre 2022]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-initial-treatment?search=mieloma>



# CASOS CLÍNICOS

## 5. CAMBIOS EN UN TEMBLOR HABITUAL

■ Estefanía Hidalgo L.<sup>1</sup>, Rodríguez Cerro M.<sup>2</sup>, Paniura Pinedo M.<sup>3</sup>, Bermejo Fernández F.<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> MIR MFYC2

<sup>2</sup> MIR MFYC4

<sup>3</sup> MIR MFYC1

<sup>4</sup> Adjunta y tutora de Residentes  
CS. Torrelodones

### INTRODUCCIÓN

El litio es una sal empleada como estabilizador del estado de ánimo, siendo pilar en el tratamiento del trastorno bipolar. Se desconoce su mecanismo de acción. Sin embargo, su farmacocinética es bien conocida: se absorbe en el tracto gastrointestinal, sin interferencia de los alimentos; alcanzando niveles séricos máximos en 1 o 2 horas en las preparaciones de liberación inmediata y de 4 a 5 horas en las de liberación lenta<sup>1</sup>. El litio no se une a proteínas, eliminándose de forma mayoritaria a través del riñón. Por lo tanto, sus niveles dependen principalmente de la función renal del paciente (FG > 90 ml/min se estima una vida media en torno a 24 horas). Su estrecho nivel terapéutico recomendado (0,8 y 1,2 mEq/L) determina que las intoxicaciones no sean desdeñables; registrándose entre 6000 - 7000 casos de intoxicaciones en la Asociación Estadounidense de Centros de Control de Veneno<sup>2</sup>.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 86 años sin alergias conocidas, HTA, sin otros factores de riesgo cardiovascular, carcinoma de mama tratado mediante tumorectomía y radioterapia en remisión, enfermedad de Parkinson y un trastorno ansioso-depresivo de larga evolución tratado con distintas líneas terapéuticas (ha precisado en 2 ocasiones de terapia electroconvulsiva). Como tratamiento habitual tiene prescrito: Enalapril 20 mg, Venlafaxina 150 mg, un comprimido de carbonato de litio 400 mg, 5 gotas de aripiprazol 1 mg/ml en el desayuno; Levodopa/carbidopa 250/25 mg en el desayuno y cena; y bromazepam 1,5 mg antes de acostarse. Es independiente para las actividades de la vida diaria y vive sola en su domicilio. Acude al centro de salud, acompañada por su sobrino, por decaimiento del estado general, leve disartria y aumento de su temblor habitual desde hace 2-3 horas. Refiere deposiciones

diarreicas sin productos patológicos en los dos días previos, que han cesado a su llegada. Niega dolor abdominal, vómitos, fiebre, clínica miccional u otra sintomatología acompañante. A la exploración física destaca leve deshidratación mucocutánea y acusado temblor en manos. El resto de la exploración por aparatos no presenta alteraciones significativas. No se objetiva otra focalidad neurológica. En relación a su tratamiento habitual, la paciente había acudido la semana previa a revisión en psiquiatría, donde aumentan medio comprimido de carbonato de litio (niveles de litemia en última analítica: 0,41 mEq/L). Se decide derivar a Urgencias para realización de pruebas complementarias. En la analítica de sangre destaca:

- Acidosis metabólica aguda (pH 7,28, pCO<sub>2</sub> 40,40 mmHg, pO<sub>2</sub> 27,1 mmHg, HCO<sub>3</sub> 18,8 mmol/l)
- Fracaso renal agudo (Cr 2,81 mg/dl, urea 148 mg/dl) (FG CKD-EPI 14,6 ml/min) (última función renal conservado)
- Hiperpotasemia grave (7,2 mmol/l) e hiponatremia leve (131 mmol/l)
- Niveles de litemia elevados (3,01 mmol/L)

En el ECG no se registran cambios patológicos. La radiografía de tórax y análisis de orina no muestran alteraciones reseñables. Se inician medidas antipotasio (gluconato cálcico, insulino terapia, sueros glucosados, bicarbonato y Furosemida iv), se suspende las sales de litio y se ingresa a cargo de nefrología. La paciente evolucionó favorablemente, recuperando la función renal (al alta: 1,09 mg/dl) y su situación basal previa al ingreso (leve temblor distal). El tratamiento con sales de litio se reintrodujo progresivamente de forma ambulatoria con controles estrechos del mismo.

## DISCUSIÓN

La toxicidad por litio puede presentarse con las siguientes formas:

- Aguda: predominan síntomas gastrointestinales. La clínica neurológica (agitación, temblor, confusión) aparece más tarde pues el litio requiere cierto tiempo para su distribución en el sistema nervioso central.
- Aguda sobre crónica: es el caso de nuestra paciente en la que un deterioro de la función renal (fracaso prerrenal por hipovolemia secundario a diarrea) favorece su acumulo al disminuir la eliminación
- Crónica: predomina la clínica neurológica (irritabilidad neuromuscular, convulsiones, mioclonías, temblor)<sup>2</sup>.

El litio en rango terapéutico puede generar temblor como reacción adversa en cualquier momento del tratamiento (frecuentemente al inicio o ante aumento de dosis), siendo de acción fina, simétrico, limitado a brazos y no progresivo. Algunos estudios estiman una prevalencia hasta un 25%. Generalmente su manejo es conservador (“wait and see” o cambios en el tipo de sal, dosis, modo de administración), resolviéndose en la mayoría de las ocasiones. En el caso de la intoxicación, el temblor se presenta de forma grosera,

incapacitante y puede afectar a miembros inferiores, coexistiendo con otros síntomas de toxicidad<sup>1</sup>. Su manejo se basa en el empleo de sueroterapia intravenosa para favorecer su eliminación. El carbón activado no genera ningún beneficio. En casos refractarios, puede estar indicada la hemodiálisis; aunque no existe un criterio bien establecido para su empleo, por lo que se debe individualizar ante casos con clínica severa y/o altos niveles de litemia<sup>2</sup>.

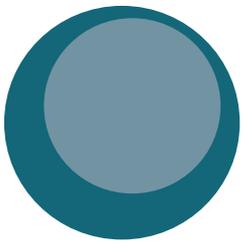
En relación al riñón, la afectación más frecuente es la diabetes insípida nefrogénica. A largo plazo, puede generar en pocos casos enfermedad renal crónica, generalmente leve, secundaria a nefropatía tubulointersticial crónica, siendo los principales factores de riesgo la dosis acumulada, el tiempo de exposición y la edad del paciente<sup>3</sup>.

## CONCLUSIÓN

Este caso refleja la importancia de revisar el tratamiento habitual de los pacientes, haciendo especial hincapié en los cambios recientemente realizados. Además, se debe tener en consideración las reacciones adversas e interacciones de los medicamentos, especialmente en los pacientes ancianos y/o con antecedentes personales relevantes en los que los mecanismos farmacocinéticos se ven alterados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Philip G. Janicak. Bipolar disorder in adults and lithium: Pharmacology, administration, and management of adverse effects [Internet]. UpToDate: Paul Keck. [Consultado noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-and-lithium-pharmacology-administration-and-management-of-adverse-effects/contributors>
2. Perrone J., Mudan A. Lithium poisoning [Internet]. UpToDate: Hendrickson RG. [Consultado noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/lithium-poisoning?search=intoxicacion%20litio&source=search\\_result&selectedTitle=1~56&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/lithium-poisoning?search=intoxicacion%20litio&source=search_result&selectedTitle=1~56&usage_type=default&display_rank=1)
3. Edgar V Lerma. Renal toxicity of lithium [Internet]. UpToDate: Richard H Sterns [Consultado noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/renal-toxicity-of-lithium?search=intoxicacion%20por%20litio&source=search\\_result&selectedTitle=2~56&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/renal-toxicity-of-lithium?search=intoxicacion%20por%20litio&source=search_result&selectedTitle=2~56&usage_type=default&display_rank=2)



# CASOS CLÍNICOS

## 6. DEBILIDAD EN MIEMBROS SUPERIORES

■ Estefanía Hidalgo L.<sup>1</sup>, Rodríguez Cerro M.<sup>1</sup>, Paniura Pinedo M.<sup>1</sup>, Bermejo Fernández F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residentes Medicina Familiar y Comunitaria, CS Torrelodones, Madrid

<sup>2</sup> Médico de Familia. Directora del Centro de salud de Torrelodones. Tutora de residentes.

### INTRODUCCIÓN

Se estima que hasta un 25% de los pacientes con enfermedades reumáticas con clínica sistémica no pueden ser diagnosticados de un síndrome clínico en un primer momento. Clásicamente, a este grupo se le engloba bajo el término “enfermedades del colágeno”. Posteriormente ha sido sustituido por el de “enfermedades del tejido conectivo difusas o indeferenciadas”. Así mismo, existen casos de “overlap” o síndromes de superposición. Actualmente, no existe un protocolo establecido acerca de la aproximación diagnóstica a realizar, lo que sí se recomienda es ser cauto, sin precipitarse en etiquetar la enfermedad, evaluando de forma estrecha al paciente<sup>1</sup>.

### CASO CLÍNICO

Varón de 64 años que acude al centro de salud por debilidad de musculatura proximal de cintura escapular y pélvica de aproximadamente dos años de evolución y pérdida de 18 kilos de peso no intencionado. Entre sus antecedentes personales destacan: HTA, dislipemia, obesidad (IMC 38,2), niega hábitos tóxicos, cólicos nefríticos de repetición, hipotiroidismo autoinmune, anemia perniciosa e hiperplasia benigna de próstata. Revisando su tratamiento habitual tiene pautado: Enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, Levotiroxina 100 mcg, hierro oral en el desayuno; Vitamina B12 en la comida y Tamsulosina 0,4 mg en la cena. En cuanto antecedentes familiares de interés únicamente señalar la presencia de esclerosis múltiple en un hermano.

El paciente refiere debilidad y claudicación en musculatura proximal de miembros superiores y pelvis: “dificultad para levantar los brazos, por ejemplo, al peinarse, siendo mayor en el lado derecho o levantarse de la silla, siendo necesario un apoyo”. No ha limitado las actividades de su vida diaria (conduce, realiza ejercicio físico leve-moderado, ...) y se encuentra estable en los últimos dos años. No empeora a lo largo del día y no se ve influido por la época del año. Además, ha presentado un episodio puntual de

debilidad en cuello “no pudiendo mantener la cabeza erguida” que se resolvió de forma espontánea. Niega dolor muscular, afectación articular, fotosensibilidad o alteraciones cutáneas. En relación a la pérdida de peso refiere que sucedió hace algunos meses, sin realizar dieta ni ejercicio, manteniéndose en su peso actual en los últimos 6 meses. Interrogando acerca del hábito intestinal presentó un periodo de heces de consistencia diarreica; con actual estreñimiento a raíz de iniciar tratamiento con hierro oral. En la exploración física únicamente señalar leve pérdida de fuerza (4/5) en miembro superior derecho y su claudicación tras la repetición de 5 abducciones del mismo. En resto de aparatos no hay datos remarcables (ausencia de adenopatías, alteraciones cutáneas, artritis...). Se deriva de forma preferente a consultas de reumatología. Se solicita una batería de pruebas complementarias. La analítica de sangre (CK, mioglobina, factor reumatoide, PCR), orina y radiografía de tórax son normales. En cuanto al perfil de autoinmunidad se obtienen varios anticuerpos positivos; algunos ya conocidos previamente: ac. Antimicrosomales TPO (hipotiroidismo autoinmune) y los anticélulas parietales gástricas (anemia perniciosa); y otros de nuevo diagnóstico: anti-Ro52 y Antinucleares granulares. Los marcadores tumorales solicitados (alfa-fetoproteína, CEA) fueron negativos. Entre las pruebas de imagen la RM de cintura escapular describe atrofia muscular (más llamativa en el lado derecho), sin evidenciar patrón de miositis o plexopatía. En la ecografía de abdomen y el TC de tórax no hay hallazgos relevantes. La ecografía cardiaca transtorácica refleja datos indirectos sugestivos de hipertensión pulmonar. El estudio electromiográfico concluye: *“alteraciones compatibles con miopatía de evolución crónica, sin datos de actividad, siendo más expresivo a nivel de musculatura proximal. No se registran signos de denervación activa”*. Se realiza una capilaroscopia siendo normal y una manometría que objetiva un esfínter esofágico superior hipotónico. Se hace biopsia de glándula salivar en la que se evidencia “una sialoadenitis crónica severa compatible con síndrome de Sjogren” y una biopsia del músculo deltoides derecho cuyo resultado informa de “posible miopatía inflamatoria tipo polimiositis, no siendo concluyente”.

## DISCUSIÓN

En la siguiente tabla<sup>2</sup> se recogen las características más destacables de los principales cuadros entre los que se planteó el diagnóstico diferencial (destacando en negrita las presentadas por el paciente). La afectación de la musculatura proximal de cintura escapular y pelviana sirvió de síntoma guía, por lo que se decidió derivar al especialista de reumatología. También se tuvo en consideración la posibilidad de tratarse de un síndrome neurológico; pero se mantuvo en un segundo plano por la presentación del cuadro (Ej: Miastenia Gravis afecta típicamente a musculatura facial; enfermedad lateral amiotrófica presenta clínica de motoneurona, ...).

El síndrome de Sjogren es un trastorno inflamatorio autoinmune crónico en el que disminuye la función de las glándulas lagrimales y salivales. Puede presentarse de forma primaria o secundaria, asociándose a otra enfermedad reumatológica. Su diagnóstico se basa en la presentación clínica y en la evidencia serológica o histopatológica de autoinmunidad (anti-Ro/SSA, anti-LaSSB). En el caso del paciente niega clínica de sequedad en boca u ojos, sin embargo, presenta datos de autoinmunidad tanto serológica como en la anat-

mía patológica. Por lo tanto, se trata de un síndrome de Sjogren secundario. A su vez, esta enfermedad puede generar una miopatía inflamatoria leve como clínica extraglandular<sup>3</sup>.

Atendiendo a la clínica de debilidad en cintura pélvica y escapular el cuadro que más concuerda es el de miopatía inflamatoria idiopática. Son trastornos de etiología desconocida en los que el músculo esquelético se ve dañado por un proceso inflamatorio de predominio linfocítico. Es importante destacar su asociación con cuadros subyacentes de malignidad, por lo que se deben realizar pruebas complementarias enfocadas en esta dirección<sup>2</sup>.

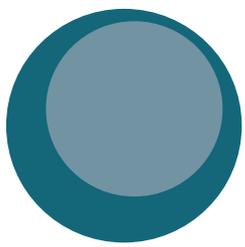
## CONCLUSIÓN

Este caso refleja la complejidad que entraña, en muchas ocasiones, la realización de un adecuado diagnóstico diferencial en la consulta de Atención Primaria. Como se ha comentado previamente el paciente presenta características de diferentes síndromes; sin embargo, una vez más, la clínica debe guiar nuestro enfoque tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico.

DIAGNÓSTICO	CLÍNICA PRINCIPAL	ANALÍTICA	ANTICUERPOS
MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA (Polimiositis/ dermatomiositis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Debilidad muscular proximal</b> indolora, simétrica y difusa en <b>cintura escapular, pelviana</b> y cuello</li> <li>• Erupción escote, eritema heliotropo, pápulas Gottron</li> <li>• Artralgias/artritis no erosiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CK elevada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antisintetasa (Anti-Jo1)</li> <li>• Anti-TIF</li> <li>• Anti-Mi</li> </ul>
POLIMIALGIA REUMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor, rigidez e impotencia funcional en cintura escapular y pelviana</li> <li>• Arteritis temporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CK normal</b></li> <li>• VSG elevada</li> </ul>	Negativos
ENF. MIXTA TEJIDO CONECTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miositis</li> <li>• Fenómeno Raynaud</li> <li>• Edema manos</li> <li>• Sinovitis</li> <li>• Esclerodactilia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CK elevada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti-RNP</li> </ul>
SÍNDROME SJOGREN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xerostomía, xeroftalmía</li> <li>• Glándulas hipertróficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CK normal</li> <li>• VSG elevada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anti-Ro</b></li> <li>• Anti-La</li> </ul>
ESCLEROSIS SISTÉMICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerosis cutánea</li> <li>• Raynaud</li> <li>• Poliartritis simétrica erosiva</li> <li>• Esófago (generalmente distal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VSG elevada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AntiSc170</li> <li>• Anticentrómero</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA

- Richard S Panusch, Neil Kramer, Elliot D Rosenstein, Leanna M Wise. Undifferentiated systemic rheumatic (connective tissue) diseases and overlap síndromes [Internet]. UpToDate: Robert H Shmerling [Consultado noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/undifferentiated-systemic-rheumatic-connective-tissue-diseases-and-overlap-syndromes?search=sindromes%20de%20solapamiento&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/undifferentiated-systemic-rheumatic-connective-tissue-diseases-and-overlap-syndromes?search=sindromes%20de%20solapamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Lisa Christopher-Stine, Ira N Targoff, Philip Seo. Clinical manifestations of dermatomyositis and polymyositis in adults [Internet]. UpToDate: Ira N. Targoff [Consultado noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults?search=miopatia%20inflamatoria&topicRef=14918&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults?search=miopatia%20inflamatoria&topicRef=14918&source=see_link)
- Alan N Baer. Clinical manifestations of Sjögren's syndrome: Extraglandular disease [Internet]. UpToDate: Robert Fox [Consultado Noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-sjogrens-syndrome-extraglandular-disease?search=sindrome%20de%20sjogren&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H18](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-sjogrens-syndrome-extraglandular-disease?search=sindrome%20de%20sjogren&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H18)



# CASOS CLÍNICOS

## 7. UNA DERMATOSIS DEL CUELLO Y ESCOTE: POIQUILODERMIA DE CIVATTE

■ Comanda M.<sup>a</sup>, Maqueda Zamora G.<sup>a</sup>, Sierra Santos L.<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Unidad Docente Norte. Madrid (España).

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud San Agustín de Guadalix. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

La poiquilodermia es un término clínico que describe una serie de dermatosis. En concreto, el término de poiquilodermia de Civatte (PC), descrita por primera vez por A. Civatte en 1923, se utiliza para describir una presentación de la poiquilodermia que ocurre en zonas fotoexpuestas de los laterales de las mejillas, cuello y zona superior del tórax. Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas y se ha propuesto como factor principal el efecto acumulativo de la radiación solar crónica. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede realizarse en la consulta de atención primaria.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años que acude a consulta por lesiones dérmicas compatibles con poiquilodermia de Civatte.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 56 años postmenopáusica de raza caucásica que acude a consulta porque desde hace varios años nota manchas oscuras cutáneas en las caras laterales del cuello, así como una mancha blanca central (Figura 1 y 2). No presenta antecedentes personales ni familiares de interés de



Figura 1.



Figura 2.

enfermedades dermatológicas u otras enfermedades que tengan afectación de la piel.

Al explorar la paciente objetivamos máculas laterales cervicales en la cara lateral del cuello y una zona central que se objetiva como una mácula blanquecina. Posteriormente se realiza una revisión bibliográfica y de historia clínica de la paciente (antecedentes, analíticas y otras pruebas realizadas previamente); y se llega a juicio clínico de poiquilodermia de Civatte. Bajo la recomendación de protección solar con cremas de protección de factor mayor de 50 y una protección solar física con sombreros y pañuelos se le da el alta a la paciente ya que no requiere otro tratamiento excepto observación por si aparecen maculopápulas de otro origen.

## REVISIÓN

Poiquilodermia es un término clínico que se utiliza para describir una serie de dermatosis que se caracterizan por placas de piel atrófica con telangiectasias alternando zonas de hiperpigmentación con hipopigmentación<sup>1,2,3</sup>. Esto le confiere a la piel el aspecto moteado que caracteriza a la poiquilodermia<sup>1,3</sup>. En cuanto a la etiopatogenia, puede ser de causa congénita o adquirida<sup>1,3</sup>. Dentro de las adquiridas, la etiología es muy variada, incluyendo múltiples patologías como infecciones, inflamatoria, enfermedades del tejido conectivo (como el lupus, dermatomiositis), ambientales (fotoexposición, calor etc), iatrogénico (fármacos o radioterapia) y asociadas a patología neoplásica<sup>1,3</sup>.

El término poiquilodermia de Civatte (PC), que se utiliza para una presentación frecuente de la poiquilodermia que ocurre en zonas fotoexpuestas determinadas, fue descrita por A. Civatte in 1923<sup>1,4</sup>. Se produce en las zonas fotoexpuestas de los laterales de las mejillas, cuello y zona superioanterior del tórax<sup>1,3,5</sup>. Respeta las zonas anatómicamente protegidas por la sombra como la zona submentoniana y cara anterior del cuello<sup>2</sup>. Según un estudio Katoulis et al, la zona del cuello es la que más frecuentemente se ve afectada inicialmente<sup>6</sup>. Además la distribución suele ser simétrica.<sup>6</sup> Es un proceso frecuente, progresivo lento e irreversible de características benignas<sup>1,2,3,6</sup>.

Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas, de edad media y mayores<sup>1</sup>. La etiopatogenia aún no está aclarada pero se ha propuesto como factor principal el efecto acumulativo de la radiación solar crónica<sup>2,3,4</sup>. También se incluyen, dentro de los posibles factores etiológicos, efectos hormonales y reacciones fotoalérgicas, fototoxicidad, o de hipersensibilidad retardada en relación a perfumes o determinados cosméticos<sup>2,3,4,6</sup>. Además, dada la distribución, pro-

blemente estén involucrados los procesos normales de envejecimiento y un componente genético de predisposición<sup>2,4,6</sup>. Es más frecuente en personas con fototipos bajos (I-II)<sup>6</sup>.

Algunos autores clasifican la poiquilodermia de Civatte en función de la predominancia de los componentes de la poiquilodermia: eritematotelangiectásica (más frecuente), pigmentada o mixta<sup>3,6,7</sup>. La presentación eritematotelangiectásica de la PC se asemeja al estadio I de la rosácea<sup>7</sup>.

En cuanto a clínica, la PC normalmente es asintomática, aunque en ocasiones pueden presentar sensación de quemazón, prurito o enrojecimiento<sup>3,6,8</sup>.

Histológicamente la poiquilodermia presenta una serie de hallazgos característicos (adelgazamiento y aplanamiento de la epidermis, vasodilatación capilar de la dermis papilar, degeneración hidrópica de las células basales, etc.)<sup>1,2,3,8</sup>. En concreto, en la poiquilodermia Civatte se caracteriza por presentar, aunque no es patognomónico, elastosis solar de la dermis papilar<sup>2,3</sup>. Hecho que se considera evidencia morfológica que apoya el papel de la exposición solar crónica en el desarrollo de la PC<sup>2,4</sup>. En la histología, similitudes con la rosácea en estadio I sugieren que estas 2 entidades podrían estar correlacionadas<sup>2</sup>.

El diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico. Aun así, hay estudios están investigando el uso de la dermatoscopia en el diagnóstico de la PC. En un artículo escrito por Errichetti et al, proponen el uso de dermatoscopia para los casos más dudosos. Describen de forma consistente el hallazgo de una combinación de vasos punteados/globulares y vasos lineales irregulares que dan aspecto de "spaghetti con albóndigas" ("spaghetti and meatballs")<sup>9</sup>. Aun así, en un artículo más reciente por Krueger et al, en el cual revisan características dermatoscopias para el diagnóstico diferencial de los trastornos pigmentados, comentan que los hallazgos como el descrito previamente y la preservación perifolicular, distinguen a la PC de otras pero son necesarios más estudios para confirmarlo<sup>10</sup>.

En cuanto al diagnóstico diferencial, es importante diferenciar entre los diferentes tipos de poiquilodermia adquirida. En un artículo sobre poiquilodermia adquirida de Nofal et al, proponen una clasificación y una serie de pasos a seguir en los pacientes con poiquilodermia adquirida haciendo hincapié en la anamnesis y exploración clínica como primeros pasos en el diagnóstico per se y diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

Otra patología con la cual es importante realizar diagnóstico diferencial, es la eritromelanosos folicular de la cara y el cuello, la melanosos de Riehl, rosácea eritematotelangiectásica, disqueratosis congénita, me-

lasma, etc.<sup>3,6,8,9,11</sup>. En la melanosis de Riehl predomina una pigmentación punteada marróncea mientras que las telangiectasias son ausentes o mínimas, siendo frecuente en frente y sienas y mejoría importante al suspender cosméticos que la han causado<sup>6</sup>. La eritromelanosis folicular suele afectar a varones jóvenes y se caracteriza por hiperpigmentación, telangiectasias y micropápulas foliculares de las zonas periféricas de cara y/o cuello.

Las alteraciones causadas por la poiquilodermia Civatte causan con frecuencia alteraciones cosméticas importantes y es en lo que se basará su tratamiento.

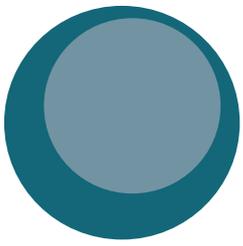
En cuanto al tratamiento, incluye la eliminación de la pigmentación y telangiectasias<sup>6,8</sup>. La identificación del tipo clínico debería ayudar a elegir una terapia adecuada para el paciente<sup>6</sup>. Es de elección el uso del láser<sup>2,5,6</sup>. Como tratamientos coadyuvantes se puede probar con agentes antidespigmentantes para la hiperpigmentación y retinoides tópicos y “peeling” químicos para el foto-envejecimiento al igual que otros tipos de tratamientos<sup>2,6</sup>. La crioterapia es inefectiva<sup>6</sup>.

Teniendo en cuenta los tratamientos disponibles, lo más importante en la poiquilodermia de Civatte, es la prevención primaria mediante la fotoprotección<sup>6,12</sup>.

En conclusión, la poiquilodermia es un término clínico que se utiliza para describir una serie de dermatosis; siendo la poiquilodermia de Civatte un subtipo que ocurre con más frecuencia en mujeres postmenopáusicas en zonas fotoexpuestas de los laterales de las mejillas, cuello y zona superior anterior del tórax<sup>1,3,5</sup>. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque se están estudiando hallazgos característicos de la patología visibles en la dermatoscopia. Es una entidad que se puede diagnosticar en la consulta de Atención Primaria por lo que es importante conocerla y saber realizar un adecuado diagnóstico diferencial en nuestra consulta. Los tratamientos de elección para la eliminación de la pigmentación y telangiectasias con láser; tratamiento que no suele estar incluido dentro de la cartera de servicios disponible. Por ello, por nuestra parte es importante realizar un diagnóstico adecuado, tranquilizar al paciente y recomendar protección solar, además de fomentar y remarcar la prevención primaria en la población sana de nuestra consulta mediante fotoprotección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calonje E, Brenn T, Lazar AJ, Billings SD. Lichenoid and interface dermatitis. En: André J, Bastian BC, Bosenberg M, Bunker C, Cochran AJ, Cubilla AL, Damaskou V, Goodlad J, Grayson W, King LE, Lewis F, Li Q, Lin AY, Luzar B, Sánchez Martínez DF et al, editor. *McKee's Pathology of the Skin*. 5a ed. Elsevier; 2020. p. 241-282.e12.
2. Lamolda Poyatos J, María Pedrajas Navas J, González Jiménez C. Poiquilodermia de Civatte. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria* [Internet]. 2016;23(5):305-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2014.10.009>
3. Nofal A, Salah E. Acquired poikiloderma: proposed classification and diagnostic approach. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(3): e129-40.
4. Katoulis AC, Stavrianeas NG, Panayiotides JG, Bozi E, Vamvasakis E, Kalogeromitros D, et al. Poikiloderma of Civatte: a histopathological and ultrastructural study. *Dermatology* [Internet]. 2007 [citado el 9 de agosto de 2022];214(2):177-82.
5. A. Christopher B. Zachary KMK. Láseres y otros tratamientos basados en la energía. En: *Dermatología*. España: Elsevier; 2019. p. 137, 2364-84.
6. Katoulis AC, Stavrianeas NG, Georgala S, Bozi E, Kalogeromitros D, Koumantaki E, et al. Poikiloderma of Civatte: a clinical and epidemiological study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2005;19(4):444-8.
7. Katoulis AC, Georgala S, Stavrianeas NG. Poikiloderma of civatte and rosacea: variants in the same nosological spectrum? *Dermatology* [Internet]. 2005;211(4):386-7
8. Cestari TF, Dantas LP, Boza JC. Acquired hyperpigmentations. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2014;89(1):11-25
9. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in facilitating the recognition of poikiloderma of civatte. *Dermatol Surg* [Internet]. 2018;44(3):446-7
10. Krueger L, Saizan A, Stein JA, Elbuluk N. Dermoscopy of acquired pigmentary disorders: a comprehensive review. *Int J Dermatol* [Internet]. 2022;61(1):7-19.
11. Lautenschlager S, Itin PH. Reticulate, patchy and mottled pigmentation of the neck. Acquired forms. *Dermatology* [Internet]. 1998;197(3):291-6.
12. Cheng N, Rubin IK, Kelly KM. Laserterapia. En: Hruza GJ, Tanzi EL, editores. *Tratamiento con láser de las lesiones vasculares*. 4a ed. Elsevier; 2018. p. 11-21.



# CASOS CLÍNICOS

## 8. EL CUIDADOR TAMBIÉN TIENE QUE SER CUIDADO

■ Ferre Sánchez C.<sup>1</sup>, Ibáñez Delgado I.<sup>2</sup>; Gijón Conde T.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>2</sup> Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>3</sup> Facultativo de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Cerro de Aire en Majadahonda, Madrid

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

**Motivo de Consulta:** Disminución de la micción.

### ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias medicamentosas, Fumador de 1,5 paquetes diarios durante 56 años (IPA 80). SCACEST 2015. Insuficiencia cardiaca con FEVI 49%, último control en enero 2017. Enfermedad renal crónica (Cr basal 1,6 en 2017). Hipotiroidismo controlado con última TSH en rango.

**Situación basal:** paciente independiente para actividades vida diaria básica, sin deterioro cognitivo. Es el cuidador de su mujer, Alzheimer y portadora de prótesis de cadera. Ha trabajado en la banca.

**Tratamiento habitual:** AAS 100 mg (0-1-0), Pantoprazol 20 mg (1-0-0), Enalapril 5 mg (0.5-0-0), Atorvastatina 40 mg (0-0-1), Elecor 25 mg (0.5-0-0), Eutirox 75 mcg (1-0-0)

### ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 87 años que acude a su centro de salud para control rutinario y se le solicita una analítica con creatinina de 3.8 (previas 1.6). Se le pregunta por la ingesta hídrica, por el consumo de medicaciones, de cambios en el estilo de vida, de antecedentes de enfermedades infecciosas recientes sin describir novedades. Comenta la necesidad de micción pero sin disuria ni dolor en ninguna localización. No ha presentado fiebre. Última micción hace 2 días completa, pero no ha acudido antes porque tenía que cuidar de su mujer.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente y orientado. Normo coloreado, normo hidratado y bien perfundido. Afebril. Eupneico en re-

poso sin signos de trabajo respiratorio. HD estable. Constantes: Frecuencia cardíaca 61 lpm; Saturación O<sub>2</sub> basal 96%. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, distendido. No doloroso a la palpación superficial o profunda. Se palpa posible globo vesical hasta límite superior de epigastrio. Blumberg negativo. Murphy negativo. Puño percusión renal negativa. No signos de irritación peritoneal.

Extremidades inferiores: edema bimalleolar, no signos de TVP. Pulsos femorales y pedios presentes.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realiza una ecografía en el Centro de Salud, donde se visualiza globo vesical hasta epigastrio con hidronefrosis grado III/IV RD<sup>1</sup>. Se repite analítica a las 48 horas con creatinina de 3.8.

Acude al Sistema de Urgencias donde se le extrae otra analítica, se le realiza ecografía del aparato urinario y se le realiza un TAC ABDOMINOPELVICO URGENTE donde se vuelve a visualizar ureterohidronefrosis grado III/IV en riñón derecho ya presente en ecografía realizada durante el día de hoy. Riñón izquierdo, de morfología normal. Vía urinaria izquierda, no dilata-



da. No se evidencian imágenes sugestivas de litiasis obstructivas a nivel renoureteral. Quistes renales corticales bilaterales. **Crecimiento prostático aumentado** respecto a estudios previos, como posible desencadenante de episodio de retención aguda de orina. Sonda vesical normoposicionada.

**Orientación diagnóstica:** Retención crónica de orina agudizada Ureterohidronefrosis grado III/IV Insuficiencia renal crónica agudizada Hipertrofia benigna de próstata Síndrome del cuidador

## COMENTARIO FINAL

El paciente posee el síndrome del cuidador crónico, lleva sin acudir a la consulta del Centro de Salud para control de enfermedades crónicas y seguimiento desde hace 3-4 años, sin analíticas desde 2019. Por lo tanto, acude cuando ya la necesidad de micción es inminente. Es ingresado a cargo de Urología con interconsulta a Nefrología, mejorando clínicamente y dado de alta con Cr de 1.9, pen-

diente de ser llamado para resección trasuretral de próstata<sup>2</sup>. Durante su estancia en el Hospital, la esposa del paciente también requiere ser atendida por lo que se interconsulta a Trabajos Sociales, quienes aconsejan su ingreso en una residencia de ancianos con programa de ayuda a pacientes crónicos, bajo el diagnóstico de “problema social, deterioro cognitivo avanzado y problemas de movilidad y autocuidado”.

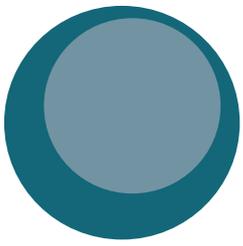
La importancia de este caso clínico radica en la necesidad de atender las necesidades de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas. El papel fundamental de los médicos de Atención Primaria en el seguimiento de estos pacientes y sus cuidadores. A su vez, remarcar la importancia de una exploración física exhaustiva y la ecografía a pie de cama en los Centros de Salud.

## PALABRAS CLAVES

Próstata. Síndrome del cuidador. Enfermedad renal crónica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gottlieb RH, Weinberg EP, Rubens DJ, et al. Renal sonography: can it be used more selectively in the setting of an elevated serum creatinine level? *Am J Kidney Dis* 1997; 29:362.
2. Foster HE, Dahm P, Kohler TS, et al. Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline Amendment 2019. *J Urol* 2019; 202:592.



# CASOS CLÍNICOS

## 9. BUSCANDO EL ORDEN DENTRO DEL CAOS

■ Nuevo Coello L<sup>1</sup>; Rubio Capote M<sup>2</sup>; Pérez Cruz S<sup>3</sup>, Álvarez Villalba M<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria.

<sup>2</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria.

<sup>3</sup> Residente de Medicina de Familia y Comunitaria.

<sup>4</sup> Médico Adjunto de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud María Jesús Hereza, Leganés, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor se trata de una patología muy invalidante para el individuo y el entorno que le rodea. Una adecuada detección y un manejo correcto de la misma es fundamental en nuestro entorno, puesto que, según los últimos datos de la OMS, la prevalencia del trastorno depresivo de sitúa en torno a un 4% de la población, cifra que asciende en adultos, hasta un 5%, y en 5,7% adultos de más de 60 años<sup>1</sup>. Constituye un importante problema de salud pública, sobre todo, si en el transcurso de la enfermedad, se desarrollan síntomas potencialmente graves que supongan un deterioro del estado general del individuo y que, en el peor de los casos, conduzca a su muerte, por el riesgo intrínseco de suicidio de la misma<sup>2</sup>.

La pandemia SARS-COV19 ha supuesto un fenómeno biopsicosocial, afectando a todas las clases sociales, siendo las personas con determinadas condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo las que se han visto más afectadas, tanto psicológicamente como orgánicamente tras el confinamiento<sup>1,2</sup>. El confinamiento domiciliario, así como el distanciamiento físico y social interrumpen los procesos relacionales, los cuales, son el fundamento de la salud mental. Tras la pandemia se ha visto incrementado el número de casos asociados a malestar psíquico y/o trastornos de ansiedad excesiva, depresión, insomnio y síndrome de estrés postraumático<sup>1,3</sup>.

Para el correcto diagnóstico de los trastornos mentales es preciso que el médico de Atención Primaria conozca la fisiopatología de esta enfermedad, así como los criterios diagnósticos más actuales que permitan encuadrar al paciente en un diagnóstico concreto. Cabe destacar la importancia de la coordinación entre distintos servicios disponibles en el centro de salud, como Enfermería, Psiquiatría y Trabajo Social, para una correcta detección y manejo de estos casos, así como una adecuada estructura y red de apoyo psicosocial y rehabilitación laboral que ayude a estos

pacientes a una pronta recuperación de sus habilidades<sup>1-4</sup>.

### CASO CLÍNICO

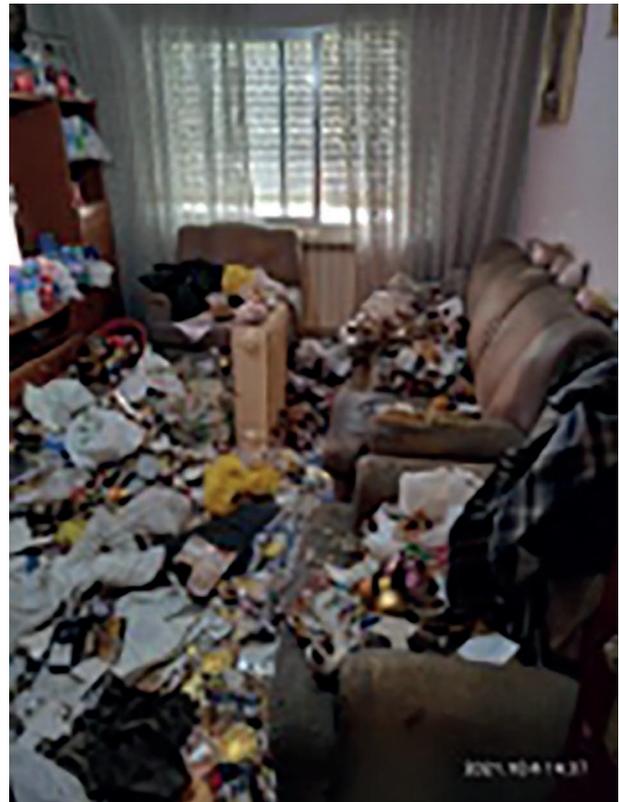
Varón de 65 años que refiere como único antecedente personal, hipertensión arterial. Vive solo desde que fallecieron sus padres dos años antes y tiene dos hermanos. La última consulta que tuvo el paciente fue telefónica, en abril de 2020 por ansiedad.

La trabajadora social de nuestro centro de salud nos contacta, por solicitud de los hermanos del paciente, que está acumulando basura en su domicilio y que esto le está suponiendo un importante deterioro de su salud. Contactamos con la hermana del paciente que refiere que desde el inicio de la pandemia el paciente está con ánimo bajo, ha dejado de salir de casa, abandonando así su puesto de trabajo y sus tareas habituales.

El único contacto con sus hermanos desde entonces ha sido telefónico, incluso tras la desaparición de las medidas restrictivas implantadas por la pandemia por COVID-19, por ser el paciente muy reticente para verlos.

En septiembre de 2021 los familiares del paciente acuden al domicilio de este en busca de unos documentos necesarios para unas gestiones, y encuentran una situación grave de abandono de autocuidados y suciedad extrema del domicilio.

El equipo médico, decide entonces programar una visita domiciliaria conjunta con la trabajadora social. Nos reciben el paciente y sus hermanos. Todo el domicilio, (vemos cocina y salón) está impracticable, repleto de basura y con restos de envases de dulces. No podemos avanzar para ver más y permanecemos en el descansillo. El paciente presenta aspecto desaliñado y descuidado. Es consciente de la situación y hace crítica de ello. Se siente avergonzado. No pre-



**Imágenes tomadas en el domicilio.**

senta ideas delirantes ni autolíticas. Parece que se llegó a esta situación poco a poco durante la pandemia, generada por el cuadro depresivo con intensa anhedonia, incapacidad para cocinar ni recoger, y pánico a salir a la calle. El paciente se alimentaba de productos envasados tipo patatas y natillas, y luego tiraba los restos al suelo. En el momento de la visita ni siquiera era capaz de entrar al baño que estaba a su vez lleno de basura.

Hablamos con el psiquiatra interconsultor del centro de salud para valoración del caso. Se propone la necesidad de ingreso, ante la alarmante situación física y mental del paciente, que él mismo rechaza. Por ello, se opta por seguimiento por el servicio de Psiquiatría a través del centro de Salud Mental, al que no acude, alegando ser incapaz de abandonar su domicilio.

A partir de entonces, su hermana se encarga de proporcionarle una alimentación más saludable, de realizar las gestiones para la jubilación, y de contratar un servicio de limpieza. Damos apoyo psicosocial al paciente y a la familia, así como seguimiento del caso con la trabajadora social y psiquiatría, dado que el paciente se sigue negando a salir del domicilio, y la limpieza tampoco se realiza enseguida.

Dos meses más tarde, el paciente presenta un cuadro sincopal, y la familia aprovecha para llevarle a urgencias donde ingresa en Psiquiatría por trastor-

no depresivo mayor. El paciente acepta y comienza tratamiento y seguimiento hospitalario. Durante su estancia hospitalaria, es diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 y se reinicia tratamiento para la HTA que había abandonado.

Durante el ingreso se realiza la limpieza del domicilio en la que tienen que tratar cinco plagas y tirar prácticamente todos los muebles y objetos personales del paciente (entre los que se incluyen recuerdos).

Tras el ingreso en Psiquiatría, y tras un adecuado apoyo familiar y social, con una correcta rehabilitación del domicilio, el paciente es trasladado a su domicilio. Actualmente se encuentra en seguimiento por parte de su Médico de Atención Primaria y su Psiquiatra del Centro de Salud Mental, con atención a los nuevos factores de riesgo, a la evolución del cuadro depresivo y al duelo.

## CONCLUSIONES

Los síntomas de ánimo depresivo y las consecuencias psicosociales tales como depresión, ansiedad o estrés derivadas del aislamiento social producidos por la pandemia COVID-19, está condicionada por diversos factores multicausales y efectos derivados del confinamiento, siendo la edad, el factor significativo más notable.

Los pacientes con trastornos del ánimo secundarios a la pandemia COVID-19 pueden desarrollar otras patologías mentales, incluyendo trastornos obsesivos compulsivos, exacerbaciones de enfermedades mentales preexistentes, encefalitis, conductas suicidas o mala función psicosocial entre otras.

Es por ello, que las crisis secundarias a esta pandemia requieren de actuaciones psicosociales multidisciplinares que disminuyan los síntomas de soledad, estrés, angustia psicológica y preocupación que se asocia a síntomas depresivos, ya constatado en otras pandemias.

Los tratamientos integrados incluyen el abordaje a nivel psicológico, social y familiar, estrategias de resolución de problemas y tratamiento de las comorbilidades propias de cada individuo, siendo necesario en algunos casos, el uso de terapias farmacológicas.

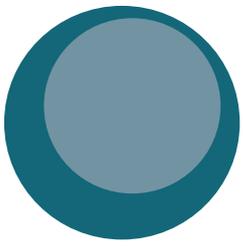
El hecho de no realizar un abordaje multidisciplinar puede provocar que los distintos trastornos de la salud mental proyecten respuestas desadaptativas, dificultando la adherencia terapéutica y provocando consecuencias trascendentales tanto en el ámbito personal como sanitario.

### **PUNTOS CLAVE PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

- Realizar un abordaje multidisciplinar permite una mejor valoración del paciente.
- Tener en cuenta el efecto de la pandemia por COVID-19 en la salud de los pacientes, tanto el desarrollo de problemas de salud mental como la falta de seguimiento de las patologías crónicas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. www.who.int. 2022. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)
2. López-Martínez AE, Serrano-Ibáñez ER. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. Escritos de Psicología - Psychological Writings. 2021 Dec 15;14(2):48–50.
3. Salud mental y COVID-19 Un año de pandemia [Internet]. Available from: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
4. Ramírez FB, Misol RC, Alonso M del CF, Tizón JL. PANDEMIA DE LA COVID 19: EFECTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS. Atención Primaria. 2022 Apr.



# CASOS CLÍNICOS

## 10. NEOPLASIA NEUROENDOCRINA

- Paniura Pinedo M.P.<sup>1</sup>, Rodríguez Arilla A.M.<sup>1</sup>, Rodríguez Cerro M.<sup>2</sup>, Estefanía Hidalgo L.<sup>3</sup>, Bermejo Fernández F.<sup>4</sup>
- <sup>1</sup> MIR MFYC1  
<sup>2</sup> MIR MFYC4  
<sup>3</sup> MIR MFYC2  
<sup>4</sup> Adjunta y tutora de Residentes  
CS Torrelodones

### TUMOR NEUROENDOCRINO

Las neoplasias neuroendocrinas pueden surgir en la mayoría de los órganos. Si bien algunas características clínicas y patológicas de estos tumores son exclusivas del sitio de origen, otras características se comparten independientemente del sitio<sup>1</sup>.

### CASO CLÍNICO

**Motivo de consulta:** Varón de 64 años que acude a consulta por cambios en el hábito intestinal de un año de evolución con heces blandas, esteatorréicas y explosivas. No náuseas ni vómitos. No fiebre. Pérdida de 5 kg en los últimos 6 meses. No otra sintomatología acompañante.

**Antecedentes personales:** sin alergias medicamentosas conocidas. No FRCV. SAHS. Hernia de hiato, ERGE. Hipertrofia benigna de próstata.

**Exploración física:** Buen estado general. TA 120/80. FC 75 lpm, Sat O2 97% en basal. Afebril.

ACP: rítmico y sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos.

ABD: RHA+, blando y depresible. No doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias. No signos de IP.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**Analítica sanguínea:** Amilasa 4150 U/L.

**ECO abdominal:** Gran tumoración neoplásica en cuerpo pancreático de 6 cm. LOES hiperecogénicas hepáticas, que, aunque sugestivas de probables angiomas no podemos excluir lesiones secundarias. Es necesario realización de TAC abdominal.

### TAC toracoabdominal:

- Tumoración pancreática de aprox 6 cm sugestiva de tumoración inicialmente neuroendocrina por características hipervasculares. La lesión asocia infiltración de vena esplénica y de al menos el 50% de vena mesentérica superior.
- Angiomas hepáticos múltiples que dificultan la valoración hepática con presencia de lesión indeterminada en segmento VIII. Probable aneurisma arterial en rama pancreatoduodenal vs ganglio patológico locorregional peripancreático.

**Ecoendoscopia:** lesión sólida en cuerpo pancreático compatible con tumor neuroendocrino con afectación venosa (Vena mesentérica superior y esplénica).

**RMN hígado:** Lesión focal de 3 cm profunda segmento VIII con características de lesión metastásica. Múltiples hemangiomas hepáticos. Se realiza biopsia de LOE hepática.

**Diagnóstico AP:** Biopsia de LOE hepática con tejido fibroso que contienen vasos compatibles con hemangioma esclerosado. En la muestra no se observan signos de malignidad.

**Analítica sanguínea:** Cromogranina A 121.1 ng/ml (0.0 - 84.7), Polipéptido Pancreático 42.6 pmol/L (< 100 pmol/L), Glucagón 97 pg/ml (50 - 100 pg/ml), Somatostatina 11.6 pmol/L (18 - 44 pmol/L), VIP 50 pg/ml (0 - 60pg/ml), Gastrina 50.50 pg/ml (30.0 - 90.0).

### EVOLUCIÓN

En este caso, el tumor se trató mediante intervención quirúrgica y se realizó una pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía y resección de vena porta-mesentérica con reconstrucción T-T.

**Juicio clínico:** Tumor neuroendocrino pancreático no funcionante bien diferenciado G1 pT3 pNO.

## REVISIÓN

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNE) son neoplasias raras que surgen en los tejidos endocrinos del páncreas. Pueden secretar una variedad de hormonas peptídicas, incluidas la insulina, la gastrina, el glucagón y el péptido intestinal vasoactivo, lo que da lugar a una amplia variedad de síndromes clínicos. Sin embargo, en las series clínicas modernas, entre el 50 y el 75 por ciento de los TNE pancreáticos son no funcionantes. La cromogranina A es una proteína que se localiza en los tejidos neuroendocrinos implicada en la formación de los gránulos de secreción y regula la liberación de múltiples hormonas. Esta se encuentra elevada en la mayoría de los tumores neuroendocrinos<sup>2</sup>.

Actualmente se distinguen 4 grupos de agresividad creciente: Grado 1 (bien diferenciados, Ki67 <3%) con un crecimiento más lento y mejor pronóstico,

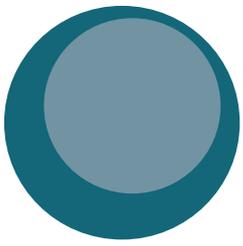
Grado 2 con un pronóstico intermedio, Grado 3 y los carcinomas neuroendocrinos ó CNE (pobremente diferenciados, Ki67 >20%), siendo estos últimos los de crecimiento más agresivo y peor pronóstico.

Los tumores endocrinos pancreáticos no funcionantes se caracterizan por no producir ningún síndrome derivado de la hiperproducción hormonal. La localización más habitual es la cabeza de páncreas, y originan síntomas derivados del crecimiento local, como dolor e ictericia. Son relativamente agresivos, y en más de la mitad de los casos presentan comportamiento maligno, con invasión local o metástasis, donde destaca la afectación hepática.

Ante una enfermedad localizada, el tratamiento de elección es la cirugía o la exéresis tumoral por técnicas endoscópicas en situaciones concretas, puesto que son las únicas modalidades de tratamiento que pueden lograr la curación. No existen datos sobre adyuvancia, por lo que en general, se desaconseja cualquier tipo de tratamiento postoperatorio con la intención de reducir el riesgo de recidiva<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zhaohai Yang, MD, PhD. Pathology, classification, and grading of neuroendocrine neoplasms arising in the digestive system. [Internet] Up to date [Consultado en Enero 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pathology-classification-and-grading-of-neuroendocrine-neoplasms-arising-in-the-digestive-system?search=tumores%20neuroendocrinos&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pathology-classification-and-grading-of-neuroendocrine-neoplasms-arising-in-the-digestive-system?search=tumores%20neuroendocrinos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
2. Halfdan Sorbye, MD, Jonathan R Strosberg, MD. High-grade gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. [Internet] Up to date [Consultado en Enero 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/high-grade-gastroenteropancreatic-neuroendocrine-neoplasms?csi=cae86e3d-ef00-478b-9102-de6c7065269b&source=contentShare>
3. Dr. Jorge Hernando, Dr. Jaume Capdevila. Tumores neuroendocrinos. [Internet] SEOM: Sociedad española de oncología médica [Consultado en Enero 2023]. Disponible en: <https://seom.org/112-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%BAblico%20-%20Patolog%C3%ADas/tumores-neuroendocrinos>



# CASOS CLÍNICOS

## 11. CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, ¿QUIÉN ES EL CULPABLE?

- Rodríguez Arilla A.M.<sup>1</sup>, Paniura Pinedo M.P.<sup>1</sup>, Rodríguez Cerro, M.<sup>2</sup>, López Gil, A.<sup>3</sup>, Bermejo Fernández F.<sup>3</sup>.  
<sup>1</sup> MIR MFYC 1  
<sup>2</sup> MIR MFYC 4  
<sup>3</sup> Adjunta y tutora de residentes  
CS Torrelodones.

### CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, ¿QUIÉN ES EL CULPABLE?

Las neoplasias de cabeza y cuello suponen un 4% de la incidencia de cáncer en Europa, afectando en mayor proporción a hombres que a mujeres; y causan más de 400 000 muertes al año en todo el mundo<sup>1</sup>.

### CASO CLINICO

**Motivo de consulta:** Mujer de 49 años que acude a consulta por lesión en mucosa gingival con zonas eritematosas y erosivas de 6 meses de evolución. No clínica constitucional. No refiere ninguna otra sintomatología acompañante.

**Antecedentes personales:** Sin alergias a medicamentos conocidas. Dislipemia. Pre-diabetes. Obesidad. No hipertensión arterial. Exfumadora 15 cigarrillos al día durante 30 años (IPA 22,5), No otros hábitos tóxicos. Hipotiroidismo secundario a radioterapia. Linfoma de Hodgkin tipo esclerosante nodular II-A con captación a nivel axial en 2006. Recibió quimioterapia ABVD 6 ciclos. Debido a la persistencia de la captación a nivel axial recibió radioterapia mediastínica, maxilar y cervical.

**Situación basal:** independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive en domicilio.

**Exploración física:** Buen estado general. TA 135/78 mmHg; FC 78lpm. SatO2 97% basal.

**ACP:** rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.

### EVOLUCIÓN

Se deriva a Cirugía maxilofacial que lleva a cabo el siguiente estudio y seguimiento.

**Ortopantomografía:** defecto óseo a nivel mesial de pieza 37 y zona de osteolisis mesial en pieza 47.

**Anatomía Patológica piezas 37, 47:** fragmento de tejido conectivo con intenso infiltrado inflamatorio de tipo mixto y escaso epitelio escamoso. No se observa evidencia de malignidad en la muestra.

Tras revisiones periódicas, a los 4 meses y debido a persistencia de lesión papilomatosa con dolor y supuración a la presión en piezas 45 y 46, se sospecha fractura radicular. Se realiza exodoncia, legrado y nueva biopsia.

**Anatomía Patológica piezas 45, 46:** Carcinoma epidermoide bien diferenciado de reborde alveolar de 4º cuadrante VPH negativo.

**TC cervicofacial:** No indicativo radiológico claro de infiltración tumoral.

**RM:** Pequeña alteración a nivel del trígono retromolar derecho/encía con realce tras administración de gadolinio IV y otra pequeña alteración de señal a nivel de la teórica pieza 45. Alteración en cuerpo mandibular derecho. No otras alteraciones significativas.

Tras presentar el caso al Comité de tumores se decide la realización de mandibulectomía marginal derecha + disección cervical funcional derecha + cierre directo. Evolución favorable desde entonces.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide bien diferenciado de reborde alveolar de 4º cuadrante VPH negativo.

### RESUMEN

El Carcinoma de células escamosas (SCC) es el tumor maligno más común que afecta el tracto aerodigestivo superior.

El principal factor de riesgo es la exposición al tabaco, con un riesgo de 5 a 25 veces mayor en comparación

con los no fumadores por lo que parece haber una relación dosis-respuesta. Otros factores de riesgo importantes son el alcohol, Virus del papiloma Humano y Virus de Epstein-Barr. Con menor frecuencia se ha visto también asociado a personas expuestas previamente a radioterapia para enfermedades benignas o malignas de la zona<sup>1</sup>.

Los precursores histológicos del Carcinoma Epidermoide incluyen entre otros leucoplasia, eritroplasia y leucoeritroplasia. Los pacientes con tales cambios en la mucosa potencialmente sospechosos de dichos precursores deben someterse a una evaluación y biopsia diagnóstica.

El diagnóstico inicial puede realizarse mediante la utilización de material de biopsia o una muestra ci-

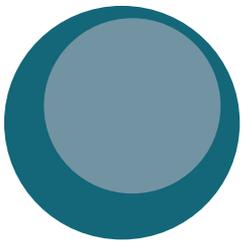
tológica. También es importante realizar estudio de extensión con pruebas de imagen (Ortopantomografía, TAC, RM) y estudio de ganglios linfáticos.

El tratamiento principal consiste en la escisión completa del tumor que requieren la presencia de márgenes libres de invasión, puesto que esto marcará el pronóstico de la enfermedad<sup>2</sup>.

En la mayoría de los casos los carcinomas en la cavidad oral son de fácil acceso y se puede lograr una resección y reconstrucción simultáneas con resultados funcionales aceptables. Sin embargo, estas neoplasias son agresivas y presentan altas tasas de recurrencia locorregional; por lo tanto, generalmente se utiliza la RT posoperatoria, con o sin quimioterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kerstin M. Stenson, MD, FACS. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. [Internet] Up to date [Consultado en Enero del 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-head-and-neck-cancer?search=epidemiologia%20d%20ecancer%20de%20cabeza%20y%20cuello&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-head-and-neck-cancer?search=epidemiologia%20d%20ecancer%20de%20cabeza%20y%20cuello&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
2. Ajit Paintal, MD. Pathology of head and neck neoplasms. [Internet] Up to date [Consultado en Enero del 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pathology-of-head-and-neck-neoplasms?search=etiologia%20cancer%20cabeza%20y%20cuello&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H1186786663](https://www.uptodate.com/contents/pathology-of-head-and-neck-neoplasms?search=etiologia%20cancer%20cabeza%20y%20cuello&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1186786663)
3. Bruce E. Brockstein, MD, Kerstin M. Stenson, MD, FACS. Shiyu Song, MD, PhD. Overview of treatment for head and neck cancer. [Internet] Up to date [Consultado en Enero del 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-head-and-neck-cancer?search=manifestaciones%20clonicas%20del%20cancer%20de%20cabeza%20y%20cuello&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-head-and-neck-cancer?search=manifestaciones%20clonicas%20del%20cancer%20de%20cabeza%20y%20cuello&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)



# CASOS CLÍNICOS

## 12. ME HA SALIDO ALGO EN LA PIEL... ¿QUE MAS PUEDO TENER?

- Paniagua-Ortiz I.<sup>1</sup>, Pamos García M.<sup>2</sup>, Pere Pedrol J.A.<sup>3</sup>, Prado Valdivieso R.<sup>4</sup>, Mansilla Martin T.<sup>5</sup>  
<sup>1,2</sup> Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria,  
<sup>3,4,5</sup> Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria,  
Centro de Salud Ángela Uriarte, Madrid.

**Palabras clave:** dolor neuropático, vesículas, inmunodepresión.

### INTRODUCCIÓN

No siempre una enfermedad se presenta de forma directa, a veces lo hace disimuladamente y pone a prueba nuestra pericia. En esta ocasión una de las grandes simuladoras, Herpes Zoster (HZ), enfermedad neurocutánea por reactivación del virus varicela zoster, en una paciente con factores de riesgo por inmunodepresión, presentándose inicialmente como un cuadro cutáneo en cuero cabelludo occipital de aparente poca importancia.

El HZ tiene una incidencia de 2,1 a 5,5/1.000 personas-año, se asocia sobre todo a factores de riesgo como la edad y la inmunodepresión. Comienza en la mayoría de los casos por la aparición de dolor y parestesias, apareciendo posteriormente pápulas eritematosas de distribución metamérica unilateral, sobre todo en región torácica, evolucionando a vesículas arracimadas. La severidad de las lesiones y el dolor se relacionan con la edad, así como la incidencia de complicaciones como la neuralgia postherpética. El diagnóstico es a través de la clínica y el manejo de la enfermedad y sus complicaciones consiste en analgésicos asociados al tratamiento antiviral y tratamientos tópicos.

### EXPOSICIÓN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 62 años hipertensa, dislipémica, sin alergias medicamentosas y a destacar adenocarcinoma submucoso en recto de reciente diagnóstico tras colonoscopia por programa "Prevecolon". También micronódulo pulmonar en estudio. Recibió tratamiento quirúrgico, sin haber iniciado por el momento quimioterapia ni radioterapia. Acude al centro de salud refiriendo aparición hace 6 días a nivel occipital, de lesiones tipo foliculitis, dolorosas, por las cuales pautaron tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico. En el momento de la valoración (Fotografías 1 y 2), refiere dolor y extensión de

las lesiones a regiones adyacentes. A la exploración se objetivan placas eritematosas con vesículas arracimadas de distribución unilateral y metamérica a nivel de mentón, rama mandibular derecha, región cervical anterior, laterocervical derecha y posterocervical, con extensión a región occipital; algunas de ellas con signos de sobreinfección. No afectación de pabellón auricular ni de conducto auditivo externo.

Ante la clínica, exploración y antecedentes se diagnosticó Herpes Zoster, no obstante, se derivó de urgencia a Dermatología. Se pautó tratamiento con analgésicos de primer escalón, antiviral valaciclovir 1g cada 8 horas durante 7 días y soluciones secantes con antibiótico tópico dada la sobreinfección que presentaban las lesiones. Tras seguimiento en consulta se observó adecuada y progresiva mejoría del cuadro sin presentar clínica neurálgica severa, ni otra sintomatología asociada.

### REVISIÓN

Herpes zóster, (HZ). Enfermedad neurocutánea causada por la reactivación del virus varicela zóster (VZV) latente en los ganglios sensoriales de sujetos con antecedente de infección primaria por varicela<sup>1,2</sup>. La relación entre varicela y herpes zóster fue establecida por Von Bokay en 1892<sup>2</sup>.

Su fisiopatología se basa en un fallo del sistema inmune para controlar la replicación latente del virus en las células neuronales, siendo conducido por el nervio hasta la zona de la piel que es inervada por el ganglio<sup>1</sup>.

Los pacientes con herpes zoster pueden transmitir VZV causando varicela a contactos que nunca la han tenido. El VZV se transmite por contacto directo con las lesiones vesiculosas activas o por transmisión aérea de personas con herpes zoster localizado. Las lesiones se consideran no infecciosas después de la formación de costras<sup>2, 3</sup>. La tasa de infectividad es máxima en las 24-48 horas previas del inicio del exantema y continuando los siguientes 3-4 días<sup>2</sup>.

La incidencia de HZ en la población general es de 2,1 a 5,5/1.000 personas-año<sup>1</sup>. Se han establecido diferentes **factores de riesgo**:

- inmunodepresión relacionada con la edad, siendo ésta el principal factor de riesgo para el 90 % de los casos a partir de los 50 años<sup>1,3</sup>. La gravedad y la probabilidad de complicaciones como la neuralgia postherpética, también aumentan con la edad<sup>3</sup>.
- Los pacientes Inmunocomprometidos debido a reducción de la inmunidad mediada por células T; como receptores de trasplantes, terapias inmunomoduladoras, quimioterapia y/o corticoides, pacientes VIH; tienen una incidencia 15 veces mayor<sup>1,3</sup>.
- Otros factores de riesgo incluyen el género; las mujeres tienen mayor riesgo; el estrés físico, emocional, etc.<sup>1</sup>.

En la reactivación herpética la erupción comienza como pápulas eritematosas, generalmente en un solo dermatoma o en dermatomas contiguos<sup>3</sup>. El dolor y las parestesias en la metámera afectada, preceden a las lesiones cutáneas en 1-3 días en el 90% de casos. Después aparecen vesículas umbilicadas sobre una base eritematosa, con distribución metamérica unilateral. En 24-72 horas evolucionan a pústulas y costras pardo amarillentas a veces dejando cicatriz residual. Suelen existir adenopatías regionales. Sólo aparece fiebre y malestar general en menos del 15% de los casos<sup>2</sup>.

Las localizaciones más prevalentes son: torácica (50%), cervical (10-20%), territorio del trigémino (15%) y lumbosacra. De interés especial, la localización a nivel de la primera rama del trigémino con posible afectación corneal, por lo que la exploración oftalmológica debe hacerse en todos los casos de herpes en esta localización<sup>2</sup>.



Figura 1.

La clínica es muy característica y suele reconocerse con facilidad, por lo que el diagnóstico se hace casi siempre en base al aspecto clínico de las lesiones cutáneas<sup>1,3</sup>. Rara vez es necesaria una muestra de líquido vesicular para identificar el virus<sup>2</sup>.

Las complicaciones asociadas más frecuentes son la sobreinfección tipo impétigo y la neuralgia postherpética con dolor continuo urente en el área afectada por HZ. Este último sobretodo en mayores de 50 años e inmunodeprimidos.

También se describen otras complicaciones como son meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barre, oftalmoplejía contralateral tardía, queratitis e iridociclitis herpética o necrosis de la retina<sup>2</sup>.

El síndrome de Ramsay Hunt, triada de parálisis facial ipsilateral, dolor otico y vesículas en canal auditivo; es la principal complicación otológica del HZ<sup>3</sup>.

El tratamiento del Herpes zoster se basa en analgesia y antivirales. Aciclovir 800mg es el antiviral de menor coste, pero requiere 5 dosis diarias y tiene una biodisponibilidad más baja; en cambio valaciclovir 1000mg y famciclovir 500mg se dosifican 3 veces al día. Idealmente el tratamiento antiviral debe iniciarse en las primeras 72h, sobre todo para prevenir complicaciones. Fuera de este plazo también se deben pautar antivirales si siguen apareciendo nuevas lesiones cutáneas o hay complicaciones oftálmicas; aunque ya no se reducirá la incidencia de neuralgia postherpética. Los glucocorticoides son un complemento de la terapia antiviral para el manejo del dolor agudo y favorecen la curación temprana. Respecto al tratamiento tópico las preparaciones más aceptadas son el parche de lidocaína al 5% (de elección), y la capsaicina al 8%. Esta última produce irritación y es probable que moleste cuando se aplica.



Figura 2.

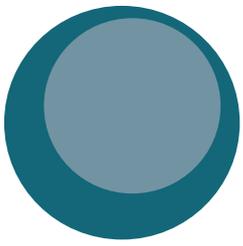
Capsaicina de potencia más baja (0,75%) también se ha propuesto, pero una revisión Cochrane no encontró pruebas suficientes para recomendar su uso.

Los neuromoduladores gabapentina y pregabalina están aprobados para el tratamiento de la neuralgia

posherpética. Los antidepresivos tricíclicos también son efectivos para complementar el control del dolor. Los opioides se consideran tratamientos de tercera línea<sup>4,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Trelles Díaz L, Babarro Carballo M, Fernández Sánchez S. Herpes Zóster. [Internet] Guía Fisterra. Revisión 06/09/2021. Disponible en <https://www.fisterra.com>
2. Cisterna R. et al. Documento de consenso sobre prevención del herpes zóster y neuralgia post-herpética. [Internet] Asociación de Microbiología y Salud. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/ConsensoHerpesZoster.pdf>
3. Albrecht MA, Levin J. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster. [Internet]. UpToDate 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-zoster>
4. Saguil A, Lauters R. et al. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. *Am Fam Physician*. 2017;96(10):656-663.
5. Albrecht MA. Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host. [Internet]. UpToDate 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-herpes-zoster-in-the-immunocompetent-host>.



# EL CAFELITO

## 1. SU PRESENTE ES BUENO!!!!

■ Henares García P.  
C.S. Galapagar  
Miembro del GdT Salud Basado en Emociones

Mi cuñada, es toda una nativa tecnológica, por su juventud y frescura, de esas que lleva el reloj cuadrado tan mono con la manzanita, y a la que siempre recurro cuando me atasco con las nuevas tecnologías. Pero contra todo pronóstico, tachaaannn!!! Te llama. Sí... toda una rareza... te llama y varias veces al día y me encanta!. Me encanta porque es un regalo, una hermana más y para mis padres una hija más, que les llama mucho más que yo. Te llama porque está en el chino y ha visto un tupper chuli que te puede interesar, te llama porque Biffy tiene una heridita en la almohadilla y los médicos alguna idea de temática veterinaria tenemos, te llama porque le han llamado para maquillar a alguna famosilla y le hace ilusión que lo sepas...

Un día de diciembre, mi móvil sonó y en la pantalla aparecía como tantas otras veces: "Magda Móvil"... descolgué y me dice: "oye, tengo un bulto en el pecho". Yo, por supuesto, sin pensármelo ni un segundo le dije: "Buahh fijo que es un fibroadenoma, si eres una cría hombre".

A partir de ahí, solo recuerdo no haber podido tomar oxígeno para tanta mala noticia, una detrás de otra. Un adenocarcinoma de mama, de la estirpe más agresiva, un estadio cuatro con metástasis en hígado y hueso. Toda esta información, en el plazo de dos semanas, así sin anestesia, a bocajarro... ala familia a ver qué hacemos con esto!!!

Recuerdo que los días siguientes, me levantaba con una losa en el pecho y lloraba. Lloraba por el futuro que se le avecinaba a mi hermano, lloraba por la madre de Magda, lloraba por mis padres... Entre lloro y lloro, Magda me seguía llamando: "oyeeee que no me han hecho nada de daño al ponerme el portacath,

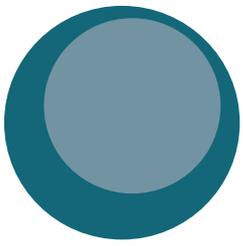
joe qué máquinas!!!", "oyeee, que la qumio guay... y que para Nochebuena hay que hacer el sorteo del amigo invisible, que éste año viene también mi madre... por cierto he encargado una peluca de pelo natural bien chula".

Entonces, me acordé de una frase que le oí al escritor Juan José Millás que me encantó, respecto a la definición de la ansiedad: "¿Qué es la ansiedad? Pues un exceso de futuro".

Ese día yo misma me hice unas preguntas y me respondí:" Vamos a ver señorita, es Navidad, ¿Estamos todos? Pues sí, estamos todos. ¿Estamos bien? Siiiiii, estamos todos bien! Con la señora tristeza a nuestro ladito, un poquito, porque ahora toca eso, y nosotros aceptamos de buen grado su presencia ! (menuda llorera los cuatro hermanos viendo Avatar en el cine, menos mal que Magda estaba en la fila de atrás con su madre). ¿Cómo lleva Magda su proceso? Pues una vez pasadas las primeras semanas, que lo normal es estar terriblemente asustada, lo lleva genial porque está en el presente, solo en el presente y su presente es bueno!

Ese día la losa desapareció, y sólo tengo agradecimiento con la vida, por devolverme al presente (dudo que haya sido mérito mío). Cuando la gente me pregunta por Magda, debe pensar que soy medio lela, porque les respondo: "Está geniaaaaaal". Incluso dá lugar a malas interpretaciones, porque un amigo de mi tío me respondió: "que barbaridad, que fallos de diagnóstico, decir que era un estadio cuatro y está la muchacha genial".

No, no ...efectivamente es un estadio cuatro, pero HOY está genial!!!



# EL CAFELITO

## 2.

- López Gil A.  
MFyC C.S. Torreldones.  
Responsable de Docencia y Calidad.  
Miembro de la Comisión Local de CALIDAD de la DANO.  
Miembro de la Comisión de DOCENCIA de la DANO.  
Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Tutorización de estudiantes de la UFV.  
Experta Universitaria en el desarrollo de la Inteligencia, Capacidad Superior y Neuropsicología.  
Experta Universitaria en Gestión Sanitaria

Un Centro de Salud donde convivimos MF, personal de limpieza, enfermería, auxiliares, celadores, administrativos, mantenimiento... Generalmente es difícil de organizar, planificar, no sólo a nivel profesional sino también a nivel personal.

Cada uno con “nuestra mochila”, con nuestras virtudes y defectos, a veces atravesando momentos duros y otras felices, todo esto convive al mismo tiempo, en el mismo lugar.

Un **ambiente laboral agradable, relajado**, en el que cada individuo sea consciente del compromiso con la excelencia, exista una comunicación fluida y exista una cooperación interprofesional e interpersonal adecuadas, es una apuesta segura en favor de la **motivación y los resultados**.

El buen ambiente laboral aumenta la motivación, reduce el estrés, genera mayor compromiso en los integrantes y los empleados se sienten más cómodos y contentos.

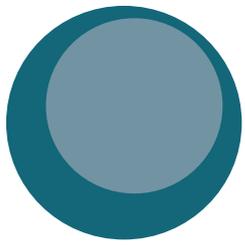
Quiero poner en valor a todos aquellos que hacen que los momentos duros no lo sean tanto, los que evitan poner palos en las ruedas, los que dicen una frase o un comentario en un momento que hace que la herida no duela tanto. Los que se alegran con las victorias, los que generan unión a pesar de la crispación.

Todo esto hace que un equipo de Atención Primaria funcione y funcione bien.

Hace que el profesional saque lo mejor de sí a la hora de trabajar, que se motive, rinda más y salgan proyectos adelante que de otra manera sería impensable.

Es algo que todos conocemos, pero que desafortunadamente no siempre es así.

Por eso, gracias a todos aquellos directores de centro, directores de enfermería, responsables administrativos y a todos aquellos integrantes de un Centro de Salud que sin ocupar un puesto directivo contribuyen y empatizan con las diferentes situaciones de sus compañeros.



# TABERNA DE PLATÓN

## GdT DE BIOÉTICA DE LA SoMaMFyC



**REFERENCIA:** 001006532576185 |  
**EAN:** 9788425432026  
**ISBN:** 9788425432026

Viktor Emil Frankl, autor de “El hombre en busca de sentido”, nació en marzo de 1905 en Viena y murió en septiembre del 1997 también en Viena. Fue un neurólogo, psiquiatra y psicoterapeuta que desarrolló la logoterapia.

Ya desde su adolescencia mostró interés por la psicología y la filosofía existencialista del momento y mantuvo correspondencia con Freud durante un cierto tiempo. En el campo de la psiquiatría, se dedicó primordialmente al estudio de la depresión y el suicidio y fundó consultas de terapia para jóvenes en la ciudad de Viena, que trajeron como resultado la reducción de la unidad de prevención del suicidio femenino en el Hospital Psiquiátrico Am Steinhof de Viena desde 1933 a 1937. Abrió una consulta privada de psiquiatría pero, al ser judío, los nazis le obligaron a cerrarla cuando ocuparon Austria en 1938. En esa época, fue nombrado jefe de neurología en el hospital judío de Rothschild, en Viena. En 1942, Frankl y su familia fueron arrestados por los nazis y trasladados a campos de concentración. Sus padres y su esposa fueron exterminados en los campos mientras que él

sobrevivió y estuvo durante años realizando trabajos forzados en Auschwitz y Duchan donde fue testigo de una brutalidad y una degradación humana sin límites. Basándose en esta realidad, propuso la teoría de que aquellos prisioneros para los que la vida tenía algún sentido tenían más probabilidades de sobrevivir.

Después de su liberación, Frankl volvió a Viena para hacerse cargo de la dirección del departamento de neurología del Hospital Policlínico de la ciudad. Fue profesor en la Universidad de Viena y en varias universidades estadounidenses hasta 1990. En 1992 se fundó el Instituto Viktor Frankl con el objetivo de hacer perdurar su obra. Fue galardonado con numerosos premios entre los que destacan el Premio Oskar Pfischer de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Recibió 29 doctorados *honoris causa* de distintas universidades. Frankl publicó más de 20 libros, de los que cabe nombrar, además del *bestseller* que nos ocupa, algunos como “Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia” o “La idea psicológica del hombre”.

Logoterapia (de “logos”, significado o sentido) significa terapia por medio del sentido o del significado. Es una disciplina que se difundió en los años 40. Es conocida como la “tercera escuela” de la psicoterapia vienesa después de la escuela de Sigmund Freud y la de Alfred Alder. Se basa en que la primera motivación del individuo es la búsqueda del significado de la vida y que el propósito fundamental de la psicoterapia debería ser ayudar al individuo a encontrar ese significado. Es un método de superación de los conflictos humanos que generan sufrimiento; nos da herramientas para convertir dichos conflictos en oportunidades de crecimiento personal. La logoterapia se basa en tres principios:

- Libertad de voluntad
- Voluntad de sentido
- Sentido de vida

La libertad de la voluntad se ejerce a través del auto-distanciamiento, capacidad humana por la cual uno puede verse a sí mismo y autoanalizarse. El autodistanciamiento nos libera del lastre que produce el condicionante genético, el instinto o el ambiente. Aunque esté condicionado por los tres, no está determinado

por ellos y eso le da libertad de elegir y ser responsable de sus elecciones.

La voluntad de sentido tiene que ver con la tendencia trascendental del hombre. El hombre siempre establece un objetivo más allá de sí mismo y la felicidad se obtiene por medio de alcanzar el objetivo y no por el fin en sí mismo. Los dos principios anteriores posibilitan que la persona esté dispuesta a buscar un valor que explique nuestra vida y que nos impulse a conservarla. Ese valor es el sentido de la vida que todo hombre está obligado a buscar, cada uno el suyo.

Como Gordon W. Allport dice en el prefacio de “Un hombre en busca de sentido”, si Frankl se hubiera limitado a relatar de esta forma magistral sus vivencias en el campo de concentración, “Un hombre en busca de sentido” hubiera sido simplemente un buen libro. Lo que le convierte en una obra de arte es la capacidad del autor para aunar en esta obra un análisis de las reacciones del ser humano frente al sufrimiento y cómo en el sufrimiento se puede encontrar un sentido a la vida por una parte y la narración de dichas vivencias como forma de ilustrar su pensamiento.

El libro comienza dándonos unas breves pinceladas sobre la utilidad de la logoterapia, para abordar diferentes patologías psiquiátricas. A continuación, el autor nos explica minuciosamente las tres etapas por las que pasa un prisionero de un campo de concentración, que se asemejan a las que experimentaría un ser humano inmerso en una situación de sufrimiento extremo:

La primera es una fase de shock al entrar en el campo, que comienza con una negación de la realidad tal y como ocurre en el duelo. No en vano, la entrada en el campo es una pérdida de lo más preciado que tiene una persona: su libertad y su vida anterior. De forma paralela, aparece lo que en psicología se conoce como la “ilusión del indulto”, es decir, la esperanza de que a uno le van a liberar en el último momento. Poco a poco, se van dando cuenta de que las emociones que experimentan ante hechos banales como el tomar un baño no son las mismas que experimentaban fuera del campo de concentración, aquí todo se tiñe de matices diferentes, lo más insignificante tiene una importancia trascendental. Esta etapa culmina cuando el prisionero se enfrenta con la realidad de que toda la vida pasada no importa, ya no existe. Sin embargo y, por muy extraño que parezca, no se producían un número importante de suicidios. Y la causa no era por falta de deseos de morir sino porque la muerte se veía tan próxima que no merecía la pena gastar ni tiempo ni energía para precipitarla.

La segunda fase estaba caracterizada por la apatía, por una especie de “muerte emocional” a la que se llegaba a los pocos días del internamiento. Una vez que el prisionero tomaba consciencia de su realidad,

experimentaba una añoranza de su vida anterior. Las torturas físicas y psicológicas a que era sometido, la repugnancia que todo lo que le rodeaba producía en él y las aterradoras vivencias le llevaban al convencimiento de que ya nada le importaría el resto de su vida y esto constituía un escudo protector, un mecanismo de defensa que le permitía sobrevivir. También la añoranza de la vida pasada y de los seres queridos eran armas de defensa y servían de impulso para seguir existiendo. Otros momentos, los más habituales, eran de irritabilidad por la falta de sueño, de higiene, de alimentación, por los trabajos forzados que tenía que realizar o por las situaciones de injusticia protagonizadas por los guardas de los campos, aun siendo ellos mismos prisioneros. A pesar de la desesperanza, es curioso que en el campo hubiese también momentos para la broma y el distendimiento y, para facilitarlos, se organizaban espectáculos en los que los prisioneros realizaban demostraciones de sus habilidades artísticas recitando un poema, cantando o tocando un instrumento musical.

La tercera y última etapa tenía lugar tras la liberación. Esta, al contrario de lo que se podía prever, no estaba caracterizada precisamente por la felicidad. En su lugar, los recién liberados experimentaban lo que Frankl denomina una “despersonalización”; no estaban habituados a reaccionar ante estímulos normales como alguien que no hubiese pasado por la experiencia del campo de concentración. En el campo, se había producido una muerte de toda su vida previa y ahora tenían que hacer que esas capacidades de reacción apareciesen de nuevo. Las capacidades orgánicas, como el comer hasta la saciedad, se desarrollaban casi inmediatamente; pero las capacidades psicológicas y morales necesitaban más tiempo. También se producía en algunos recién liberados lo que el autor llama “deformamiento moral” es decir, reacciones paradójicas como pasar de oprimidos a opresores de la misma forma que ocurre en los casos de maltratadores que, en muchas ocasiones, han sido previamente maltratados.

Frecuentemente, los recién liberados experimentaban la amargura y la desilusión al volver a su antigua vida. La amargura, al comprobar que su sufrimiento no era suficientemente reconocido y la desilusión, al enfrentarse con la realidad de que el anhelo de volver a ver a sus seres queridos, lo único que los había mantenido vivos en el campo, se disipaba al comprobar que ellos ya no estaban vivos. En estos casos, el sufrimiento que, en teoría había acabado con la liberación, continuaba y ya no tenía límites.

Quizá lo más destacado de “El hombre en busca de sentido” no es el relato de las experiencias de un preso en un campo de concentración. Esa es posiblemente la excusa que el autor utiliza para ilustrar y transmitir de forma más dinámica y comprensible conceptos filosóficos como el aprender a vivir, el

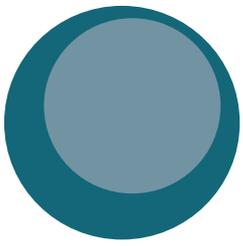
destino, la capacidad de decidir, la dignidad del ser humano, la libertad o el sentido de la vida.

El arte de vivir y de aprender a vivir es un tema latente a lo largo de la obra. Los eventos que se celebraban en el campo donde los reclusos mostraban sus capacidades artísticas y de entretenimiento, los chistes, las bromas era una forma de fortalecerlos psicológicamente y de aprender a vivir, como también lo era el saber disfrutar de los pequeños privilegios que podían tener, como, por ejemplo, el hecho de que las noches que no sonaban las sirenas y podían dejar la luz de los barracones encendida durante unos minutos más podían despiojarse y eso significaba dormir mejor, algo imprescindible para afrontar el duro trabajo del día siguiente. En un entorno que no reconoce el valor de la vida y la dignidad humana, donde se les había despojado de su voluntad y les habían convertido en objeto de esclavitud, donde la persona se ve reducida a un número era imperativo aprender a vivir. Frank confiere una importancia capital a la vida espiritual y la meditación y su función en situaciones extremas de la vida, pues la fortaleza para aguantar la batalla psicológica depende, en última instancia, de la capacidad del individuo para refugiarse en sí mismo y sacar fuerzas de la nada, de la belleza de

la naturaleza, de observar una puesta de sol o de lo que nadie puede arrebatarse a nadie, sus pensamientos.

En estas condiciones, los prisioneros se habían convertido en objetos del destino, de un caprichoso destino que nada tiene que ver con la razón. Si bien es sabido que el entorno condiciona al ser humano, ¿podríamos afirmar que las condiciones tan extremas a las que estaban sometidos los prisioneros les despojan de toda capacidad de decidir? En este punto es donde el autor se muestra firme en su defensa de que, a pesar de las dificultades que la vida nos depara, siempre queda un vestigio de libertad para decidir; en este caso, por ejemplo, para decidir qué actitud mostrar ante la adversidad. Esa es la libertad interior que nada ni nadie nos puede arrebatarse y que hace que la vida tenga sentido en ella misma. Todas las experiencias y todas las circunstancias dan sentido a la vida, también el sufrimiento en la medida en que nos ayuda a recibir las vivencias con perspectiva, a valorar las cosas insignificantes, a aprender a vivir, a dignificar nuestra vida; en una palabra, a dar sentido a la vida.

GdT de Bioética de la SoMaMFyC



## APLICABILIDAD DEL ESTUDIO ENRICA-RENAL EN LA ACTUALIDAD

■ María Tablado M.A.  
GdT Diabetes SoMaMFyC  
GdT HTA semFYC

Hace más de cuatro años de la publicación del artículo llamado ENRICA renal o prevalencia de enfermedad crónica (ERC) en España: “Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors”, por los autores Manuel Gorostidi, Mercedes Sanche Martínez, Luis M Ruilope y col<sup>1</sup>. Un estudio basado en los datos de la cohorte Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascularen España (ENRICA) que se desarrolló entre junio de 2008 y octubre de 2010. A casi cinco años vista de la citada publicación y prácticamente quince del inicio de la recogida de datos de la cohorte ENRICA, nos preguntamos si en la actualidad sigue existiendo esa prevalencia y, sobre todo, si el RCV y sus distintos componentes son factores de riesgo independientes de la ERC. Es decir, si son desencadenantes de la misma, si condicionan su progresión y si son, incluso, predictores de mortalidad renal necesidad de terapia sustitutiva renal (TSR). La pregunta sigue abierta después de un sinnúmero de estudios pivotaes con la ERC como objetivo de tratamiento.

En el ENRICA renal, los autores realizaron un análisis de prevalencia de ERC a tenor de los criterios diagnósticos vigentes en 2018 (guías KDIGO<sup>3,4</sup>), así como un análisis de predicción de diez factores conocidos de riesgo cardiovascular (RCV) en la citada prevalencia de ERC.

La clasificación de los participantes que tenían diagnóstico de ERC se realizó según las Guías KDIGO vigentes en la actualidad donde se considera tanto ERC aquellos pacientes con un filtrado glomerular (FGe) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y/o aquellos con un cociente albumina creatinina en primera orina de la mañana (CAC) >30mg/g. El FGe se calculó mediante la ecuación CKD-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) vigente en la actualidad.

Se establecieron 6 categorías (G1, G2, G3a, G3b, G4, G5) para el FGe y 3 categorías para la CAC (A1, A2, A3). Los factores de RCV utilizados fueron edad, sexo, hipertensión arterial, obesidad, obesidad abdominal, tabaquismo activo, diabetes mellitus, colesterol LDL, colesterol HDL, hipertrigliceridemia, y sedentarismo.

La hipertensión se definió como cifras tomadas tres veces en el domicilio con el manguito adecuado obteniéndose como cifra guía la media de estas. La actividad física se catalogó en muy activo, moderadamente activo, moderadamente inactivo e inactivo. Se definió HTA como aquellos pacientes con tratamiento antihipertensivo o cifras >140/90 mmHg. Obesidad se consideró un IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>. Diabetes se consideró a pacientes en tratamiento con fármacos ara la misma, glucemias basales en ayunas > 126mg/dl y/o HbA1c > 6,5%. LDL alto se consideró >115mg/dl, HDL bajo < 46 mg/dl en mujeres, < 40 mg/dl en hombres, hipertrigliceridemia >150 mg/dl. Se utilizó el SCORE como calculadora de RCV total.

La edad media de los participantes, n=11.505, fue de 47 años, 49% hombres, IMC medio 26,8 Kg/m<sup>2</sup> (obesidad 22,6%), inactivo o moderadamente inactivo (61%), TA media (128/ 75 mmHg), Hipertensos (33%), tabaquismo (27%), Diabetes (7%), creatinina media 0,97 mg/dl, la media de FGe fue de 86, 2 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, con FGe <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> 11,8%, y CAC > 30 mg/dl 5%. La prevalencia de ERC combinando ambos parámetros fue del 15.1%.

Fue estadísticamente significativa la diferencia de prevalencia de ERC en mayores de 65 en ambos sexos, y de varones sobre mujeres. También lo fue entre los pacientes con y sin ERC en nivel educativo inferior, obesidad, actividad física, hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular previa. El tabaco fue factor protector. La prevalencia de ERC con un solo factor RCV fue de 4.5%; con dos, de 10,4%; con tres, 16% (prevalencia de la población total); y con 8 factores la prevalencia fue 52,3%.

La conclusión de estos autores fue muy acertada considerando que debemos extremar la detección y prevención del resto de factores de RCV que también condicionan el desarrollo de ERC, sobre todo: mayores, hipertensos, diabetes mellitus, obesidad, y sedentarismo.

La pregunta para realizar a estos autores y a futuros investigadores sería ¿qué pasaría si se hiciera el análisis con las evidencias actuales en RCV? Y también,

¿es nuestra población media de consulta del día a día del médico de familia la que aparece en la cohorte?, ¿podríamos generalizar los resultados a nuestra población de nuestro cupo?

Tenemos claro que el envejecimiento nos traerá más prevalencia e incidencia de ERC y TSR, así como un aumento de los gastos y mortalidad. Que la optimización de las cifras de tensión arterial fuera 130/80 mmHg aumentaría los hipertensos. Que la optimización de las cifras de glucosa, sobre todo en pacientes de poco tiempo de evolución o jóvenes, debe acercarse a 6,5% de HbA1c. Que la obesidad (epidemia del siglo XXI) puede aumentar claramente la incidencia y prevalencia de ERC y TSR. Que las cifras de control de LDL para muchos de estos pacientes (por SCORE, por acumulo de factores de RCV o por la propia ERC) nos debe llevar a 55 mg/dl y 70 mg/dl en el mejor de los casos, por lo que si no son tratados aumentará su riesgo, ERC y TSR. Y que seguramente el tabaco no sea factor protector. En nuestra población la raza tiene

poca influencia, aunque sigue estando en la calculadora CKD-EPI de generalizado uso en nuestro medio.

Y, por último, lo más deseable sería que los pacientes que se diagnostican de ERC incidente lo hagan como en el caso del estudio ENRICA analizado (42% estadio G2A1) [Tabla 1]. La presencia de CAC alterado puede y debe ser un marcador de inicio de la enfermedad y de daño vascular a tener en cuenta a la hora de planificar medicación que la frene o evite su progresión.

La gran paradoja no es tanto diagnosticar pronto sino saber prevenir su desarrollo, su progresión y saber derivar a un segundo nivel cuando sea preciso a estos pacientes para estudio, seguimiento y tratamiento oportuno (una de las casusas de progresión a TSR es la derivación tardía).

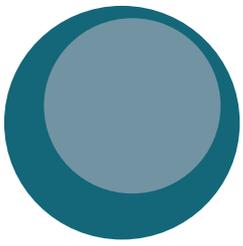
La ERC supone un gran reto que fue intuido por estos autores y que en la actualidad debe ser prioritario en nuestros sistemas de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors. Gorostidi M, Sanchez- Martinez M, Ruilope LM et al. Nefrología 2018; 38(6):606-615 [Accessed 2023/february/18]. Disponible en : <https://www.revistanefrologia.com/en-chronic-kidney-disease-in-spain-articulo-S201325141830141X>
2. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for the Diabetes Management Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. 2020;98 S1-120. [Accessed 2023/february/18]. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2020/10/KDIGO-2020-Diabetes-in-CKD-GL.pdf>
3. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. 2021;99 S1-87. [Accessed 2023/february/18]. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>

FILTRADO GLOMERULAR Categorías, descripción y rango			ALBUMINURIA		
			Categorías, descripción y rango		
			Normal o ligeramente aumentada	Moderadamente aumentada	Gravemente aumentada
			< 30mg/g	30- 300 mg/g	>300 mg/g
<b>G1</b>	Normal o elevado	>90	42,9%	1.5%	0.1%
<b>G2</b>	Ligeramente disminuidas	60- 90	42%	1.7%	0%
<b>G3a</b>	Ligera a moderada disminución	45- 60	9%	0.9%	0.1%
<b>G3b</b>	Moderada a gravemente disminución	30- 45	1.1%	0.5%	0.1%
<b>G4</b>	Gravemente disminuido	15- 30	0.1%	0.1%	0%
<b>G5</b>	Fallo renal	<15	0%	0%	0%

**Tabla 1. Prevalencia de las distintas situaciones de riesgo cardio renal según la tabla de estratificación KDIGO.**



# CARTA AL DIRECTOR

## ANTE INEFICACIA DE RAASI EN DISMINUCIÓN DE ALBUMINURIA EN DIABETES MELLITUS SIN ALTERACIÓN DEL FILTRADO NO SUSPENDER

■ María Tablado M.A.  
GdT Diabetes SoMaMFyC  
GdT HTA semFYC

Querido director.

Quería solicitar de usted realizar un comentario aprovechando su revista Médicos de Familia sobre el artículo de Viktor Rotbain Curovic, Niels Jongs publicado recientemente en la revista Diabetes Care: "Optimization of Albuminuria-Lowering Treatment in Diabetes by Crossover Rotation Four Different Drug Classes: A randomized Crossover Trial"<sup>1</sup>.

En este estudio llamado crossover pragmático se somete a pacientes Diabetes 1 y Diabetes 2 con albuminuria sin deterioro de la Función Renal (FGe >60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>) a cuatro tratamientos diferentes que son rotados cada cuatro semanas con un periodo de lavado de otras cuatro. Los pacientes recibirán Telmisartan 80 mg, Linagliptina 5mg, baricitinb 2 mg y empaglifocina 10 mg. Observándose cuál de los cuatro produce mayor disminución de albuminuria y cual mantiene mayor tiempo el efecto.

El estudio no permite conocer cuántos de los pacientes que iniciaron el tratamiento eran Hipertensos pues no se indica que fuera criterio de exclusión ni que tratamientos antihipertensivos tenían. No obstante, en la tabla resumen publicada observamos que hay 35% de pacientes con diuréticos tipo tiazidas y 17% que toman diuréticos de asa.

Según las guías ADA 2022 sobre el manejo del paciente con DM y HTA<sup>2</sup> en el paciente DM e hi-

pertenso se recomienda utilizar RAASI en primera línea si la TA arterial es 140/90 mm Hg y combinación RAASI con tiazida si la presión es superior a 160/90. Las guías ESC/ESH 2018 sobre tratamiento de la HTA y DM nos confirman que el tratamiento desde el principio debe ser la combinación RAASI con tiazidas o RAASI con Bloqueantes de canales de calcio<sup>3</sup>.

Si en este estudio había pacientes hipertensos puede que estén durante 24 semanas sin RAASI. Ofreciéndose la posibilidad en el mismo de realizar un rescate de tratamiento antihipertensivo) a aquellos pacientes cuya tensión (entendemos que diastólica o sistólica se modifica 10 mmHg). Ofreciendo bloqueantes de canal de calcio, betabloqueantes o clonidina. No sabemos si hubo una cifra de tensión arterial que significara abandono del estudio o cuantos tuvieron que realizar un rescate.

Un reciente estudio observa como la no optimización de RAASI o la suspensión repentina del mismo incrementa el riesgo de evento cardiovascular<sup>4</sup>.

No sería más acertado proponer que ante el riesgo de evento cardiovascular en los pacientes que discontinúan un RAASI por no eficacia en la reducción de albuminuria se añadieran otros fármacos con eficacia demostrada en albuminuria y DM (isgl2, finerenona) y no se suspendieran los RAASI con el riesgo que supone.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Viktor Rotbain Curovic, Niels Jongs, Marjolein Y.A.M. Kroonen, Emilie H. Zobel, Tine W. Hansen, Taha Sen, Gozewijn D. Laverman, Adriaan Kooy, Frederik Persson, Peter Rossing, Hiddo J.L. Heerspink; Optimization of Albuminuria-Lowering Treatment in Diabetes by Crossover Rotation to Four Different Drug Classes: A Randomized Crossover Trial. *Diabetes Care* 1 March 2023; 46 (3): 593–601. <https://doi.org/10.2337/dc22-1699>
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Cardiovascular Disease and Risk Management. Standards of Medical Care in Diabetes\_2022. *Diabetes Care* 2022; 45 (Suppl. 1): S144-s174 <https://doi.org/10.2337/dc22-S010>
3. Williams B, Mancia et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(2):160. e1-e78 <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>
4. Kanda, E, Rastogi, A, Murohara, T et al. Clinicak imact of suoptimal RAASi therapy folowing an episode of hyperkalemia. *BMC Nephrol* 24, 18 (2023). <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-022-03054-5>