

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 3 • VOL 25

DICIEMBRE 2023

5 EDITORIAL

González Fernández C.

6 GRUPOS DE TRABAJO

XXX CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "RECONSTRUYENDO LOS PILARES"

ACTUALIZACIONES "PLIS – PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.

- 1. PLIS PLAS GDT DIABETES
DIAGNÓSTICO PRECOZ Y CONTROL ESTRICTO PRECOZ**
María Tablado M.A.
- 2. PLIS PLAS GDT ECOGRAFÍA
LA ECOGRAFÍA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR**
Calderín Morales M.P. Rodríguez Pascual N., Ortiz Heras V., Alonso Roca R., Calvo Cebrián A.
- 3. PLIS PLAS GDT DIGESTIVO
ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (ANTES ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO): ACTUALIZACIÓN.**
Noguerol Álvarez M., Benito Ramos G., Guardiola Arévalo A., Amador Romero J., García Zurita R., González Godoy M., Gázquez Pérez J.
- 4. PLIS PLAS GDT RESPIRATORIO
SOPLA, SOPLA, SOPLA... MEJOR. RESUMEN DE PRINCIPALES NOVEDADES ÚLTIMO AÑO.**
Núñez Palomo, S. CS Torrelaguna. DAN. Madrid.
- 5. PLIS PLAS PACAP
ESTAMOS DE MODA... ¡VENTE PACAP!**
Jiménez Hervás J.I., Jiménez Olivas N2.
- 6. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN A LA MUJER**
Yanes Baonza M. Especialista en MFyC. C.S. Rafael Alberti
- 7. PLIS PLAS GRUPO PAPPS
BREVE RESUMEN DE LAS NOVEDADES INCLUIDAS EN LAS ACTUALIZACIONES PAPPS 2022**
Cervigón Portaencasa R., Camarelles Guillem F.
- 8. PLIS PLAS GDT A. AL MAYOR
CRITERIOS STOPP/START 3.0**
García Pliego, R. A.
- 9. PLIS PLAS GDT FARMACOTERAPIA
HACIENDO FRENTE AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS.**
Jerez Fernández P., Pérez Santos S.
- 10. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN DOMICILIARIA
LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN A DOMICILIO EN NUESTRO DÍA A DÍA**
Sanz Sanz M., Merlo Loranca M., Moreno Fernández J., Paloma Larena Grijalba P., Sanz Ventureira L.
- 11. PLIS PLAS GDT SALUD BASADA EN EMOCIONES**
Dols Juste J., Henares García P., Alache Zúñiga H.C., Prada Pérez J.J., Abellán López F., Álvarez Espinosa M.C.
- 12. PLIS PLAS GDT INEQUIDADES EN SALUD. SALUD INTERNACIONAL**
Gallardo Muñoz, A., Codina Carballo, L., Rubio Mancha, R., Cabrera Majada, A.
- 13. PLIS PLAS GDT DERMATOSCOPIA Y DERMATOLOGÍA QUE HAY DE NUEVO EN DERMATOSCOPIA**
Gloria Viñas Fernández G.

49 INCIDENTE CRÍTICO

- 1. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CRITERIO MÉDICO**
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
- 2. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**
González I., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.
- 3. DESAFÍOS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL CONTEXTO DE CRISIS: APRENDIZAJES Y ESTRATEGIAS FRENTE A PACIENTES Y FAMILIARES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS**
Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C., Gonzalez I, Casaseca García P.

55 ORIGINAL

EXCLUSIÓN RESIDENCIAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO: FENÓMENOS INTERDEPENDIENTES

Benedicto Subirá C., De Blas Hernando C., Pina Zoraquain A., Andreu Iborra, B.

65 CASOS CLÍNICOS

- 1. TIÑA CAPITIS Y PELUQUERÍAS.**
Irene Paniagua-Ortiz I., Pamos García M., Pere PedroJ.A., Prado Valdivieso R., Mansilla Martín T.
- 2. MI HIJO SE ESTÁ QUEDANDO CALVO.**
Fernández Fernández R., de Santiago Cortés E., Ruiz Chércoles E., de Alba Martínez C., Rubio Capote M.
- 3. HEMATOMAS REPENTINOS EN ADOLESCENTE.**
Martín González M., Pineda Torcuato A., Luque García L., De Prada Rodríguez MA., López Gil A.
- 4. BAROTRAUMATISMO: MANEJO Y PREVENCIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.**
Ramos Pérez A., Rodríguez Sanjuan M.I., Viñal González M.
- 5. LESIONES CUTÁNEAS "EN ÁRBOL DE NAVIDAD", UN CASO DE PITIRIASIS ROSADA.**
Martín González, M., Pineda Torcuato, A., De Prada Rodríguez, MA.
- 6. HIPERUCEMIA Y GOTA REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO.**
Díaz Canales, T., Ramos Pérez, A.
- 7. CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA NO ES LO REALMENTE IMPORTANTE.**
Cortiguera Landa I.M; del Pozo Merino E., Montero Borja C.I.
- 8. "BULTO EN AXILA". INUSUAL MOTIVO DE CONSULTA DEL CÁNCER DE OVARIO.**
García Pérez I., Garrido Luquero C., Elvira Rubio Benito E., Domingo Pacheco I., Hannah Louise Makki H.L., Silván Domínguez M.
- 9. PHTHIRIASIS PALPEBRAL, ETIOLOGÍA INUSUAL DE CONJUNTIVITIS DE REPETICIÓN.**
Fernández Fernández R., Ruiz Chércoles E., de Santiago Cortés E.

10. **"DOCTOR, ME HAN DICHO QUE TENGO UNA VERRUGA EN EL CORAZÓN"**
Ondiviela Caja J.A., Calonge García M.A.
11. **LIPOTROFIA SEMICIRCULAR, LA GRAN DESCONOCIDA.**
Pérez Mañas G., Makki H., Leal Aragón M., Pérez Calero L., Cerrada Cerrada E.
12. **LEISHMANIASIS VERSUS TROMBOCITOS (policías vasculares)**
Paniagua-Ortiz I., Mansilla Martín T., Pamos García M.
13. **EL DIAGNÓSTICO DE UNA ÚLCERA CORNEAL CON UNA LUZ AZUL.**
R. Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M.
14. **LESIÓN CUTÁNEA EN LA MAMA DERECHA. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**
Martín González M., Pineda Torcuato A., De Prada Rodríguez MA., Chato Vázquez M.
15. **PLEVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
M. Yamina Romero- Barzola M.; Sierra Santos L.; Martínez Esteban C.

16. **DOCTORA, YO SOY ANTI-MÉDICOS.**
García de Prado Cwierz M., Alfonso Martínez P., Llorente de Santiago L.

111 TABERNA DE PLATÓN

- CARTAS A UN JOVEN POETA**
García B.

113 LECTURA COMENTADA

- ¿ES LA ASPIRINA DE TODA LA VIDA EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN TROMBÓTICA POST-FRACTURA?**
Roviralta Abildúa B., León Vázquez F.

116 CARTA AL DIRECTOR

- MEDICINA DE FAMILIA**
Placeres Alfonso L.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 3 • VOL 25

DICIEMBRE 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: Raquel del Pozo Valero. **Vocalía de JMF:** Almudena Castaño Reguillo.

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 • WEB: www.somamfyc.com

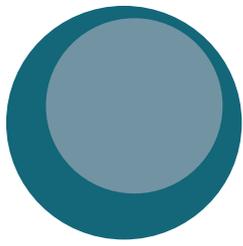
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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

González Fernández C.

6 GRUPOS DE TRABAJO

XXX CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "RECONSTRUYENDO LOS PILARES"

ACTUALIZACIONES "PLIS – PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.

- 1. PLIS PLAS GDT DIABETES
DIAGNÓSTICO PRECOZ Y CONTROL ESTRICTO PRECOZ**
María Tablado M.A.
- 2. PLIS PLAS GDT ECOGRAFÍA
LA ECOGRAFÍA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR**
Calderín Morales M.P. Rodríguez Pascual N., Ortiz Heras V., Alonso Roca R., Calvo Cebrián A.
- 3. PLIS PLAS GDT DIGESTIVO
ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (ANTES ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO): ACTUALIZACIÓN.**
Noguerol Álvarez M., Benito Ramos G., Guardiola Arévalo A., Amador Romero J., García Zurita R., González Godoy M., Gázquez Pérez J.
- 4. PLIS PLAS GDT RESPIRATORIO
SOPLA, SOPLA, SOPLA... MEJOR. RESUMEN DE PRINCIPALES NOVEDADES ÚLTIMO AÑO.**
Núñez Palomo, S. CS Torrelaguna. DAN. Madrid.
- 5. PLIS PLAS PACAP
ESTAMOS DE MODA... ¡VENTE PACAP!**
Jiménez Hervás J.I., Jiménez Olivas N2.
- 6. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN A LA MUJER**
Yanes Baonza M. Especialista en MFyC. C.S. Rafael Alberti
- 7. PLIS PLAS GRUPO PAPPS
BREVE RESUMEN DE LAS NOVEDADES INCLUIDAS EN LAS ACTUALIZACIONES PAPPS 2022**
Cervigón Portaencasa R., Camarellas Guillem F.
- 8. PLIS PLAS GDT A. AL MAYOR
CRITERIOS STOPP/START 3.0**
García Pliego, R. A.
- 9. PLIS PLAS GDT FARMACOTERAPIA
HACIENDO FRENTE AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS.**
Jerez Fernández P., Pérez Santos S.
- 10. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN DOMICILIARIA
LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN A DOMICILIO EN NUESTRO DÍA A DÍA**
Sanz Sanz M., Merlo Loranca M., Moreno Fernández J., Paloma Larena Grijalba P., Sanz Ventureira L.
- 11. PLIS PLAS GDT SALUD BASADA EN EMOCIONES**
Dols Juste J., Henares García P., Alache Zúñiga H.C., Prada Pérez J.J., Abellán López F., Álvarez Espinosa M.C.
- 12. PLIS PLAS GDT INEQUIDADES EN SALUD. SALUD INTERNACIONAL**
Gallardo Muñoz, A., Codina Carballo, L., Rubio Mancha, R., Cabrera Majada, A.
- 13. PLIS PLAS GDT DERMATOSCOPIA Y DERMATOLOGÍA QUE HAY DE NUEVO EN DERMATOSCOPIA**
Gloria Viñas Fernández G.

49 INCIDENTE CRÍTICO

- 1. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CRITERIO MÉDICO**
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
- 2. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**
González I., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C, Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.
- 3. DESAFÍOS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL CONTEXTO DE CRISIS: APRENDIZAJES Y ESTRATEGIAS FRENTE A PACIENTES Y FAMILIARES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS**
Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C., Gonzalez I, Casaseca García P.

55 ORIGINAL

EXCLUSIÓN RESIDENCIAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO: FENÓMENOS INTERDEPENDIENTES

Benedicto Subirá C., De Blas Hernando C., Pina Zoraquiain A., Andreu Iborra, B.

65 CASOS CLÍNICOS

- 1. TIÑA CAPITIS Y PELUQUERÍAS.**
Irene Paniagua-Ortiz I., Pamos García M., Pere PedroJ.A., Prado Valdivieso R., Mansilla Martín T.
- 2. MI HIJO SE ESTÁ QUEDANDO CALVO.**
Fernández Fernández R., de Santiago Cortés E., Ruiz Chércoles E., de Alba Martínez C., Rubio Capote M.
- 3. HEMATOMAS REPENTINOS EN ADOLESCENTE.**
Martín González M., Pineda Torcuato A., Luque García L., De Prada Rodríguez MA., López Gil A.
- 4. BAROTRAUMATISMO: MANEJO Y PREVENCIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.**
Ramos Pérez A., Rodríguez Sanjuan M.I., Viñal González M.
- 5. LESIONES CUTÁNEAS "EN ÁRBOL DE NAVIDAD", UN CASO DE PITIRIASIS ROSADA.**
Martín González, M., Pineda Torcuato, A., De Prada Rodríguez, MA.
- 6. HIPERUCEMIA Y GOTA REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO.**
Díaz Canales, T., Ramos Pérez, A.
- 7. CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA NO ES LO REALMENTE IMPORTANTE.**
Cortiguera Landa I.M; del Pozo Merino E., Montero Borja C.I.
- 8. "BULTO EN AXILA". INUSUAL MOTIVO DE CONSULTA DEL CÁNCER DE OVARIO.**
García Pérez I., Garrido Luquero C., Elvira Rubio Benito E., Domingo Pacheco I., Hannah Louise Makki H.L., Silván Domínguez M.
- 9. PHTHIRIASIS PALPEBRAL, ETIOLOGÍA INUSUAL DE CONJUNTIVITIS DE REPETICIÓN.**
Fernández Fernández R., Ruiz Chércoles E., de Santiago Cortés E.
- 10. "DOCTOR, ME HAN DICHO QUE TENGO UNA VERRUGA EN EL CORAZÓN"**
Ondiviela Caja J.A., Calonge García M.A.
- 11. LIPOATROFIA SEMICIRCULAR, LA GRAN DESCONOCIDA.**
Pérez Mañas G., Makki H., Leal Aragón M., Pérez Calero L., Cerrada Cerrada E.
- 12. LEISHMANIASIS VERSUS TROMBOCITOS (policías vasculares)**
Paniagua-Ortiz I., Mansilla, Martin T., Pamos García M.
- 13. EL DIAGNÓSTICO DE UNA ÚLCERA CORNEAL CON UNA LUZ AZUL.**
R. Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M.
- 14. LESIÓN CUTÁNEA EN LA MAMA DERECHA. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**
Martín González M., Pineda Torcuato A., De Prada Rodríguez MA., Chato Vázquez M.
- 15. PLEVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
M. Yamina Romero- Barzola M.; Sierra Santos L.; Martínez Esteban C.
- 16. DOCTORA, YO SOY ANTI-MÉDICOS.**
García de Prado Cwierz M., Alfonso Martínez P., Llorente de Santiago L.

111 TABERNA DE PLATÓN

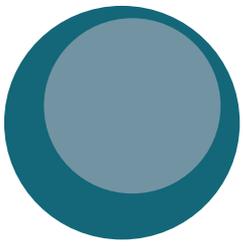
CARTAS A UN JOVEN POETA
García B.

113 LECTURA COMENTADA

¿ES LA ASPIRINA DE TODA LA VIDA EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN TROMBÓTICA POST-FRACTURA?
Roviralta Abildúa B., León Vázquez F.

116 CARTA AL DIRECTOR

MEDICINA DE FAMILIA
Placeres Alfonso L.



EDITORIAL

El pasado 3 de octubre de 2023 se celebró el XXX Congreso de la SoMaMFyC.

Fue un orgullo poder celebrar este evento anual tan importante para nuestra Sociedad Científica en un lugar tan emblemático como el Ateneo de Madrid, que es considerado la institución cultural privada más importante de la historia española contemporánea y que cuenta con 200 años de historia a sus espaldas.

El lema del congreso fue “Reconstruyendo los pilares”: ya que después de las grandes dificultades que atravesamos, seguimos siendo un pilar fundamental de la salud y continuamos aprendiendo siempre a reconstruirnos, haciéndolo con solidez.

Durante esta jornada aprendimos sobre temas muy diversos: insuficiencia cardiaca, nos pusimos al día en inhaladores, en nuestras competencias en infiltraciones, en el manejo del paciente al final de la vida, en la exploración neurológica y como comunicarnos mejor en situaciones difíciles.

En la mesa “Eutanasia. Que hemos aprendido en dos años en la Comunidad de Madrid” se reflexionó de

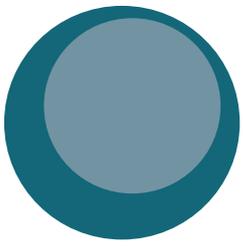
manera muy profunda sobre la eutanasia dos años después de su implantación.

En el espacio científico nos brindó la posibilidad de conocer los trabajos fin de residencia premiados por la vocalía de investigación y por supuesto los trabajos más relevantes de los 122 recibidos para este congreso.

Como siempre, los grupos de trabajo de SoMaMFyC abordaron las últimas novedades en sus áreas en la mesa “Actualización en un plis plas”.

En la mesa “Odisea en Atención Primaria: ¿Qué galaxia es nuestro destino?”, se reflexionó sobre la Medicina de Familia que queremos ejercer y sobre el modelo de Atención Primaria al que queremos evolucionar.

Cristina González Fernández
*Presidenta Comité Organizador
XXX Congreso de la SoMaMFyC*



GRUPOS DE TRABAJO

XXX CONGRESO DE LA SOMAMFyC



El 3 de octubre de 2023, se celebró el XXX Congreso de la SoMaMFyC, en el Ateneo de Madrid, con el lema Reconstruyendo los pilares.

ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

Ofrecemos en este apartado las exposiciones de los grupos de trabajo de la SoMaMFyC en el XXX Congreso de la SoMaMFyC, celebrado el día 3 de octubre de 2023 en el Ateneo de Madrid.

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”

1. PLIS PLAS GDT DIABETES

- María Tablado M.A.
Médico de Familia, Rural y Comunitario

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y CONTROL ESTRICTO PRECOZ

Empezamos por un informe conjunto con la participación de SEEN (Sociedad Española de Endocrinología), SED (Sociedad Española de Diabetes), Weber (Economía y salud), FEDE (Federación española de pacientes con Diabetes) y Lilly. Presentado a los medios en noviembre 2022. El informe titulado “Valor social de un control estricto y temprano de la diabetes tipo 2 en España” ha sido realizado para Lilly por Weber¹. Según el informe, el 7,8% de los españoles conviven

con diabetes tipo 2 (DM2). Destaca la importancia del control temprano y estricto de esta enfermedad, ya que puede prevenir complicaciones y reducir la mortalidad, además de ahorrar recursos sanitarios y mejorar la calidad de vida. Según el estudio, una persona con DM2 controlada puede ahorrar 2.649 € durante los primeros cinco años después del diagnóstico. En total, un control estricto y temprano de la DM2 podría generar 185 millones de euros de valor social en España, lo que equivale a una reducción del 8,7% del costo total generado por la diabetes. El informe también destaca que el diagnóstico precoz y la educación diabetológica son fundamentales para

un buen control de la enfermedad y para prevenir complicaciones. Además, enfatiza la importancia de la adherencia terapéutica y menciona la relevancia de la intervención dietética y el ejercicio físico en el tratamiento.

CONTROL TEMPRANO

Para actualizarnos mejor en los motivos de tener un control temprano seguimos a Sagredo Pérez en la revista *Diabetes Practica*². “Control integral temprano de la Diabetes tipo 2”, que de forma resumida por el autor nos comenta que la DM2 es una enfermedad grave y progresiva que precisa un tratamiento complejo para evitar las complicaciones y el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen. La intervención mediante un tratamiento intensivo, integral y desde el momento del diagnóstico previene el “efecto legado” o la “memoria metabólica” y sus consecuencias a largo plazo. Los profesionales sanitarios que atienden al paciente en el momento del diagnóstico debemos transmitir a la persona con diabetes unos objetivos concretos de control y consensuar las distintas estrategias terapéuticas para alcanzar estos objetivos lo más pronto posible.

TRATAMIENTO INTENSIVO

En esta misma línea queríamos destacar que retrasar la intensificación del tratamiento un año en DM y HbA1c $\geq 7\%$ supone un aumento de complicaciones como IC, ictus, infarto agudo de miocardio (IAM) y enfermedad cardiovascular (EVC). El estudio EDICT

demonstró que quienes realizaban terapia combinada de inicio conseguían un descenso rápido de HbA1c que se mantenía en el tiempo, además de beneficios ponderales, sin provocar más hipoglucemias. El estudio VERIFY analizó y corroboró, de modo similar al estudio anterior, que el tratamiento combinado basado en metformina y vildagliptina desde el inicio fue mejor que el manejo escalonado. El artículo “From glucose lowering agents to disease/diabetes modifying drugs: a “SIMPLE” approach for the treatment of type 2 diabetes” nos recuerda que en este manejo debe intervenir todo el equipo de Atención Primaria e incluirá no solo fármacos, sino también cambios del estilo de vida para prevenir complicaciones y mejorar el control metabólico. Sin olvidar la reevaluación periódica para asegurar una correcta adherencia terapéutica³.

MCG. MEDICIÓN CONTINUA DE GLUCOSA

Es una forma de conocer a nuestros pacientes con Diabetes que va más allá del control metabólico (glucemia basal, HbA1c). El Consejo Interterritorial en sus últimas indicaciones 2022 ha incluido la DM2 en tratamiento intensivo con insulina (necesidad de varias dosis de insulina diarias) y que precisaran > 6 punciones capilares diarias como indicación de MCG para asegurar un buen control.

Referimos aquí a uno de tantos estudios sobre las ventajas de este método, el estudio IMMEDIATE sobre la mejora de la calidad de vida y de la gestión en diabetes. Aquí el uso de sistemas de MCG mejoraría el control glucémico de quienes lo utilizan, reduciría

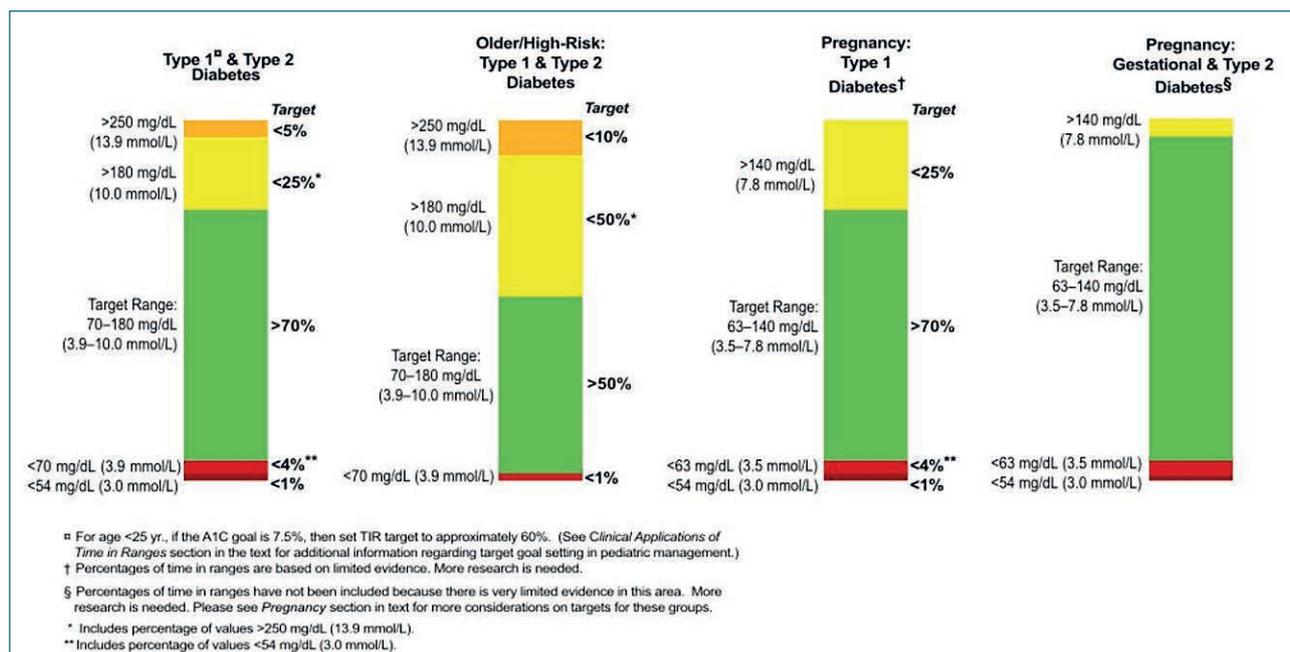


Figura 1. Modelos ideales de control en distinto tipo de Diabetes. Tomado de Battelino *et al*⁶

las hipoglucemias, los ingresos por cualquier causa y las complicaciones agudas independientemente del tipo de DM que padezcan⁴.

Para todos aquellos interesados en conocer los informes que aporta la MCG, lo que es Tiempo en Rango (TIR) y demás aplicaciones les invitamos a la lectura del artículo de Battelino para la revista *Diabetes Care*⁵. (Figura 1)

TIR O HbA1c

Siguiendo el artículo de Sanz Vela en la revista *Diabetes Practica*⁶ a la hora de determinar cuál es el mejor método que monitorice una enfermedad, este ha de ser cuantificable, comprensible, relevante, modificable y fiable. La HbA1c podría decirse que no es del todo fiable, se modifica en determinadas situaciones como en la anemia o cuando cambia la vida media del hemátie. La HbA1c puede verse afectada por algunos factores no glucémicos, pero es útil para valorar el control glucémico a largo plazo y ha demostrado relacionarse con las complicaciones crónicas de la DM. El TIR es un buen marcador de la glucemia que permite evaluar a corto plazo el control glucémico, siendo especialmente útil para la consulta y para la educación diabetológica.

FÁRMACOS

FINERENONA

El primer fármaco que queremos revisar es finerenona que aún no está aprobado por la EMA ni la AEMPs. Es un antagonista no esteroideo altamente selectivo de los mineralocorticoides. La espirolactona y la eplerenona que no son tan selectivos, a pesar de

disminuir la proteinuria, no han demostrado reducir la progresión de la ERC. La finerenona ha demostrado reducir de forma importante la albuminuria en pacientes con DM2 y ERC ya desde el 4º mes de tratamiento. En pacientes con ERC y DM2 la finerenona reduce tanto la progresión de la ERC como el riesgo de eventos cardiovasculares, con un riesgo menor de hipopotasemia. En las últimas guías sobre abordaje de los pacientes con diabetes y ERC se consideran imprescindibles los IECA o ARA II, los inhibidores SGLT2 y la finerenona⁷.

iSGLT2

Estos inhibidores cada día nos sorprenden con nuevas indicaciones y ventajas en la protección cardiovascular y nefrológica tanto en pacientes con diabetes como en pacientes que no presentan la misma. La AEMPs ya contempla en la ficha técnica de algunos de ellos estas indicaciones incluidos la no diabetes. Os recomendamos la lectura de este artículo de Di Constanzo en la revista *International Journal of Molecular Sciences*⁸. (Figura 2)

SEMAGLUTIDA

Polémicas aparte del uso este medicamento para obesidad sin diabetes queremos comentar los resultados de sus ensayos pivótales en Diabetes que resume el artículo de Arola en la revista *Obesity and Metabolism*⁹. Presentamos aquí el análisis de los eventos adversos de 16 ensayos aleatorizados de fase IIIa controlados con placebo o activos en pacientes con DM2 (n = 11 159), que incluyeron semaglutida subcutánea una vez a la semana (SUSTAIN) o semaglutida oral (PIONEER). Entre los resultados de seguridad los trastornos gastrointestinales aparecieron en el 41,9% / 39,1% de los pacientes con semaglutida subcutánea/oral, respectivamente. Las tasas de trastornos renales, pancreatitis aguda, neoplasias malignas, hipogluce-

Indication	Criteria	Dose and Kidney Function
Glycemic control	<ul style="list-style-type: none"> Type 2 diabetes mellitus First-line treatment for glycemic control along with metformin 	<ul style="list-style-type: none"> Dapagliflozin 10 to 25 mg if eGFR \geq 60 mL/min/1.73 m² Empagliflozin 10 mg if eGFR \geq 60 mL/min/1.73 m² or 10 mg if eGFR 30–59 mL/min/1.73 m² Canagliflozin 100 to 300 mg if eGFR \geq 60 mL/min/1.73 m² or 100 mg if eGFR 30–50 mL/min/1.73 m²
Diabetic kidney disease	<ul style="list-style-type: none"> Type 2 diabetes mellitus eGFR 25–59 mL/min/1.73 m² UACR 200–5000 mg/g 	<ul style="list-style-type: none"> Dapagliflozin 10 mg if eGFR \geq 25 mL/min/1.73 m² Empagliflozin 10 mg if eGFR \geq 30 mL/min/1.73 m² Canagliflozin 100 mg if eGFR \geq 45 mL/min/1.73 m²
Reduction in ASCVD	<ul style="list-style-type: none"> Type 2 diabetes mellitus Established ASCVD or high risk for ASCVD 	<ul style="list-style-type: none"> Dapagliflozin 10 mg if eGFR \geq 25 mL/min/1.73 m² Empagliflozin 10 mg if eGFR \geq 30 mL/min/1.73 m²
Heart failure with reduced ejection function (HFrEF)	<ul style="list-style-type: none"> NYHA classes II-IV Elevated NT-proBNP Reduced ejection fraction < 40% 	<ul style="list-style-type: none"> Dapagliflozin 10 mg if eGFR \geq 25 mL/min/1.73 m² Empagliflozin 10 mg if eGFR \geq 20 mL/min/1.73 m²
Chronic Kidney disease	<ul style="list-style-type: none"> eGFR 25–75 mL/min/1.73 m² UACR 200–5000 mg/g 	<ul style="list-style-type: none"> Dapagliflozin 5 to 10 mg if eGFR \geq 25 mL/min/1.73 m²

Figura 2. Indicaciones de os iSGLT2. Tomado de Di Constanzo⁸

mia, retinopatía diabética, insuficiencia cardíaca y otros eventos cardiovasculares fueron similares para semaglutida frente a los comparadores. La incidencia de coleditiasis fue mayor con semaglutida subcutánea y oral versus placebo. La incidencia de retinopatía diabética fue mayor con semaglutida subcutánea que con placebo en SUSTAIN 6.

TIRZEPATIDA

Una vuelta de tuerca a los AR GLP1 es la llegada de los fármacos “duales” que también son activos a nivel del GIP. Entre ellos está la tirzepatida que está a punto de recibir el visto bueno de la AEMPs y cuyos ensayos resume Karagiannis en la revista *Diabetologia*¹⁰. Participaron 6609 pacientes, hubo superioridad dependiente de la dosis en la reducción de la HbA1c. La tirzepatida fue más eficaz para reducir el peso corporal; las reducciones frente a los AR GLP-1 oscilaron entre 1,68 kg con 5 mg de tirzepatida y 7,16 kg con 15 mg de tirzepatida. La incidencia de hipoglucemia con tirzepatida fue similar frente al placebo y menor frente a la insulina basal. Las náuseas y molestias gastrointestinales fueron más frecuentes con tirzepatida frente a placebo y similares entre la tirzepatida y los AR GLP-1. Todas las dosis de tirzepatida fueron seguras en términos de eventos adversos graves y mortalidad.

Se trata de una revolución en el caso del paciente con obesidad, esperemos no suceda lo que sucedió con semaglutida.

RETATUTRIDA

Sumamos al dual AR GLP1, GIP que este fármaco además es Glucagon like. Rosentock presenta en la

revista *The Lancet* los resultados de un estudio Fase II¹¹. 281 participantes. A las 24 semanas, los mínimos cuadrados significan cambios desde el inicio en HbA1C. El peso corporal disminuyó de forma dependiente de la dosis con retatrutida a las 36 semanas en un 3,19% para el grupo de 0,5 mg, 7,92% para el grupo de escalada de 4 mg, 10,37% para el grupo de 4 mg, 16,81% para el grupo de 8 mg, y 16,94% para el grupo de 12 mg. No hubo informes de hipoglucemia grave ni muertes durante el estudio. Se informaron eventos adversos gastrointestinales de leves a moderados, como náuseas, diarrea, vómitos y estreñimiento.

Sin palabras sobre la reducción de peso, lo nunca visto, más que la cirugía bariátrica.

CAPUCHONES INTELIGENTES

Para saber si nuestros pacientes se administran la insulina, a que hora y que dosis; podemos incorporar a las plumas los llamados capuchones inteligentes que puede incluso ser compatibles con MCG y “asa cerrada”. Muy interesante en diabetes tipo 1 y muy necesarios también en DM2 con insulina cuando empezamos a ver informes MCG. El paciente ya no nos puede engañar sobre la hora de ponerse la insulina y la dosis que se pone. Teniendo sistemas de alarma para recordar al paciente que se ponga su dosis de insulina. Mejoran la adherencia. Incorporamos una actualización de Bondia sobre distintas opciones en el mercado y uso¹².

ICODEC

Al hilo de los capuchones inteligentes la tecnología InPen© patentada por Novo Nordisk estará presente

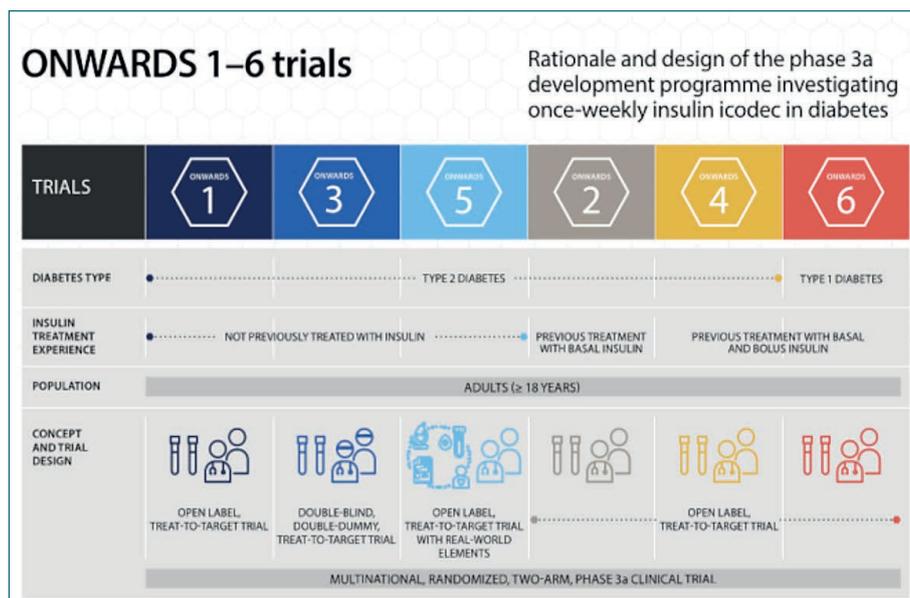


Figura 3. Resumen de los estudios ONWARDS tomado de Singh¹³

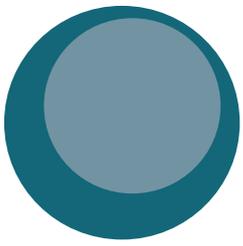
en la comercialización de nuestra última actualización. La esperada insulina semanal llamada Icodec. Pendiente de evaluación por EMA y AEMPs ya queda menos para verla en el mercado probablemente con su capuchón inteligente.

Traemos una actualización resumen de Singh para la revista *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* sobre los ensayos de esta insulina llamados genéricamente ONWARDS¹³ (figura 3). Insulina con un mínimo cambio de 3 aminoácidos y se añade un ácido graso que le confiere la posología semanal. Tienen una concentración de 700 unidades

por decilitro (U-700). En personas no insulinizadas se recomienda empezar con 70 unidades. Posteriormente se ajustará en función de los objetivos, aumentando o reduciéndose la dosis a un ritmo de 21 unidades semanales. Si, por el contrario, la persona ya está siendo tratada con insulina, la dosis a administrar será la que viene realizando multiplicada por 7. Lo que se ha evidenciado en los estudios ONWARDS 1, 2, 3 y 4 es que la insulina Icodec es superior en reducción de hemoglobina glicosilada (HbA1c), mientras que en los estudios 5 y 6 el resultado ha sido de no inferioridad. En cuanto a seguridad, no se ha registrado un aumento de hipoglucemias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vivactic WEBER. Un control estricto y temprano de la diabetes generaría un valor social de hasta 185 millones de euros en España durante los primeros cinco años tras el diagnóstico [Internet] Madrid 2022. [Actualizado 4/11/2022; citado 03/10/2023] Disponible en: <https://weber.org.es/un-control-estricto-y-temprano-de-la-diabetes-generaria-un-valor-social-de-hasta-185-millones-de-euros-en-espana-durante-los-primeros-cinco-anos-tras-el-diagnostico/>
2. Sagredo Pérez J. Control integral temprano de la Diabetes tipo2. *Diabetes práctica* 2023; 1(Supl Extr 1): 1-36. Disponible en: <https://www.diabetespractica.com/files/107/art2.pdf>
3. Mosenzon O, Del Prato S, Schechter M, Leiter LA, Ceriello A, DeFronzo RA, Raz I. From glucose lowering agents to disease/diabetes modifying drugs: a "SIMPLE" approach for the treatment of type 2 diabetes. *Cardiovasc Diabetol*. 2021 Apr 28; 20(1): 92. Disponible en: <https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12933-021-01281-y>
4. Aronson R, Brown RE, Chu L, et al. Impact of flash glucose Monitoring in pEople with type 2 Diabetes Inadequately controlled with non-insulin Antihyperglycaemic ThErapy (IMMEDIATE): A randomized controlled trial. *Diabetes Obes Metab*. 2023; 25(4): 1024-1031. Disponible en: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.14949>
5. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range Diabetes Care 2019; 42: 1593-1603. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/42/8/1593/36184/Clinical-Targets-for-Continuous-Glucose-Monitoring>
6. Sanz Vela N. Villafaña Sanz FV. *Diabetes práctica* 2023; 14(02): 37-75. Disponible en: <http://www.diabetespractica.com/files/111/art5.pdf>
7. Gorrioz JL, Gonzalez-Juanatey JR. Finerenone: Towards a holistic therapeutic approach to patients with diabetic kidney disease. *Nefrología*. 2023. 43(4): 386-398. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-finerenona-completando-el-abordaje-del-articulo-S0211699522001503>
8. Di Costanzo, A., Esposito, G., Indolfi, C. et al. SGLT2 Inhibitors: A New Therapeutical Strategy to Improve Clinical Outcomes in Patients with Chronic Kidney Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 2023. 24(10), 8732. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/10/8732>
9. Aroda, V. R., Erhan, U., et al. Safety and tolerability of semaglutide across the SUSTAIN and PIONEER phase IIIa clinical trial programmes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2023. 25 (5), 1385-1397. Disponible en: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dom.14990>
10. Karagiannis, T., Avgerinos, I., Liakos, A. et al. Manejo de la diabetes tipo 2 con el agonista del receptor dual GIP/GLP-1 tirzepatida: una revisión sistemática y metanálisis. *Diabetología*, 2022. 65 (8), 1251-1261. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-022-05715-4>
11. Rosenstock, J., Frias, J., Jastreboff, A. M., Du, Y., Lou, J., Gurbuz et al. Retatrutide, a GIP, GLP-1 and glucagon receptor agonist, for people with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo and active-controlled, parallel-group, phase 2 trial conducted in the USA. *The Lancet*. [Internet] 2023 [Consultado 03/10/2023] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01053-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01053-X/fulltext)
12. Jorge Bondia. Sistemas de ayuda a la toma de decisiones en diabetes: estado actual. [Internet] Madrid 2023. [Actualizado 10/04/2023; citado 03/10/2023] Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/investigacion/sistemas-de-ayuda-a-la-toma-de-decisiones-en-diabetes-estado-actual/>
13. Singh, A. K., Singh, A., Singh, R., et al. Once-weekly basal insulin icodec: Looking ONWARDS from pharmacology to clinical trials. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2022. 16(9), 102615. Disponible en: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dom.14871>



GRUPOS DE TRABAJO

2. PLIS PLAS 2023 GdT ECOGRAFÍA

■ Calderín Morales M.P.¹ Rodríguez Pascual N.¹, Ortiz Heras V.², Alonso Roca R.³, Calvo Cebrián A.⁴

⁽¹⁾ Médico de Familia. Centro de Salud “Las Ciudades” (Getafe).

⁽²⁾ Médico de Familia. Servicio de Urgencias – Hospital Infanta Leonor (Vallecas - Madrid).

⁽³⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico (Madrid).

⁽⁴⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Robledo de Chavela.

Grupo de Trabajo de Ecografía SoMaMFyC.

LA ECOGRAFÍA Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

La valoración del Riesgo Cardio-Vascular (RCV) en atención primaria (AP) es una de las actividades en nuestro día a día. Esta valoración la realizamos aplicando las tablas de riesgo, dichas tablas están basadas en ecuaciones que permiten realizar un cálculo de la probabilidad individual de sufrir un evento cardiovascular o mortalidad cardiovascular (CV), según la tabla usada, en los próximos años. En nuestro medio utilizamos SCORE, Framingham o REGICOR y es el mismo sistema informático que utilizamos en la Comunidad de Madrid el que al introducir los datos clínicos y analíticos del paciente, nos calcula el valor y probabilidad que a éste se le otorga en la tabla.

La incidencia y tasa de mortalidad de la enfermedad arteriosclerótica (EA) están en declive en la sociedad europea, si bien son causa importante de morbimortalidad. La forma más importante para prevenir la EA es la promoción de estilos de vida saludables, en especial evitando el tabaquismo. Hay una gran disponibilidad de tratamiento farmacológico efectivo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Pero, la prevalencia de estilos de vida poco saludables es alta y se considera que el tratamiento de los FRCV es subóptimo, incluso en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Los principales FRCV son la HTA, hipercolesterolemia, diabetes y el tabaquismo. Además, la obesidad juega un papel muy importante aumentando por sí sola el RCV¹.

La guía de la sociedad europea de cardiología (ESC), recomienda la identificación de los pacientes que más puedan beneficiarse del tratamiento de estos FR de enfermedad arteriosclerótica. Así, generalmente cuanto más alto es el riesgo más se beneficiarán estos individuos. De esta forma, se establece un sistema de clasificación de pacientes basado en tablas de riesgo que varían en función de la zona geográfica. En general, el tratamiento de los factores de riesgo se basa en categorías de riesgo de ECV («de bajo a

moderado», «alto» y «muy alto»). Para instaurar un tratamiento farmacológico no solo se tiene en cuenta la categoría de riesgo, también han de valorarse otras cuestiones individuales, así como las preferencias del paciente. Además, establece una serie de patologías, que de por sí ya modifican el riesgo y para las que no deberían usarse tablas, como es el caso de la diabetes, la hipercolesterolemia familiar o en el caso de haber sufrido un evento CV previo. Por otra parte, se ha establecido el uso de determinadas técnicas para detectar daño de órgano diana (DOD) que potencialmente podrían modificar la clasificación individual del paciente respecto al RCV, entre los que se incluyen algunas pruebas de imagen, como son: Calcio coronario, Angio-TC, Índice tobillo-brazo y la **ecografía**. La *ecografía de carótidas*, permite la evaluación de la presencia de placa de ateroma a nivel vascular, que permitiría la reclasificación de nuestros pacientes. La *rigidez arterial*, que se determina a través de la onda de pulso, permite la reclasificación del riesgo también, si bien es cierto que no se recomienda su generalización por las dificultades que entraña la técnica. También se ha utilizado la *ecocardiografía* si bien la evidencia todavía no apoya fehacientemente su uso en la evaluación del RCV. *La guía como tal solo recomienda como pruebas para evaluar una modificación en el RCV, la puntuación de Calcio coronario (CAC) y la detección de placas por ecografía carotídea.*

Respecto a la *diabetes*, la SEC establece recomendaciones diferentes a la hora de clasificar el RCV, además se recomienda el uso del SCORE-2-Diabetes².

Otros autores proponen otra categoría, que sería el *riesgo “extremo”*, que define un riesgo de evento cardiovascular mayor a 10 años del 30% o superior. En los supervivientes más allá del primer año de un episodio CV, el riesgo “extremo” persiste cuando están presentes una o más comorbilidades, como diabetes, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica en estadio 3 o superior, hipercolesterolemia familiar y factores de riesgo mayores mal controlados, como hipertensión y tabaquismo persistente. El riesgo “extremo” se aplica en particular a las per-

sonas con eventos clínicos progresivos o múltiples de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica. *La identificación de individuos asintomáticos con enfermedad cardiovascular subclínica extensa en riesgo "extremo" es un reto*, ya que la evaluación del riesgo conforme a las recomendaciones habituales puede no ser adecuada³.

El problema de este tipo de estratificaciones y clasificaciones que las guías ofrecen a nuestros pacientes es que muchos pacientes clasificados como de bajo y moderado riesgo cardiovascular presentan ya, enfermedad arteriosclerótica demostrable por distintas técnicas, entre ellas la ecografía.

Tablas de riesgo como REGICOR, basada en la función de Framingham adaptada a la población española, presenta algunas limitaciones: No da idea del RCV más allá de los 10 años, limitan la edad a 74 años y solo predice eventos coronarios. Además, se da la paradoja de que más del 50% de eventos se concentran en el 30% de la población de 35 a 74 años, que tiene un riesgo de entre el 5-15%, es decir un riesgo moderado⁴. Hecho, que nos debe hacer reflexionar sobre cómo, las guías actuales no estratifican adecuadamente a gran parte de la población.

En dos estudios españoles, estudio AWHs y PESA, se observa cómo hay una discrepancia entre la valoración de RCV y la existencia de enfermedad arteriosclerótica de nuestros pacientes, especialmente infraestimada en pacientes jóvenes, que por edad no entran en las guías y aquellos pacientes con valoración de RCV bajo o moderado en dichas guías. En ambos estudios se detecta que, en pacientes sin ningún factor de riesgo cardiovascular, un porcentaje elevado de ellos presentaron placa en alguna de las regiones^{5,6}.

A su vez otros estudios demuestran que la ECV ocurre en más del 50% de los varones y en el 80% de mujeres catalogados de riesgo bajo o moderado. En pacientes con IAM, el 50% no presentaban ninguno o un solo un factor de riesgo CV clásico⁷. Hay más población con RCV bajo, por lo que un riesgo menor puede suponer un número de eventos mayor, al tener más población asignada⁽⁴⁾.

Deberíamos reflexionar sobre la valoración individual del RCV de cada uno de nuestros pacientes. Hay por tanto discrepancia entre la evaluación del RCV basada en FRCV y la carga aterosclerótica. El estudio AWHs Y PESA, que continúa en la actualidad, nos lo demuestran y ambos coinciden en la detección de placa arteriosclerótica en un porcentaje elevado de pacientes de mediana edad y clasificados como de bajo RCV.

Incluso hay estudios de hace más de 20 años que relacionan la presencia de placas arterioscleróticas en carótida y femoral, con un aumento en el riesgo

de eventos CV y muerte CV a 10 años en población previamente asintomática y clasificada como sana⁸.

A su vez, en otro estudio realizado en USA, que comparaba la capacidad de detección de la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica, de los algoritmos tradicionales, con el uso de la ecografía carotídea y femoral. Estos identificaron como de alto riesgo a la mayoría de hombres y mujeres que presentaban placas en carótida y femoral, pero con baja especificidad, ya que la proporción de sujetos que realmente tenían placas, en el grupo clasificado por los algoritmos como de alto riesgo, era baja. De ahí, la importante relevancia de la técnica de imagen, en este caso la ecografía, en la detección de la enfermedad arteriosclerótica⁹.

EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

El uso de la ecografía podría ayudar a identificar pacientes, que sufrirán un evento cardiovascular, más que probablemente e iniciar medidas terapéuticas de forma preventiva más precoces. No obstante, el abordaje del RCV debe realizarse conforme a las guías y recomendaciones actuales y la ecografía debemos tomarla como una herramienta complementaria^{1,10}.

Pero si las guías infraestiman el RCV sobre todo en población joven y no detecta la arteriosclerosis subclínica, como nos indica el estudio PESA y AWHs, la ecografía ayudaría a identificar la lesión cardiovascular subclínica en pacientes con riesgo bajo y moderado, que son los pacientes que presentan mayor probabilidad de ECV futura, independientemente de los FRCV presentes. Por lo que utilizaremos la técnica del ultrasonido, para detección de EA subclínica y detección de lo que ahora se denomina "Daño de órgano diana" (DOD), como es la existencia de placas de ateroma, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), aneurisma de aorta abdominal, enfermedad hepatorenal, enfermedad arterial periférica e incluso valoración de la regresión del DOD.

Todo ello, nos llevara a hacer una valoración más personalizada del paciente y la detección de cualquier nuevo parámetro, incluido en el DOD, nos puede llevar a reclasificar el RCV del paciente y tomar una actitud terapéutica diferente.

Además, en determinadas condiciones clínicas de alto riesgo cardiovascular se ha objetivado que la ecografía también puede tener su relevancia: En un estudio hecho en pacientes con hipercolesterolemia familiar, la presencia de placa se asociaba a una mayor incidencia de eventos CV, sugiriendo los autores el uso de la técnica en esta condición clínica¹¹.

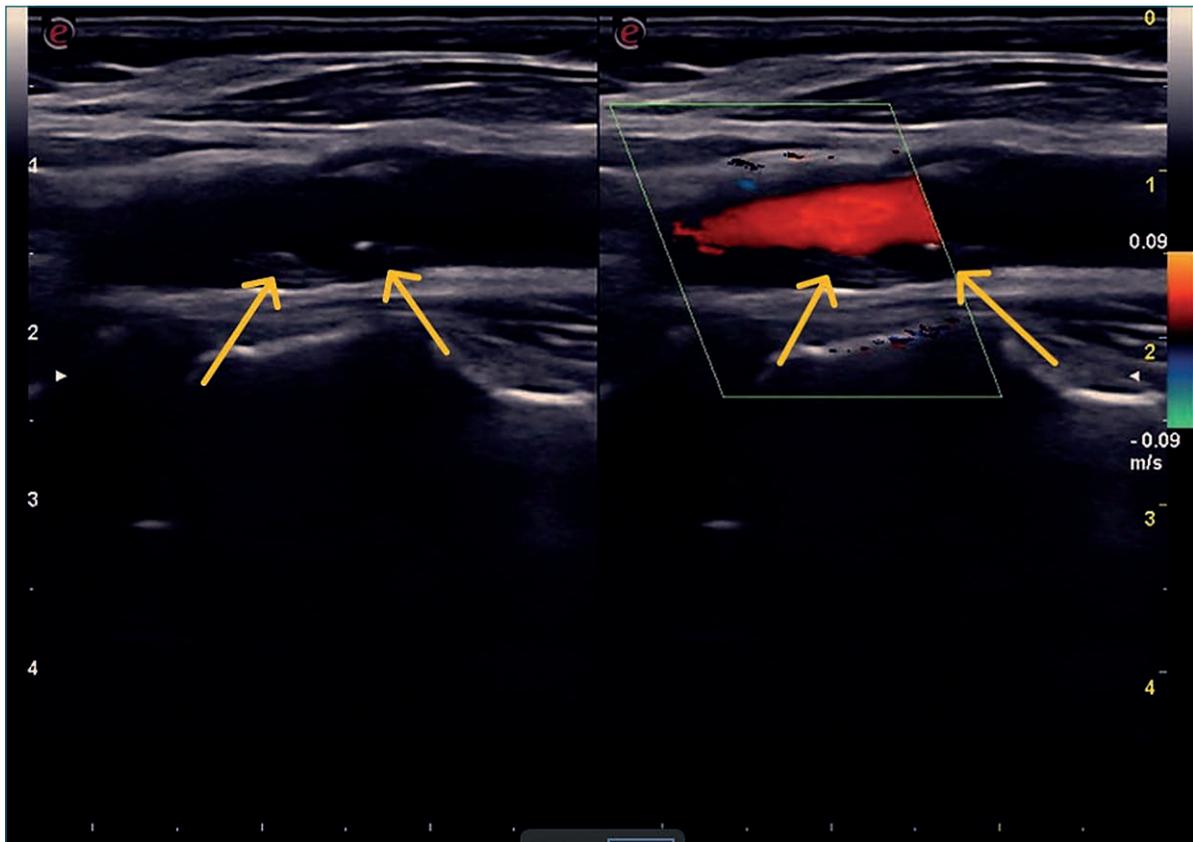


IMAGEN 1. Correspondiente al Plis plas ECO se publica con consentimiento del paciente. Imagen ecográfica longitudinal de la carótida común derecha a la altura del bulbo, modo dual B + doppler color, donde se observan señaladas por las flechas amarillas la presencia de placas de ateroma



IMAGEN 2. Correspondiente al Plis plas ECO se publica con consentimiento del paciente. Imagen ecográfica longitudinal de la arteria femoral derecha, en modo B, donde señalada por la flecha, se observa una placa de ateroma calcificada, proximal a la bifurcación del vaso

La asociación entre diabetes y ECV está bien establecida. Una revisión del estudio MESA ha confirmado que la diabetes sigue siendo un importante FRCV. MESA aportó nuevos datos sobre la relación entre la

diabetes y la ECV subclínica, incluida la calcificación vascular y la estructura y función del corazón¹².

De igual manera se ha estudiado la relación de algunos biomarcadores ecocardiográficos y la velocidad de la onda de pulso aórtica con el aumento del RCV en la enfermedad renal crónica¹³.

En un estudio en pacientes con ECV establecida, se demostró una mayor tasa de eventos posteriores, en aquellos que presentaba arteriosclerosis vascular. Y la presencia en múltiples localizaciones incrementaba significativamente, el riesgo a un año¹⁴.

Si bien es cierto que las guías actuales reconocen el valor añadido de los biomarcadores (entre los que se incluye la ecografía) a la hora de evaluar el riesgo cardiovascular, no hay actualmente información en las guías, que permita clarificar cómo se modifica el RCV tras la intervención terapéutica que se realiza en un paciente determinado. Las ecuaciones y las tablas no están diseñadas para ver las modificaciones en el cálculo de riesgo que se producen tras incidir sobre los FRCV. Esto puede suponer una dificultad.

El tratamiento antihipertensivo puede propiciar la regresión de la hipertrofia miocárdica, lo que se acom-

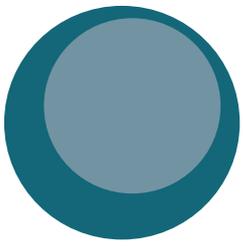
paña de cambios que mejorarían la función miocárdica y apoyaría la hipótesis de un tratamiento precoz de la hipertensión para cambiar el desarrollo de eventos CV posteriores^{15,16}, al igual que la regresión de las placas de aterosclerosis carotídea tras terapia hipolipemiente¹⁷⁻¹⁹. La cuestión que queda por resolver es si la relación de mejoría a largo plazo que se produce en el RCV, tras el tratamiento, está relacionada igual-

mente con los hallazgos de mejoría en las imágenes ecográficas. Circunstancia esta, que no está todavía sustentada por la ciencia. Pero cabe plantearse que la ecografía nos podría orientar en el seguimiento y evolución de los factores de riesgo, de forma individualizada en nuestros pacientes. Quizá en un futuro próximo aparezcan nuevas evidencias que nos ayuden a resolver esta cuestión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022; 75(5): 429. doi: 10.1016/j.rec.2022.04.003
2. Marx N, Federici M, Schütt K, *et al.* 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes [published online ahead of print, 2023 Aug 25]. *Eur Heart J*. 2023; ehad192. doi: 10.1093/eurheartj/ehad192
3. Rosenblit PD. Extreme Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) Risk Recognition [published correction appears in *Curr Diab Rep*. 2019 Nov 6; 19(11): 123]. *Curr Diab Rep*. 2019; 19(8): 61. Published 2019 Jul 22. doi: 10.1007/s11892-019-1178-6
4. Marrugat J, Vila J, Baena-Díez JM, *et al.* Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR [Relative validity of the 10-year cardiovascular risk estimate in a population cohort of the REGICOR study]. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(5): 385-394. doi: 10.1016/j.rec.2010.12.011
5. Laclaustra M, Casasnovas JA, Fernández-Ortiz A, Fuster V, León-Latre M, JiménezBorreguero LJ, Pocovi M, Hurtado-Roca Y, Ordovas JM, Jarauta E, Guallar E, Ibañez B, Civeira F. Femoral and Carotid Subclinical Atherosclerosis Association With Risk Factors and Coronary Calcium: The AWHs Study. *J Am Coll Cardiol*. 2016 Mar 22; 67(11): 1263-74
6. Fernández-Friera L, Peñalvo JL, Fernández-Ortiz A, *et al.* Prevalence, Vascular Distribution, and Multiterritorial Extent of Subclinical Atherosclerosis in a Middle-Aged Cohort: The PESA (Progression of Early Subclinical Atherosclerosis) Study. *Circulation*. 2015; 131(24): 2104-2113. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014310
7. Canto JG, Kiefe CI, Rogers WJ, Peterson ED, Frederick PD, French WJ, Gibson CM, Pollack CV Jr, Ornato JP, Zalenski RJ, Penney J, Tiefenbrunn AJ, Greenland P; NRMI Investigators. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. *JAMA*. 2011; 306: 2120-7.
8. Belcaro G, Nicolaidis AN, Ramaswami G, *et al.* Carotid and femoral ultrasound morphology screening and cardiovascular events in low risk subjects: a 10-year follow-up study (the CAFES-CAVE study(1)). *Atherosclerosis*. 2001; 156(2): 379-387. doi: 10.1016/s0021-9150(00)00665-1
9. Postley JE, Luo Y, Wong ND, Gardin JM. Identification by ultrasound evaluation of the carotid and femoral arteries of high-risk subjects missed by three validated cardiovascular disease risk algorithms. *Am J Cardiol*. 2015; 116(10): 1617-1623. doi: 10.1016/j.amjcard.2015.08.031
10. Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, *et al.* Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2022 [Cardiovascular preventive recommendations. PAPPs 2022 thematic updates. Working groups of the PAPPs]. *Aten. Primaria*. 2022; 54 Suppl 1(Suppl 1): 102444. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102444
11. Bea AM, Civeira F, Jarauta E, *et al.* Association Between the Presence of Carotid Artery Plaque and Cardiovascular Events in Patients With Genetic Hypercholesterolemia. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017; 70(7): 551-558. doi: 10.1016/j.rec.2017.01.023
12. Bertoni AG, Kramer H, Watson K, Post WS. Diabetes and Clinical and Subclinical CVD. *Glob Heart*. 2016 Sep; 11(3): 337-342. doi: 10.1016/j.gheart.2016.07.005. PMID: 27741980; PMCID: PMC5125393
13. Sulemane S, Panoulas VF, Bratsas A, Grapsa J, Brown EA, Nihoyannopoulos P. Subclinical markers of cardiovascular disease predict adverse outcomes in chronic kidney disease patients with normal left ventricular ejection fraction. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2017; 33(5): 687-698. doi: 10.1007/s10554-016-1059-x
14. Steg PG, Bhatt DL, Wilson PW, *et al.* One-year cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2007; 297(11): 1197-1206. doi: 10.1001/jama.297.11.1197
15. Jordan AN, Fulford J, Gooding K, *et al.* Morphological and functional cardiac consequences of rapid hypertension treatment: a cohort study. *J Cardiovasc Magn Reson*. 2021; 23(1): 122. Published 2021 Oct 25. doi: 10.1186/s12968-021-00805-5

16. Triantafyllidi H, Benas D, Schoinas A, *et al.* Hypertension-mediated organ damage regression associates with blood pressure variability improvement three years after successful treatment initiation in essential hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021; 23(6): 1150-1158. doi: 10.1111/jch.14209
17. Amarencu P, Hobeau C, Labreuche J, *et al.* Carotid Atherosclerosis Evolution When Targeting a Low-Density Lipoprotein Cholesterol Concentration <70 mg/dL After an Ischemic Stroke of Atherosclerotic Origin. *Circulation*. 2020; 142(8): 748-757. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046774
18. Zhu YC, Jiang XZ, Bai QK, *et al.* Evaluating the Efficacy of Atorvastatin on Patients with Carotid Plaque by an Innovative Ultrasonography. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2019; 28(3): 830-837. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.11.027
19. Rollefstad S, Ikdahl E, Hisdal J, *et al.* Rosuvastatin-Induced Carotid Plaque Regression in Patients With Inflammatory Joint Diseases: The Rosuvastatin in Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis and Other Inflammatory Joint Diseases Study. *Arthritis Rheumatol*. 2015; 67(7): 1718-1728. doi: 10.1002/art.39114



GRUPOS DE TRABAJO

3. PLIS PLAS GdT DIGESTIVO

- Noguero Álvarez M., Benito Ramos G., Guardiola Arévalo A., Amador Romero J., García Zurita R., González Godoy M., Gázquez Pérez J.
Miembros del GdT Digestivo de la SoMaMFyC

ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (antes enfermedad del hígado graso no alcohólico): actualización

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) fue renombrada en 2020 como Enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD) y cambiada su definición¹, en una declaración de consenso de expertos, pero el cuestionamiento por una parte de la hepatología internacional, generó una controversia y la persistencia de ambas denominaciones, hasta que recientemente se ha llegado a un consenso² sobre un nuevo nombre global a modo de paraguas, el de **Enfermedad hepática esteatósica (SLD)**, que unifica los previos cambiando NAFLD por Enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y desapareciendo MAFLD. Además, engloba a aquellos pacientes sin parámetros metabólicos y sin causa conocida, que tendrán una SLD criptogénica, y se crea una nueva categoría, fuera del MASLD puro, denominada MetALD para describir a aquellos con MASLD que consumen mayores cantidades de alcohol por semana (140-350 g/semana y 210-420 g/semana para mujeres y hombres respectivamente). Otras entidades englobadas por la Enfermedad hepática esteatósica (SLD) serían la ALD (alcohol-related liver disease), DILI (drug-induced liver-injury) o enfermedades monogénicas.

En nuestro país por consenso se adoptó como nueva denominación la de **Esteatosis hepática metabólica (EHmet)**³, que no se ha alterado.

En la Figura 1 se describe el proceso diagnóstico actual de la SLD² y los criterios cardiometabólicos para el diagnóstico de la MASLD (Figura 1)

En la actual definición se preconiza un diagnóstico positivo con la presencia de esteatosis y al menos 1 de 5 factores de riesgo cardiometabólico de los siguientes, en adultos:

- sobrepeso/obesidad/perímetro abdominal > 94/80 cm en hombres y mujeres caucásicos o ajustado por etnia

- prediabetes/DM tipo 2
- tensión arterial > 130/85 mmHg o tratamiento farmacológico específico
- triglicéridos en plasma \geq 150 mg/dl o tratamiento específico
- Colesterol HDL en plasma < 40 mg/dl para hombres o < 50 mg/dl para mujeres, o tratamiento específico.

La relevancia de la enfermedad epidemiológicamente se basa en su elevada prevalencia y el importante aumento previsto en todo el mundo para los próximos años⁴. Clínica e histológicamente la enfermedad abarca un espectro que va desde la esteatosis simple, la inflamación o esteatohepatitis, con grados variables de fibrosis, a la cirrosis hepática y el hepatocarcinoma. La prevalencia e incidencia del carcinoma hepatocelular (CHC) está aumentando a nivel mundial en relación directa con el aumento de la EHmet y puede asentar sobre hígados que solo presentan esteatosis, incluso sin esteatohepatitis o cirrosis, aunque a mayor grado de fibrosis existe mayor probabilidad de CHC⁵.

La importancia de evaluar el grado de fibrosis se debe a que es la variable que se asocia con mayor impacto en la progresión de la lesión, el desarrollo de complicaciones y en la mortalidad a largo plazo. La valoración no invasiva de la fibrosis a través de biomarcadores y elastografía de transición constituye actualmente un objetivo esencial en la SLD, como en todas las hepatopatías crónicas. Se entiende por fibrosis significativa aquella igual o superior a F2 en la biopsia hepática y/o superior a 8 kilopascales (kPa) en la elastografía hepática de transición mediante Fibroscan®.

La última guía de la Asociación Europea para el estudio del hígado (EASL) para la evaluación de la gravedad de la enfermedad hepática y su pronóstico⁶, mediante pruebas no invasivas, ya incorpora en sus algoritmos de detección de la fibrosis hepática en Atención Primaria su estudio en los grupos de riesgo de enfermedad hepática crónica (historia familiar,

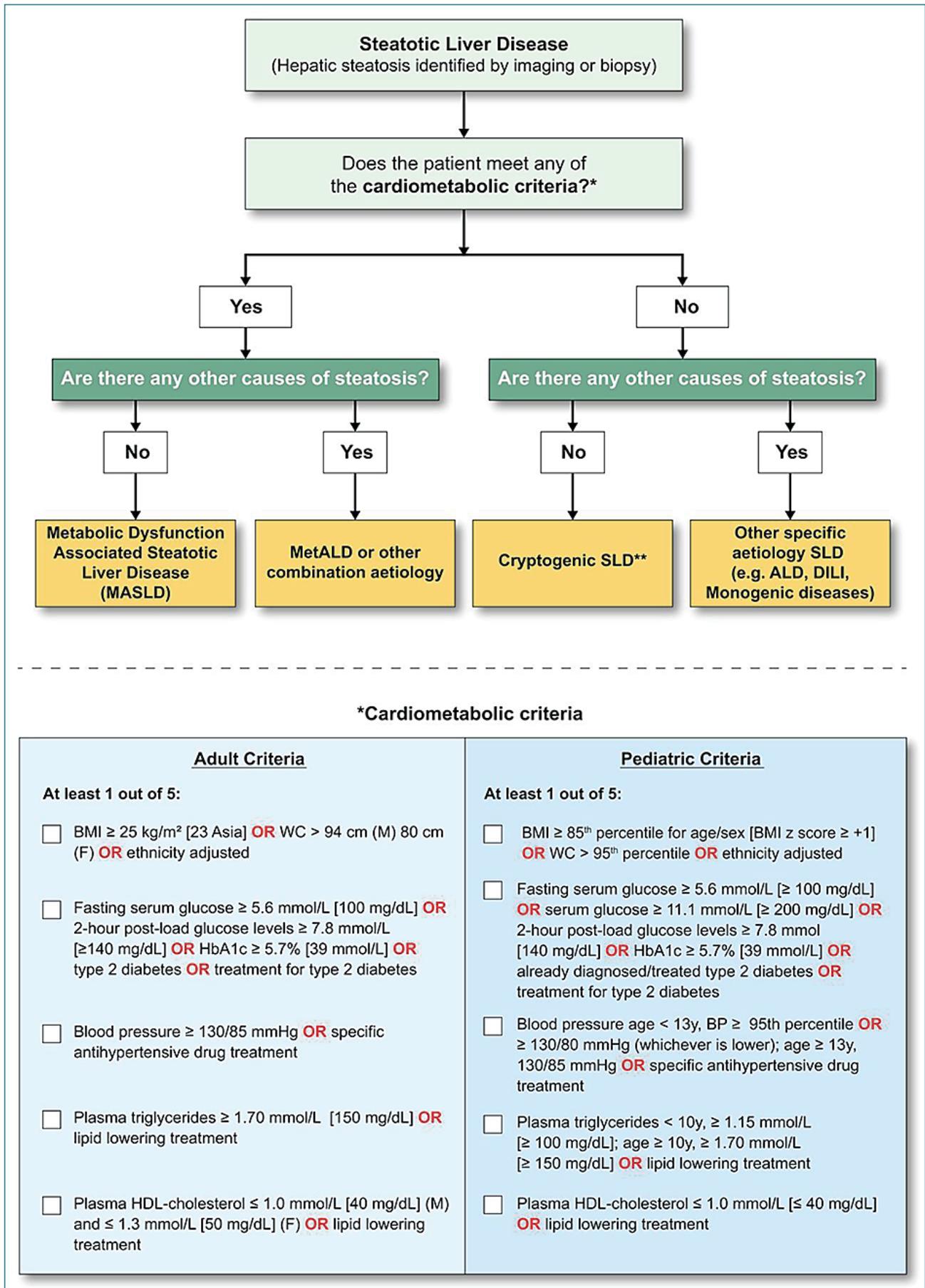


Figura 1.

alteración de la bioquímica hepática, alcohol, factores de riesgo cardiometabólico). Para ello plantea la utilización secuencial de las pruebas no invasivas, aplicando en primer lugar biomarcadores séricos, concretamente el FIB-4 (calculadora compuesta por Edad, GOT, GPT y plaquetas), y para los pacientes con valores $\geq 1,3$ la realización de elastografía de transición, derivando a hepatología a los que obtengan valores ≥ 8 kPa, y reevaluando en 1-3 años a los de valores inferiores. Los pacientes con enfermedades hepáticas susceptibles de tratamiento serán derivados independientemente del grado de fibrosis.

Este algoritmo está en consonancia con los propuestos en estudios previos y ha sido desarrollado con la misma secuencia y puntos de corte para la enfermedad del hígado graso en las guías italiana y americanas más recientes en 2022 y 2023^{7,8,9}. En todas ellas además se reafirma e implica a la Atención Primaria junto a otras especialidades como la endocrinología en el cribado de la esteatosis hepática metabólica a los pacientes con factores de riesgo y en el estudio del grado de fibrosis para seleccionar a los pacientes con fibrosis significativa que requieren un manejo en hepatología.

Hay que señalar el menor rendimiento de los biomarcadores séricos como el FIB-4 en un medio de baja prevalencia de fibrosis como la población de atención primaria, al ser scores testados preferentemente en poblaciones hospitalarias. Este impacto de la prevalencia de fibrosis avanzada F3-F4 en el rendimiento de las pruebas no invasivas ha sido estudiado en la EHmet y condiciona un menor valor predictivo positivo¹⁰. En el caso del FIB-4 específicamente, su rendimiento deficiente en personas de edad avanzada con riesgo de enfermedad hepática crónica, y dadas sus implicaciones para la utilidad clínica de la guía de la EASL ha llevado a preconizar su corrección por edad ya planteada desde 2017¹¹, aplicando valores para el estudio de fibrosis significativa en > 65 años por encima de 2, en lugar de 1,3.

Para superar este problema, el consorcio de investigadores del Liverscreen, liderado por hepatólogos de nuestro país, ha desarrollado y publicado recientemente la propuesta de un nuevo biomarcador sérico

no patentado¹², el LiverRisk score, que predice el grado de rigidez del hígado y los resultados futuros relacionados con el hígado en una población general adulta sin enfermedad hepática conocida. Se compone de ocho variables: **edad, sexo**, y seis variables de laboratorio (**glucosa** en ayunas, **colesterol, AST, ALT, GGT y plaquetas**), todas ellas fácilmente disponibles en laboratorios estándar en todo el mundo, y se puede obtener con una calculadora en línea. Este score ha mostrado mayor precisión de sus puntuaciones que el FIB-4 y el APRI (compuesto por GOT y plaquetas) en la predicción de la rigidez del hígado en todos los puntos de corte estudiados por el grupo (6, 10 y 15 kPa).

En cuanto al tratamiento, actualmente no hay ningún fármaco aprobado para la EHmet y se basa en las medidas higiénico-dietéticas y la pérdida de peso, pero hay varios grupos de fármacos en ensayo que por diferentes rutas bioquímicas están a prueba para el tratamiento de pacientes con esteatohepatitis y fibrosis¹³. Los principales son:

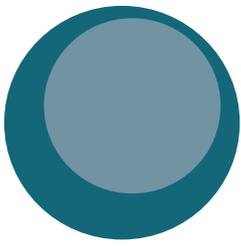
- Inhibidores de la lipogénesis como firsocostat.
- Agonistas de PPAR como la pioglitazona, agonista selectivo de PPAR γ ; o Lanifibranor, agonista triple PPAR $\alpha/\gamma/\delta$.
- Incretinas como los agonistas del receptor de GLP-1 indicados para la obesidad y la DM2, semaglutida y liraglutida.
- Tiromiméticos como resmetirom.
- Agonistas de FXR como el ácido obeticólico.
- Análogos de FGF19 como efruxifermin.
- Antifibróticos como selonsertib y cenicriviroc.

La vitamina E no ha demostrado su eficacia de manera inequívoca y su uso sigue siendo controvertido. Las estatinas están recomendadas para tratar la dislipemia aterogénica, son seguras y se pueden prescribir a todos los pacientes, hasta con cirrosis no descompensada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, Anstee QM, Targher G, Romero-Gomez M, *et al.* A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *J Hepatol* 2020; 73: 202-209. doi: 10.1016/j.jhep.2020.03.039. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32278004. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32278004/>
2. Rinella ME, Lazarus JV, Ratziu V, Francque SM, Sanyal AJ, Kanwal F, *et al.*; NAFLD Nomenclature consensus group. A multi-society Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. *J Hepatol*. 2023 Jun 20: S0168-8278(23)00418-X. doi: 10.1016/j.jhep.2023.06.003. Epub ahead of print. PMID: 37364790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364790/>

3. Romero-Gómez M, Ampuero J. Looking for a new name for non-alcoholic fatty liver disease in Spanish: esteatosis hepática metabólica (EHmet). *Rev Esp Enferm Dig.* 2021 Mar; 113(3): 161-163. doi: 10.17235/reed.2021.7862/2021. PMID: 33573385. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33573385/>
4. Teng ML, Ng CH, Huang DQ, Chan KE, Tan DJ, Lim WH, Yang JD, Tan E, Muthiah MD. Global incidence and prevalence of nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Mol Hepatol.* 2023 Feb; 29(Suppl): S32-S42. doi: 10.3350/cmh.2022.0365. Epub 2022 Dec 14. PMID: 36517002; PMCID: PMC10029957. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10029957/>
5. Shah PA, Patil R, Harrison SA. NAFLD-related hepatocellular carcinoma: The growing challenge. *Hepatology.* 2023 Jan 1; 77(1): 323-338. doi: 10.1002/hep.32542. Epub 2022 Nov 8. PMID: 35478412; PMCID: PMC9970023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9970023/>
6. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. *J Hepatol.* 2021 Sep; 75(3): 659-689. doi: 10.1016/j.jhep.2021.05.025. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34166721. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166721/>
7. Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF), Società Italiana di Diabetologia (SID) and Società Italiana dell'Obesità (SIO); Members of the guidelines panel; Coordinator; AISF Members; SID Members; SIO Members; Metodologists. Non-alcoholic fatty liver disease in adults 2021: A clinical practice guideline of the Italian Association for the Study of the Liver (AISF), the Italian Society of Diabetology (SID) and the Italian Society of Obesity (SIO). *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2022 Jan; 32(1): 1-16. doi: 10.1016/j.numecd.2021.04.028. Epub 2021 Dec 16. PMID: 34924246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34924246/>
8. Cusi K, Isaacs S, Barb D, Basu R, Caprio S, Garvey WT, *et al.* American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Primary Care and Endocrinology Clinical Settings: Co-Sponsored by the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). *Endocr Pract.* 2022 May; 28(5): 528-562. doi: 10.1016/j.eprac.2022.03.010. PMID: 35569886. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35569886/>
9. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, Abdelmalek MF, Caldwell S, Barb D, *et al.* AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology.* 2023 May 1; 77(5): 1797-1835. doi: 10.1097/HEP.000000000000323. Epub 2023 Mar 17. PMID: 36727674. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36727674/>
10. Sanyal AJ, Castera L, Wong VW. Noninvasive Assessment of Liver Fibrosis in NAFLD. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023 Jul; 21(8): 2026-2039. doi: 10.1016/j.cgh.2023.03.042. Epub 2023 Apr 14. PMID: 37062495. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37062495/>
11. Van Kleef LA, Sonneveld MJ, de Man RA, de Knegt RJ. Poor performance of FIB-4 in elderly individuals at risk for chronic liver disease - implications for the clinical utility of the EASL NIT guideline. *J Hepatol.* 2022 Jan; 76(1): 245-246. doi: 10.1016/j.jhep.2021.08.017. Epub 2021 Aug 28. PMID: 34461208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461208/>
12. Serra-Burriel M, Juanola A, Serra-Burriel F, Thiele M, Graupera I, Pose E, *et al.*; LiverScreen Consortium Investigators. Development, validation, and prognostic evaluation of a risk score for long-term liver-related outcomes in the general population: a multicohort study. *Lancet.* 2023 Sep 16; 402(10406): 988-996. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01174-1. Epub 2023 Aug 9. Erratum in: *Lancet.* 2023 Sep 16; 402(10406): 964. PMID: 37572680. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37572680/>
13. Rojas Á, Lara-Romero C, Muñoz-Hernández R, Gato S, Ampuero J, Romero-Gómez M. Opciones emergentes de tratamiento farmacológico para MAFLD. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2022 10 de diciembre; 13: 20420188221142452. doi: 10.1177/20420188221142452. PMID: 36533188; PMCID: PMC9747889. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9747889/>



GRUPOS DE TRABAJO

4. PLIS PLAS GdT RESPIRATORIO

■ Núñez Palomo, S.
CS Torrelaguna. DAN. Madrid.

SOPLA, SOPLA, SOPLA... MEJOR. RESUMEN DE PRINCIPALES Novedades último año

1. ESPIROMETRÍA

Como bien es sabido, la espirometría es una herramienta básica en Atención Primaria (AP) para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades del aparato respiratorio. El buen médico de familia debe formarse y actualizarse en la realización e interpretación de dicha técnica. Desde las sociedades científicas y gerencias de AP se realizan múltiples cursos presenciales y online sobre espirometría¹

El IPCRG (The International Primary Care Respiratory Group), grupo internacional de médicos de familia especializados en enfermedades respiratorias, ha publicado recientemente un documento resumen con los conceptos más importantes para la realización e interpretación de la espirometría que todo médico de familia debe conocer²

En él se resume:

- Cómo se hace: la preparación del paciente y las principales contraindicaciones para la realización de esta técnica.
- Cómo valorar si está bien hecha: criterios de aceptabilidad y ejemplos de principales errores en su realización.
- Cómo se interpreta: valores más importantes a tener en cuenta, definición e interpretación de prueba broncodilatadora y principales patrones espirométricos.

Todo ello resumido en un algoritmo que ayuda a la interpretación de los principales patrones.

Por otro lado, los últimos cambios en las normativas de espirometrías se resumen en un artículo muy interesante publicado por el mismo autor³

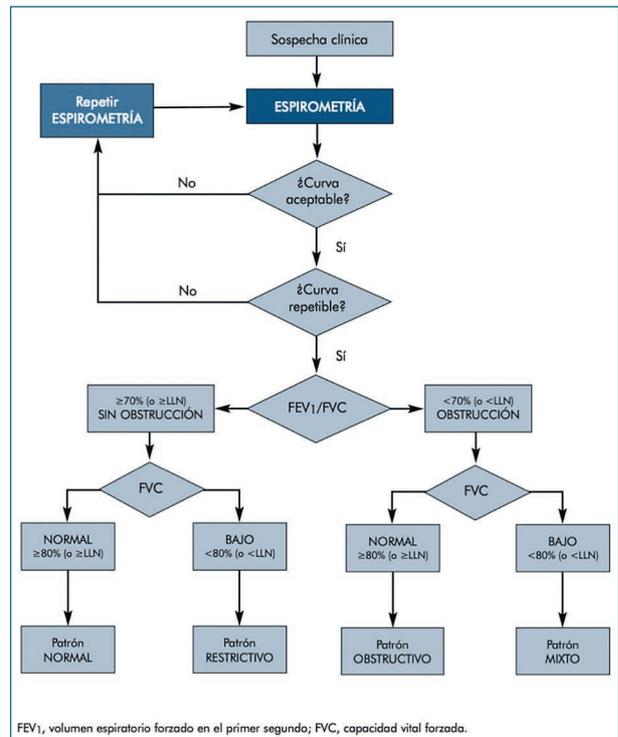


Figura 1. Algoritmo para interpretar el patrón de una espirometría (tomado de referencia 2)

Los criterios de validez de una espirometría varían en algunos aspectos:

- El tiempo de vacilación, es decir, el tiempo que tarda el paciente en iniciar la espiración forzada, debe ser menos de 2 segundos.
- El valor del volumen extrapolado (punto ideal de volumen cero en el que comienza la espiración) que pasa de 150ml a 100ml, o 5% de la capacidad vital forzada (FVC)
- Para dar finalizada la prueba ya no se exigen 6 segundos mínimos de realización, sino que se mantenga una meseta definida (que el cambio de volumen sea menor de 25 ml en un segundo) en la curva volumen-tiempo, que la duración de la espiración llegue a 15 segundos (suele pasar

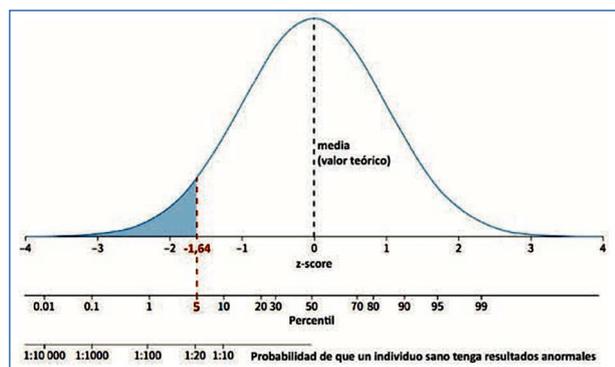


Figura 2. Representación del límite inferior de la normalidad (LLN)

en paciente muy obstruidos) o que la FVC obtenida sea igual o mayor que las obtenidas previamente.

Se define el límite inferior de la normalidad (LLN por sus siglas en inglés *lower limit of normal*) cómo nuevo punto de corte para determinar el valor normal del FEV1 o FVC. Hasta ahora el punto de corte se consideraba el 80% del valor medio del FEV1 o FVC o del 70% del FEV1/FVC; lo cual deja al 50% de la población con valores normales como patológicos. En vez de elegir el valor medio se elige el percentil 5 de dicho valor normal y se le denomina LLN (ver figura 2)

La prueba broncodilatadora positiva se consideraba si había un incremento de 200ml y 12% del valor medido de FEV1 o FVC. En las nuevas directivas se

propone que sea considerada como positiva si se observa un cambio del 10% del valor teórico de FEV1 o FVC y se elimina el criterio de volumen (ml).

Por último, se insiste que, en la realización de prueba broncodilatadora, la reversibilidad (es decir la desaparición de la obstrucción medida por el cociente FEV1/FVC tras la administración de un betagonista) no es lo mismo que prueba broncodilatadora positiva que es considerada cuando el incremento del FEV1 o FVC alcanza un valor determinado (comentado en párrafo anterior).

2. ASMA

La última edición de GEMA⁴ las novedades son reflejan realizadas en letra de color azul, y entre ellas se incorporan, en el algoritmo diagnóstico, los cambios espirométricos de la definición de prueba broncodilatadora explicados anteriormente.

Se insiste que el abuso de betagonistas de acción corta (SABA) se define a partir de 3 dispositivos de rescate al año, lo cual implica un mal control del paciente con asma y está asociado a un aumento de riesgo de exacerbaciones. Por ello, en todo paciente con abuso de SABA y/o mal control se recomienda revisar la técnica inhalatoria y optimizar la dosis de corticoides inhalados (ICS).

En triple terapia, cuando se añade un antimuscarínico de acción larga (LAMA) a la asociación LABA-ICS (betagonista de acción larga y corticoide inhalado), se



Figura 3. Algoritmo terapéutico de la poliposis nasosinusal (tomado de referencia 4)

admite tiotropio y glicopirronio (la opción con umeclidinio no se ha admitido por la EMA en Europa y sí por la ADA en América).

Se recuerda que, en pacientes con asma grave mal controlado, esto es, pacientes con altas dosis de ICS asociados a LABA y LAMA o dosis acumulada de 1 gramo de prednisona en el último año; deben ser captados y revisados en AP. En estos pacientes se recomienda confirmar el buen cumplimiento, revisar la correcta técnica inhalatoria, ajustar la dosis óptima de ICS, descartar agravantes (exposición a fármacos, tabaco o alérgenos inhalados) o comorbilidades (rinitis crónica, obesidad, reflujo gastroesofágico, apnea del sueño) como causa de dicho descontrol; y tras ello valorar remitir a atención hospitalaria para determinación de fenotipo y tratamientos específicos.

Finalmente se presenta un algoritmo de tratamiento escalonado de la rinosinusitis crónica y poliposis nasal basado en el consenso POLINA⁵.

3. EPOC^{6,7}

La gran novedad la aporta GOLD en la clasificación de pacientes según su riesgo. Al igual que GesEPOC, los pacientes se clasifican según sus síntomas (disnea medida por el mMRC) y presencia de exacerbaciones.

De tal forma que, según GOLD, los pacientes de bajo riesgo siguen siendo de tipo A (pocos síntomas y sin exacerbaciones) y B (disnea 2 o más, o CAT ≥ 10 , y sin exacerbaciones). Y los de riesgo alto, con exacerbaciones, se unen en un solo grupo E; desapareciendo la anterior clasificación de pacientes

C y D que se diferenciaban según la presencia o no de síntomas.

Por ello todos los pacientes con antecedentes de exacerbaciones en el último año (2 o más moderadas, o una que requiera ingreso) se agrupan en el grupo de pacientes de tipo E (de “exacerbaciones”) y en ellos se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con doble broncodilatación (LAMA-LABA), al igual que los pacientes con muchos síntomas (del grupo B). De forma excepcional en pacientes del grupo E, con exacerbaciones y eosinofilia sanguínea ≥ 300 , se puede valorar iniciar tratamiento con triple terapia (LAM+LABA+ICS).

El tratamiento en pacientes en seguimiento con persistencia de síntomas (disnea) y /o exacerbaciones, sigue las mismas directrices que años anteriores y se insiste en la revisión de la técnica inhalada, y en caso de incumplimiento terapéutico valorar cambiar de molécula o dispositivo antes de escalar tratamiento. Así mismo se recomienda asociar los fármacos en un único dispositivo para facilitar el cumplimiento de los pacientes con EPOC.

También se insiste en la posibilidad de desescalada (y deprescripción de ICS) en pacientes en los que no se observe mejoría tras su inicio, así como en los que presenten efectos secundarios como neumonía.

Se desaconseja el tratamiento con LABA-ICS en pacientes con EPOC, recomendando el uso de ICS asociado en triple terapia (LAMA-LABA-ICS) en pacientes que tengan exacerbaciones y eosinofilia, a pesar de un buen cumplimiento con doble broncodilatación (LAM-LABA).



*un inhalador único puede resultar más conveniente y efectivo que múltiples inhaladores
El término exacerbaciones se refiere al número de exacerbaciones por año.

Figura 4. Tratamiento inicial de la EPOC, tomado de referencia 6

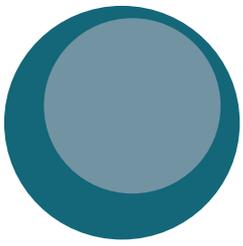
4. INHALADORES

La piedra angular del éxito del tratamiento de pacientes con patología respiratoria es el correcto uso de los dispositivos de inhalación, así como la buena elección del dispositivo según las características y preferencias del paciente.

Dichos aspectos están estupendamente resumidos en un documento del grupo de respiratorio de Ibamfic⁸. En él se resumen los principales dispositivos y cámaras espaciadoras disponibles, los criterios de elección de mejor dispositivo según las características paciente, los pasos de una correcta técnica de inhalación y un decálogo de “No hacer en terapia inhalada”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Procedimiento para la ESPIROMETRÍA en Atención Primaria. 2ª edición Disponible en: <https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/procedimiento-para-la-espirometria-en-atencion-primaria-2a-edicion/>
2. Román Rodríguez, M. Cimas Hernando, E. Guía rápida para la espirometría. Desktop Helper nº 14. Abril de 2023. Disponible en: <https://www.ipcrg.org/sites/ipcrg/files/content/attachments/2023-06-30/IPCRG%20DTH%20No.14%20Gu%C3%ADa%20r%C3%A1pida%20para%20la%20espirometr%C3%ADa%20-%20SPANISH.pdf>
3. Cimas Hernando, E. Pérez Fernández, J. Principales cambios en la normativa internacional de realización e interpretación de espirometrías: de 2005 a 2022. *A todo pulmón*.2023; 13: 11-16.
4. Guía Española para el manejo del asma. GEMA. Disponible en: <https://www.gemasma.com/>
5. Alobid I, Antón E, Armengot M, Chao J, Colás C, del Cuvillo A, *et al.* Rhinoconjunctivitis Committee, Spanish Society of Allergy and Clinical Immunology, Rhinology and Allergy Commission, Spanish Society of Otorhinolaryngology, SEAC-SEORL. Consensus Document on Nasal Polyposis. POLINA Project. *J Investig.Allergol Clin. Immunol.* 2011; 21(Suppl. 1): 1-58.
6. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023. Disponible en: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
7. Agustí, A, Simó-Almirall, A, Román M, Vogelmeier F. Gold 2023: Highlights for primary care. *Primary Care Respiratory Medicine* (2023)33: 28.
8. Todo lo que debes saber antes de prescribir un inhalador. Disponible en: <http://ibamfic.org/wp-content/uploads/2022/05/Algoritmo-Inhaladores-Ibamfic.pdf>



GRUPOS DE TRABAJO

5. PLIS PLAS PACAP

- Jiménez Hervás J¹., Jiménez Olivas N².
 - ⁽¹⁾ Due Gerencia Asistencial AP
 - ⁽²⁾ Especialista en MFyC C.S. Daroca
Grupo PACAP Madrid

ESTAMOS DE MODA ¡VENTE PACAP!

Buenas tardes a todas y bienvenidas a este desfile de modelos PACAP, en el que presentaremos la **Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid**, publicada el año pasado.

— ¡Estamos de moda! y qué mejor que las integrantes del grupo PACAP Madrid para explicarnos con sus outfits lo más interesante de esta Estrategia.

— El documento se divide en 9 ejes que marcan la ruta a seguir para implantar las acciones y medidas organizativas necesarias para integrar la orientación comunitaria en nuestra actividad profesional habitual.

— Sobre el papel queda precioso... ¿será posible? ¿tendremos tiempo y recursos por fin para la comunitaria? ¿le daremos todas (profesionales y directivas) la importancia que tiene? No sé, no sé...

— Esas preguntas llevan mucho tiempo responderlas, de hecho, son uno de los grandes enigmas de nuestra especialidad y esto es un plis plas... así que vamos allá con nuestro desfile:

— El **eje 1** se centra en la **difusión y comunicación** de la estrategia de salud comunitaria; no pierde ninguna oportunidad de darle al palique y contar con pelos y señales todo sobre la Estrategia al resto de sus amigas. Presenta un diseño de líneas sencillas y directas que fueron presentadas en las Primeras Jornadas de Salud Comunitaria el pasado año y que tiene como objetivo llegar al máximo número de personas.

— El **eje 2** nos presenta un outfit más formal, en la línea de potenciar lo **estructural y organizativo**, con una adecuada gestión del tiempo para diseñar, desarrollar y evaluar las actividades comunitarias, y con el reconocimiento del valor de la comunitaria en nuestro trabajo.

— El **tercer eje** es la más social y abierta de todas ellas, es el **normativo y colaborativo**, que sólo tiene en mente establecer colaboraciones con otras entidades. Es imprescindible hacer redes para ser más fuertes y nunca perder la oportunidad de hacer amigas haya

donde estemos, porque todos sabemos que juntas, llegamos más lejos.

— El **eje 4** es el de **centros de salud con enfoque comunitario**. Este eje lleva un look más primaveral y tiene muy claro lo importante que es tener un buen enfoque. Nada mejor que este eje para garantizar que la población atendida en AP tenga los mismos derechos a recibir prevención y promoción de la salud a través de los tres niveles del enfoque comunitario.

— El **eje 5** es el de **salud digital e innovación** y por supuesto nos trae al desfile el modelo más moderno y atrevido. Siempre está a la vanguardia para poder crear un ecosistema digital e innovador que favorezca el enfoque comunitario desde los centros de salud.

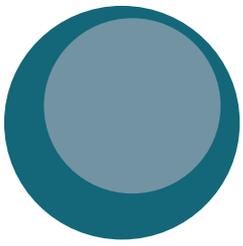
— Nuestro siguiente **eje, el sexto**, es el de **formación y cultura**, con un look más formal, más de bibliotecaria, ya que le gusta la moda, pero más la cultura. Tiene como meta que el mayor número de profesionales estén formados sobre la salud comunitaria ¡a donde iríamos sin formación ni cultura!

— Aquí tenemos nuestro **eje 7**, el de **investigación**, con un look moderno y clásico a la vez... nunca sale sin su bata y sin su calculadora. Tiene como objetivo promover y apoyar proyectos de investigación en salud comunitaria para explorar nuevos caminos.

— Ahora es el turno de nuestro **octavo eje**, el de **financiación**. Derrocha clase y dinero por todos sus poros: con este look de primeras marcas, se encarga de garantizar que se pueda financiar todo lo necesario para la consecución de los objetivos de la estrategia; en resumen, la que siempre paga.

— Y nuestro **último eje**, y no por ello menos importante, es el de **evaluación**. Presenta un look más serio y unas gafas de diseño que lo ven todo. Es la encargada del control, el seguimiento, la implantación y por supuesto la mejora, ya que siempre tiene algo que decir del desarrollo del resto de ejes.

— Gracias a todas por vuestra atención y un fuerte aplauso para todos nuestros ejes, que nos han dejado bien claro que la comunitaria está de moda.



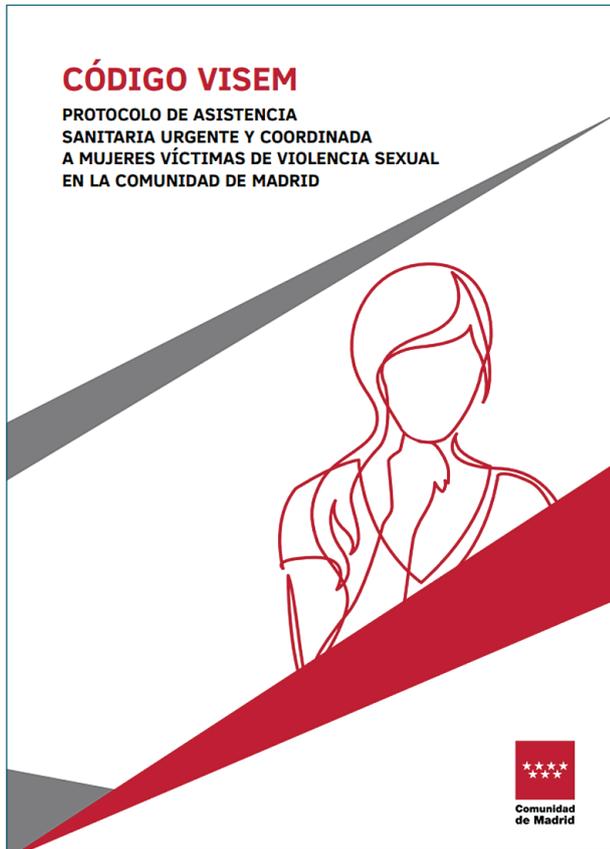
GRUPOS DE TRABAJO

6. PLIS PLAS GdT ATENCIÓN A LA MUJER

■ Yanes Baonza M. Especialista en MFyC. C.S. Rafael Alberti
Miembro del GdT Atención a la Mujer de la SoMaMFyC

El pasado 3 de octubre participamos en el PLIS PLAS del congreso de nuestra sociedad SoMaMFyC. Os traemos un resumen de los contenidos que presentamos.

1. PRESENTACIÓN DEL CÓDIGO VISEM⁽¹⁾



Se trata del protocolo de atención urgente a las mujeres que han sufrido una agresión sexual.

El Código VISEM se activa en el HOSPITAL, y para ello se deben cumplir una serie de requisitos:

REQUISITOS PARA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO VISEM	
Mujer ≥ 16 años.	
Que haya sufrido una agresión sexual.	
Tiempo transcurrido desde que aconteció el episodio ¹⁸ :	≤ 10 días / 240 h en los casos de existencia de coito vaginal. ≤ 3 días / 72 h en el resto de las agresiones sexuales.
Que haya inicialmente consentimiento para la activación del código.	

No vamos a detallar todo el protocolo, pero si a destacar las cosas que nos parecen más importante tener en cuenta desde Atención Primaria.

Tanto si atendemos a una mujer fuera del centro de salud como si es en el centro, lo primero que vamos a hacer es **ACOGERLA y PROPOCIONARLE UN AMBIENTE DE INTIMIDAD.**

Intentaremos dar una **atención RÁPIDA** con **INFORMACIÓN BÁSICA SIN JUZGAR Y SIN FORZAR** a la mujer.

En toda la atención a la mujer debemos **CONTAR** siempre **CON SU CONSENTIMIENTO**, para todas las actuaciones que llevemos a cabo, y en todo momento le informaremos de los pasos que vayamos a seguir.

AVISAREMOS A FAMILIARES o AMIGOS, si ella quiere, para que esté acompañada en todo el proceso.

Valoraremos inicialmente si su vida corre peligro y precisa Soporte Vital.

Si es posible, recogeremos en la historia clínica su estado psicológico y emocional (poniendo sus palabras textuales).

Muy Importante indicarle a la mujer que:

La recogida de muestras se hace en el Hospital.
No alterar el lugar de los hechos ni manipulación del entorno.
No se desvista, ni se lave.
No realizaremos exploración genital o zona anal.
No beber, comer o fumar. Si lo hubiera hecho se refleja.

TRASLADO AL HOSPITAL

- Lo antes posible.
- Por sus propios medios o acompañada por FF y CC SS o ambulancia.
- Acompañada por familiares o amigos.

Explicar a la mujer lo que ocurrirá a su llegada al hospital.

La mujer deberá ser informada de su derecho a:

- formular denuncia,
- dejarlo para otro momento,
- no denunciar.

Debe manifestar su consentimiento para activar el código (la mujer puede autorizar la recogida de muestras y dar su consentimiento, aunque no quiera denunciar) y se avisará a la policía judicial que tomará declaración. Así mismo se avisará al médico forense. En caso de que no pueda acudir, cualquier médico/a formado/a de la urgencia, realizará la exploración física y tomará las muestras necesarias.

La asistencia médica consistirá en el hospital en:

1. Clínico - asistencial:

- Prevención de embarazo,
- Prevención ITS (recogida de muestras), tratamiento de las lesiones si las hay.
- Entrega de la medicación preventiva.

2. Médico - Legal:

- Se realiza la EF y se recogen las muestras por parte del/la médico/a que atiende a la mujer y el Forense si está.
- Se elabora un Parte de Lesiones conjunto, que se envía al Juzgado de Guardia.

AL ALTA

VALORAREMOS si precisa derivación a trabajo social o un centro especializado (CIMASCAM) o Salud Mental, pero recordad que lo más importante es que desde nuestra consulta: **SIEMPRE ACOMPAÑAREMOS A LA MUJER**, aunque derivemos a otros recursos.

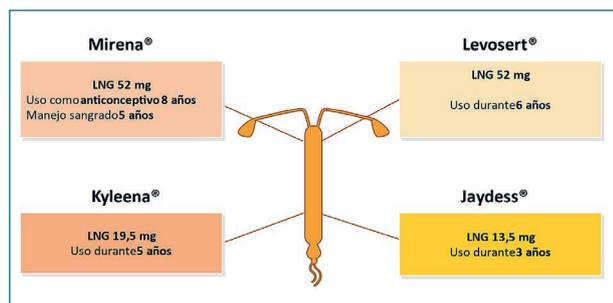
2. LEY ORGÁNICA 01/2023 DE 28 DE FEBRERO POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 2/2010 DE 3 DE MARZO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO⁽²⁾



No vamos a hablar de todas las modificaciones de la ley, pero sí de las que nos parecen más interesantes para nuestra práctica clínica.

- Se **elimina el periodo de reflexión** de tres días y la información obligatoria que se entregaba a las mujeres.
- Las mujeres de **16 y 17 años** y las mujeres con discapacidad no estarán obligadas a pedir permiso a sus tutores legales para acceder a la IVE.
- Se blinda el **acceso al aborto en la red sanitaria pública**, que tiene que ser la que permita la garantía del derecho.
- Se elaborará un **documento de objeción de conciencia individual**.
- **Asistencia integral** en servicios públicos por equipo multidisciplinar.
- **Línea telefónica de asesoramiento de IVE.**
- **Formación de profesionales sanitarios.**
- Se reconoce la situación de **Incapacidad temporal con obligación de cotización en las siguientes situaciones:**
 - Para **menstruación incapacitante secundaria**: CIE10 N94.5
 - Para **interrupción de embarazo voluntario o involuntario**: CIE10 002, 003 u 004 y sus derivados, o Z33.2
 - Para **embarazo a partir de la semana 39.**

3. NOVEDADES EN LA DURACIÓN DE LOS DIUS



4. ESTUDIO BMJ

Venous thromboembolism with use of hormonal contraception and non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide cohort study

Amani Meaidi *et al.* BMJ 2023; 382: bmj-2022-074450

Previamente a este estudio, sabíamos que:

- Cualquier método anticonceptivo es más seguro que un embarazo no deseado
- El uso de **anticonceptivos hormonales combinados** es un **factor de riesgo** conocido para la **enfermedad tromboembólica** (ETE)

BIBLIOGRAFÍA

1. CÓDIGO VISEM. PROTOCOLO DE ASISTENCIA SANITARIA URGENTE Y COORDINADA A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID
2. Disposición 6044 del BOE núm. 88 de 2022
3. Ficha Técnica DIU Mirena® (Consultada 10/11/23). FT_63158.html.pdf (aemps.es)
4. Ficha Técnica DIU Levosert® (Consultada 10/11/23). FT_80021.pdf (aemps.es)
5. Ficha Técnica DIU Kyleena® (Consultada 10/11/23). FT_81418.html.pdf (aemps.es)
6. Ficha Técnica DIU Jaydess® (Consultada 10/11/23). FT_77169.html.pdf (aemps.es)
7. Venous thromboembolism with use of hormonal contraception and non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide cohort study (bmj.com)

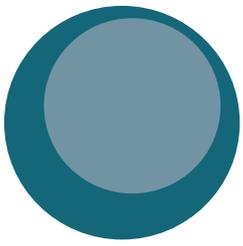
- **Riesgo absoluto** es **bajo**: 20-40 caso por 100.000 años de uso
- En estudios observacionales y metaanálisis se había observado un **aumento** en el de **riesgo** de **ETE** con el uso de **AINEs**

Estudio de Meaidi del BMJ:

- **Estudio observacional retrospectivo.**
- **Cohorte poblacional** que incluye a todas las mujeres de 15 a 49 años residentes en Dinamarca entre 1996 y 2017 (**2.029.065 mujeres**)
- **Estudian la incidencia de ETEV en mujeres a las que se prescribe anticoncepción hormonal y AINEs simultáneamente.**

Algunos resultados del estudio:

- **El riesgo absoluto** de EVTE en la primera semana después de la prescripción de AINEs es **bajo en usuarias de cualquier método anticonceptivo.**
- Se observa un **aumento relativo de los eventos frente a mujeres que no reciben AINEs (3-23 casos extra por 100.000 mujeres)**
- Confirma algo que ya se conocía por estudios previos: **el riesgo es relativamente menor** en AHC con algunos gestágenos como el **LVNG y en AC de solo gestágenos** comparado con el anillo, parches y AHC que incluían desogestrel, gestodeno, drospirenona o ciproterona.



GRUPOS DE TRABAJO

7. PLIS PLAS GRUPO PAPPS

■ Cervigón Portaencasa R¹., Camarelles Guillem F².

⁽¹⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Cerro del aire (Majadahonda). Miembro del PAPPS, GdT Educación sanitaria y promoción de la salud.

⁽²⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Infanta Mercedes (DA Norte). Miembro del PAPPS, GdT Educación sanitaria y promoción de la salud.

BREVE RESUMEN DE LAS NOVEDADES INCLUIDAS EN LAS ACTUALIZACIONES PAPPS 2022

INTRODUCCIÓN

En nuestro día a día como médicos de familia, la prestación de servicios preventivos varía y es, en la mayoría de casos, insuficiente, tal y como explica Francisco Camarelles Guillem, vicepresidente del Organismo de Coordinación del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)⁽¹⁾. Tal y como explica el Dr. Camarelles no solo es importante nuestro conocimiento médico sino **nuestra capacidad para reconocer y superar una combinación de factores individuales** (falta de tiempo, atención a otras demandas de atención, y nuestros niveles de habilidad y actitud ante la prevención) **y los sistemas de práctica clínica y factores organizacionales** (por ejemplo, el trabajo en equipo, la claridad de roles en prevención, la falta de recursos y una cultura centrada en el tratamiento más que en la prevención).

Aplicar las recomendaciones preventivas en la práctica requiere conocimiento en áreas como la ciencia de la implementación, el manejo del cambio, la cultura de la organización sanitaria, y la recopilación y el análisis de datos ⁽¹⁾.

BREVE RESUMEN DE LAS ACTUALIZACIONES PAPPS 2022

En cuanto a la prevención de enfermedades infecciosas, se han revisado las últimas recomendaciones sobre vacunación por enfermedad y por grupo de riesgo, dando especial importancia a los aspectos más novedosos en la vacunación sistemática (gripe, neumococo, vacunas antimeningocócicas y vacunas contra el virus del papiloma humano [VPH]), las nuevas vacunas (vacunas pandémicas contra la COVID-19, vacunas contra el herpes zóster de subunidades, vacunas contra la viruela del mono) y las vacunas recomendadas según condición de riesgo (embarazo

y lactancia, sanitarios, viajeros, pacientes con inmunosupresión o patología de base).

Como novedades, en octubre de 2022 se aprobó la incorporación de la vacunación antigripal sistemática en la población infantil entre 6 y 59 meses a partir de la temporada 2023-2024. La pauta es de una dosis, excepto en menores de 9 años sin vacunación antigripal previa, que es de dos dosis. Así mismo, la incorporación de la vacuna VPH en varones a los 12 años, 2 dosis con una separación de al menos 5-6 meses (según vacuna utilizada). Por último, la autorización de comercialización por la EMA el 26 de abril de 2023 de Arexvy®, indicada para la inmunización activa para la prevención de la enfermedad del tracto respiratorio inferior (LRTD) causada por el virus respiratorio sincitial (VRS) en adultos de ≥ 60 años⁽²⁾.

Sobre las actividades preventivas específicas para la salud de la mujer, en el grupo de trabajo se da especial importancia a la anticoncepción ya que es una actividad preventiva esencial, considerando básico el derecho a decidir tanto el número de hijos como el momento de tenerlos. Debemos informar sobre los posibles métodos anticonceptivos, garantizando en el seguimiento su seguridad, eficacia y efectividad. Todo ello se hará mediante cribado oportunista sin precisar cribado de trombofilia ni de dislipemia, y sí de hipertensión arterial⁽³⁾.

El embarazo constituye una vivencia vital importante y el médico de familia no debe permanecer ajeno. Debemos ser competentes tanto en la consulta preconcepcional (recomendando la toma de ácido fólico, evitando la exposición a riesgos laborales y medioambientales, realizando cribado de determinadas patologías y valorando la toma de fármacos no indicados durante el embarazo) como en el seguimiento de la gestación. Hagamos o no seguimiento del embarazo, no debemos desentendernos de su control aprovechando este periodo para promocionar estilos de vida saludables y participando de los procesos intercurrentes que puedan acontecer.

La menopausia en general y la osteoporosis, en particular, ejemplifican la estrategia de medicalización de procesos vitales que se ha seguido desde diferentes instancias y organismos. En la actualización abordamos la prevención y el tratamiento de aquellos síntomas secundarios a la deprivación estrogénica. Así mismo, planteamos la prevención de la osteoporosis, incluyendo la realización de densitometría en función del riesgo de fractura en los próximos 10 años, y por ello no se aconseja el cribado densitométrico en mujeres menores de 60 años. En la valoración del riesgo preconizamos la utilización de la herramienta *frax* o mejor, la calibración del riesgo de fractura de cadera con datos de prevalencia de la Comunidad de Madrid. La indicación del tratamiento la vinculamos con la *Z-score* (densidad mineral ósea comparada con mujeres de su misma edad), al ser una patología asociada al envejecimiento, y no en comparación con mujeres de 20 años de la *T-score*.

En cuanto a la prevención en la persona mayor, se examina la última evidencia disponible sobre las actividades preventivas en la persona mayor⁽⁴⁾, incluyendo los trastornos de sueño (se da especial importancia al uso del control de estímulos y la terapia cognitiva para prevenirlos y se recuerda que el uso de fármacos sedantes tiene una eficacia limitada y controvertida), el ejercicio físico (se debe indicar siempre la actividad física y el ejercicio en todas las personas mayores independientemente de su estado funcional, adaptado a las características funcionales y físicas y capacidad de cada persona combinando ejercicio aeróbico, de equilibrio y de resistencia, el ejercicio multicomponente es la intervención principal para la prevención y tratamiento de la fragilidad), la deprescripción, los trastornos cognitivos y las demencias, la nutrición, el aislamiento social (se recomienda que las autoridades a nivel nacional, regional y local trabajen junto con las comunidades para evaluar el contexto social e implementar las intervenciones de acuerdo con las necesidades de los ciudadanos) y la fragilidad.

La detección de la fragilidad en la persona mayor se inicia con una preselección en base a la edad (≥ 70 años), sin alteración en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD, Barthel ≥ 90 puntos), seguido de pruebas de ejecución (Short Physical Performance Battery –SPPB– o la velocidad de la marcha –VM–) y valoración del riesgo de caídas.

El manejo posterior de las personas frágiles se realiza a través de una valoración geriátrica integral (VGI), de la que se derivan las intervenciones específicas individualizadas a llevar a cabo. Herramientas como VALINTAN www.valintan.com facilitan la aplicación de la VGI en AP. Por último, se recomienda la prescripción de actividad o ejercicio físico, preferiblemente multicomponente, adaptado en intensidad y estructurado como intervención principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad.

Como novedades en prevención cardiovascular, en las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular 2021⁽⁵⁾ se recomienda el cálculo del RCV de manera sistemática a todas las personas adultas con algún factor de RCV, pudiéndose considerar también en los hombres > 40 años y las mujeres > 50 años y que se pueda repetir cada cinco años.

Las guías presentan por primera vez un nuevo modelo para calcular el riesgo –*Systematic Coronary Risk Evaluation-2* (SCORE2) y *Systematic Coronary Risk Evaluation-2 Old person* (SCORE2-OP)– que ha sido calibrado para cuatro regiones de Europa (bajo, moderado, alto y muy alto), según las tasas de mortalidad vascular, perteneciendo España a los países de bajo RCV. Esta herramienta permite el cálculo del riesgo de morbimortalidad vascular en los próximos 10 años (infarto de miocardio, ictus y mortalidad vascular) en hombres y mujeres entre 40 y 89 años. Se pueden usar las tablas coloreadas que aparecen en las guías (utilizan PAS, edad, sexo, tabaco y colesterol no HDL), la *app* de la *European Society of Cardiology* (ESC) o la herramienta disponible en la *web* (<https://u-prevent.com>), que permite la entrada del colesterol total y c-HDL. Mediante estas aplicaciones es posible calcular también el RCV de por vida (*LIFE-CV model*) y los beneficios del tratamiento en términos de años de vida ganados sin enfermedad vascular. Además, hay herramientas específicas para cálculo del riesgo en personas con diabetes (*ADVANCE risk score* o *DIAL model*) y con enfermedad vascular establecida (*SMART RISK score* o *SMART REACH model*).⁽⁶⁾

Otra de las novedades de la nueva guía es el establecimiento de diferentes umbrales de riesgo dependiendo de la edad, a diferencia de las versiones anteriores, que establecían un único umbral de riesgo, al objeto de evitar el infratratamiento en jóvenes y el sobretatamiento en mayores, ya que el beneficio a largo plazo del tratamiento de los factores de RCV es mayor en pacientes jóvenes.

En cuanto a las actualizaciones PAPPS 2022 de prevención del cáncer, el esfuerzo se dirige a mejorar la detección precoz del cáncer, tal y como se explica en el artículo, se ha desarrollado un nuevo Plan de la UE para el Cribado del Cáncer para garantizar que, de aquí a 2025, se ofrezca el cribado del cáncer de mama, de cuello del útero y colorrectal al 90% de la población objetivo. También se incluye el estudio de la ampliación de la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer (cribado de cáncer de pulmón, próstata y gástrico)⁽⁷⁾.

El riesgo de sobrediagnóstico y sobretatamiento ha dominado durante mucho tiempo los debates sobre el cribado del cáncer de próstata. Sin embargo, estos riesgos pueden reducirse limitando la edad superior para este cribado, el seguimiento de los individuos con PSA positivo mediante resonancia magnética (lo

que permite identificar mejor los tumores malignos y dirigir mejor las biopsias) y la estratificación del riesgo (teniendo en cuenta la historia clínica, los antecedentes familiares, tacto rectal y el volumen de la próstata; los antecedentes familiares de raza negra/caribeña son un factor de riesgo adicional). El cribado del cáncer de próstata puede ser rentable y es necesario seguir investigando para mejorar la relación coste-eficacia y daño-beneficio. Para reducir el sobretratamiento, se propone la vigilancia activa en los cánceres de próstata de riesgo bajo e intermedio. En el contexto del cáncer de próstata, es necesario equilibrar cuidadosamente los daños y los beneficios, y se recomienda la toma de decisiones compartida para todos los hombres en función también de la esperanza de vida restante.

En este sentido, el EU Beating Cancer Plan 2022 y el grupo de asesoramiento GCSA plantean el objetivo de ampliar los programas de cribado al cáncer de próstata basado en el antígeno PSA, en combinación con la exploración adicional por resonancia magnética como prueba de seguimiento de un PSA elevado, ya que hay evidencia de que el cribado con la prueba del PSA puede reducir las muertes por cáncer de próstata.

La USPST, en sus recomendaciones del 2018, recomienda para el grupo de 50 a 69 años que los médicos informen sobre los posibles beneficios y daños del cribado con PSA y que la decisión sea individualizada (recomendación C) y está en contra del cribado de cáncer de próstata en hombres mayores de 70 años (recomendación D).

En resumen, las recomendaciones más actuales abogan por un cribado con PSA individualizado, tras una decisión compartida médico-paciente, teniendo en cuenta los grupos de alto riesgo e informando y valorando los posibles beneficios y daños del cribado. El balance entre beneficios y daños es más negativo en los cánceres de próstata localizados de bajo riesgo de progresión, que requerirán observación o vigilancia y más positivo en los pacientes con alto riesgo de progresión que pueden beneficiarse de un tratamiento activo (prostatectomía radical, radioterapia) para reducir los daños del sobretratamiento. Los profesionales de atención primaria deben favorecer que el paciente tome una decisión personal de acuerdo con sus preferencias.

Recomendaciones cáncer próstata, PAPPS 2022

1. En el grupo de población de menores de 55 años asintomáticos no se debe recomendar la determinación del PSA (evidencia baja, recomendación fuerte en contra).
2. En el grupo de población entre 55 y 69 años asintomáticos se debe evaluar individualmente el riesgo y

recomendar la determinación del PSA en función de un riesgo elevado (antecedentes familiares de cáncer de próstata: familiar de primer grado diagnosticado antes de los 65 años, ascendencia africana) y las preferencias de la persona (evidencia moderada, recomendación condicional a favor).

3. En el grupo de población de 70 años o más asintomáticos no se debe recomendar la determinación del PSA (evidencia baja, recomendación fuerte en contra).
4. No se ofrecerá la realización de PSA a población asintomática de forma activa. Si la persona lo solicita, será necesario ofrecer información exhaustiva y detallada sobre el balance entre riesgos y beneficios.

En lo relativo al cáncer de pulmón, durante las dos últimas décadas ha habido un intenso debate internacional sobre los beneficios y daños del cribado de cáncer de pulmón.

En el contexto de Europa, la revisión sistemática realizada por la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Europea (EUnetHTA) y financiada por la Unión Europea no es concluyente respecto a la relación beneficio/riesgo de este cribado y no establece recomendación de implantación de cribado de cáncer de pulmón a nivel europeo. El EU Beating Cancer Plan 2022 y el grupo de asesoramiento GCSA plantean el objetivo de ampliar los programas de cribado al cáncer de pulmón.

Recomendaciones cáncer de pulmón, PAPPS 2022

1. Los profesionales de atención primaria deben realizar consejo personalizado para dejar de fumar a todas las personas fumadoras (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
2. La radiografía de tórax o la citología de esputo no se deben recomendar como pruebas de cribado del cáncer de pulmón (evidencia moderada, recomendación fuerte en contra).
3. La TCBD en población de alto riesgo no se debería recomendar como prueba de cribado del cáncer de pulmón hasta que no se evalúe la factibilidad y coste-efectividad de su aplicación en nuestro medio (evidencia moderada, recomendación condicional en contra).

En cuanto a la salud mental, en esta edición 2022 se presenta una actualización de los Programas de Prevención de los problemas psicosociales y de salud mental en los Hijos de Familias Monoparentales y del Embarazo en la Adolescencia⁽⁸⁾.

Por otro lado, las dos **últimas actualizaciones realizadas por el grupo PrevInfad** han sido la prevención

Estrategia de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento	
Assess- Averiguar	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta.
Advise- Aconsejar	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales.
Agree- Acordar	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona.
Assist- Ayudar	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados.
Arrange- Asegurar	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario.

Fuente: USPSTF, 2000.

Figura 1.

del consumo de tabaco (CT) en la adolescencia y el uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN)⁽⁹⁾

Por último, **el grupo de educación sanitaria y promoción de la salud**, propone la promoción de un estilo de vida saludable mediante la metodología de intervención y las actuaciones preventivas en consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación saludable, actividad física en el tiempo libre y prevención de accidentes de tráfico y sistemas de retención infantil.

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la estrategia de las 5 Aes del *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).⁽¹⁰⁾ (Figura 1)

Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo en un momento determinado, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a recursos de su comunidad.⁽⁴⁾

RECOMENDACIONES PAPPS TABACO

1. Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco cuando acudan a consulta, y aconsejarles que abandonen el tabaco si fuman (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
2. La periodicidad mínima de esta detección del consumo de tabaco y registro debe ser de una vez

cada dos años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado (recomendación de expertos).

3. Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales y farmacológicas para ayudar a dejar de fumar al fumador que quiera hacer un intento de abandono del tabaco (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor). La evidencia actual es insuficiente para recomendar fármacos para dejar de fumar en el embarazo.

4. Se recomienda que desde atención primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves (evidencia baja, recomendación moderada a favor).

RECOMENDACIONES PAPPS EN CRIBADO DE ALCOHOL

Se recomienda hacer cribado del consumo de alcohol y proveer intervención conductual a las personas que hagan consumo de riesgo o problemático. El cribado debe hacerse como mínimo cada dos años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Aunque en los adolescentes la evidencia es insuficiente por imperativo ético se recomienda.

El Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de *consumos de riesgo* en el ámbito sanitario. Cuando es positivo debe confirmarse con el Audit-10.

RECOMENDACIONES PAPPS EN ACTIVIDAD FÍSICA

Aprovechar cualquier motivo de consulta para preguntar al paciente sobre sus hábitos en actividad física. Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada.

Insistir en realizar actividad física de forma regular en toda la población, con especial énfasis en el adolescente y el sexo femenino. Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada.

Educar al paciente sobre los beneficios de realizar actividad física de forma continuada y todos los perjuicios que conlleva no hacerla. Cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna, y cuanto más, mejor. Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada.

Atención primaria debe intervenir para potenciar la actividad física/ejercicio físico por parte de toda la po-

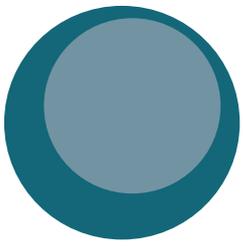
blación. Cada persona ajustada por tramo de edad, condiciones física y patologías. Con especial interés en discapacitados. Toda actividad física cuenta. Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada.

Se debe recomendar disminuir al máximo el sedentarismo en todas las franjas de edad y características del paciente. Todas las personas se benefician de incrementar la actividad física y reducir los hábitos sedentarios. Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada.

Para poder implementar las recomendaciones PAPPS en todos los aspectos aquí nombrados es fundamental impulsar medidas que garanticen la prestación de servicios preventivos en atención primaria, desde los centros de salud y, para ello, es importante aumentar el gasto sanitario en atención primaria y que se garantice las condiciones necesarias de tiempo, personal y espacio para conseguirlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Implementar las actividades preventivas en la práctica clínica. Francisco Camarelles Guillem. Revista Atención Primaria. Vol. 54. Núm. S1. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud-PAPPS 2022 (Octubre 2022) DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102415 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-implementar-actividades-preventivas-practica-clinica-S0212656722001354>
2. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización en vacunas PAPPS 2022 Susana Martín Martín, M. Luisa Morató Agustí, Ana Pilar Javierre Miranda, Coro Sánchez Hernández, Germán Schwarz Chavarri, Pablo Aldaz Herce, Cristina García Iglesias, José Javier Gómez Marco, M. Isabel Gutiérrez Pérez. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl. 1: 102462 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-enfermedades-infecciosas-actualizacion-vacunas-S0212656722001822>
3. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPS 2022 Alberto López García-Franco, José Antonio Baeyens Fernández, M. José Iglesias Piñero, Pablo Alonso Coello, Cristina Ruiz Cabello, Ana Pereira Iglesias, Jacinta Landa Goñi. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102471. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-mujer-actualizacion-papps-S0212656722001913>
4. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2022 Miguel Ángel Acosta Benito, Rosa Ana García Pliego, José Miguel Baena Díez, Ana Gorroñoitía Iturbe, Yolanda Herreros Herreros, M. del Canto De Hoyos Alonso, Purificación Magán Tapia, Iñaki Martín Lesende. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102438. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-el-mayor-actualizacion-S0212656722001585>
5. F.L.J. Visseren, F. Mach, Y.M. Smulders, D. Carballo, K.C. Koskinas, M. Böck, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J., 42 (2021), pp. 3227-3337
6. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022 Domingo Orozco-Beltrán, Carlos Brotons Cuixart, Jose R. Banegas Banegas, Vicente F. Gil Guillén, Ana M. Cebrián Cuenca, Enrique Martín Rioboó, Ariana Jordá Baldó, Johanna Vicuña, Jorge Navarro Pérez. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102444. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-actualizacion-papps-S0212656722001640>
7. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2022. Mercè Marzo-Castillejo, Cruz Bartolomé-Moreno, Begoña Bellas-Beceiro, Elena Melús-Palazón, Carmen Vela-Vallespín. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102440 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656722001603>
8. Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia Francisco Buitrago Ramírez, Ramon Ciurana Misol, María del Carmen Fernández Alonso, Jorge L. Tizón. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102494 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-embarazo-S0212656722002141>
9. Resumen PAPPS Infancia y Adolescencia 2022 Olga Cortés Rico, M. Jesús Esparza Olcina, José Galbe Sánchez-Ventura, Ana Gallego Iborra, Carmen Rosa Pallás Alonso, Laura García Soto, Álvaro Rando Diego, Julia Colomer Revuelta, Ana Garach Gómez, Leyre Martí Martí, José M. Mengual Gil. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102441. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-resumen-papps-infancia-adolescencia-2022-S0212656722001615>. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022.
10. Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, Elena Muñoz Seco, Juana M. Gómez Puente, Joaquín San José Arango, José Ignacio Ramírez Manent, Carlos Martín Cantera, María del Campo Giménez, Juan Revenga Frauca, Ana Egea Ronda, Raquel Cervigón Portaencasa, Laura Rodríguez Benito. Aten. Primaria. 2022; 54 Supl 1: 102442 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida-S0212656722001627>



GRUPOS DE TRABAJO

8. PLIS PLAS GdT ATENCIÓN AL MAYOR

■ García Pliego, R. A.
Médico de Familia. C. S. Dr. Aguilar (Cubas de la Sagra, Madrid). Gdt Atención al Mayor SoMaMFyC

CRITERIOS STOPP/START 3.0

INTRODUCCIÓN

Los criterios STOPP/START son criterios explícitos basados en sistemas fisiológicos que resumen la evidencia sobre problemas de prescripción relevantes clínicamente relacionados con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (criterios STOPP) y con potenciales omisiones de prescripción (criterios START). Las dos versiones anteriores de los criterios STOPP/START se publicaron en 2008 y en 2015, y sus versiones en español, en 2009 y en 2015.

En 2023 se acaba de publicar la versión 3 de dichos criterios. Esta nueva versión cuenta con 190 criterios STOPP/START (133 criterios STOPP y 57 criterios START), lo que supone un aumento del 40% en el número de criterios en comparación con la versión anterior. Se trata de un listado actualizado de medicamentos potencialmente inapropiados y posibles omisiones en la prescripción que tienen el objetivo de optimizar la medicación y minimizar las reacciones adversas a los medicamentos durante la revisión de la medicación en las personas mayores, en particular aquellas con multimorbilidad y polifarmacia.

Un ejemplo de la utilidad de estos criterios sería evitar la cascada terapéutica. La prescripción en cascada se produce cuando un efecto adverso producido por un medicamento no se identifica como tal y se trata con un segundo fármaco, que expone al paciente a la aparición de nuevas reacciones adversas que se tratarían con otro fármaco, y así sucesivamente.

La identificación y la interrupción de las cascadas terapéuticas es imprescindible para la mejora de la seguridad del paciente. Reconocer cualquier signo o síntoma como potencialmente secundario a un tratamiento se considera el primer paso para la prevención de las cascadas terapéuticas. Otras medidas incluyen una buena anamnesis farmacológica y la valoración en cada caso, de la relación beneficio/riesgo de los tratamientos.

DULCINEA POLIMEDICADA

(un ejemplo de cascada terapéutica)

(Aparece en escena Dulcinea en camisón y metida en la cama, con cara de encontrarse mal. En las manos sujeta una cesta llena de fármacos. Entra Quijote en la escena con cara de preocupación)

QUIJOTE:

¿Qué pasó mi bella dama?
¿Por qué esa cara tan triste?
Algún disgusto tuvisteis
que os hace yacer en cama.

DULCINEA:

Me duele el pecho, los hombros,
los pies y hasta las pestañas
que no salgo de mi asombro.

QUIJOTE:

¡Estáis hecha una castaña!

DULCINEA:

Tomé paracetamol,
tramadol, metamizol,
y mis males no mejoran
¡Estoy por darme al alcohol!

QUIJOTE:

¿Tan temprano?... ¡no son horas!...

DULCINEA:

Es la temible fibromialgia

QUIJOTE:

¿Y no podría ser nostalgia?

DULCINEA:

Pues no ha de ser, mi señor
Tomo benzodiacepinas,
y también paroxetina.
¡qué levantan el humor!

QUIJOTE:

¿Y no sufrís de mareo
con todo ese pastilleo?

DULCINEA:

Pues es bastante frecuente.
Mas, para esa situación
tomo Serc habitualmente.

QUIJOTE:

Serc o no Serc, esa es la cuestión.

DULCINEA:

Si no es Serc, es Torecán
que para el mareo es lo mismo.

QUIJOTE:

¿Y no os da extrapiramidalismo?
A mí me sienta fatal.

DULCINEA:

Para eso, todos los días,
me tomo un Akinetón,
que me quita distonías,
temblores y agitación.

QUIJOTE:

¿Esas son unas pastillas con forma de pirámide?

DULCINEA:

No. Esas son las que usaba Tutankamón
que el día que olvidó tomarlas,...
¡le cayó una maldición!

QUIJOTE:

Y vos, mi gentil señora
con tanto medicamento
¿No sufrís de estreñimiento?...
Tendréis fatal vuestra flora

DULCINEA:

Para tales circunstancias
Duphalac o Plantaben
en mi tripa estas sustancias
funcionan la mar de bien.

QUIJOTE:

¿Y ese uso diario de laxantes,
no os produce dolores desesperantes?

DULCINEA:

Por eso uso el tramadol,
gelocatil, nolotil,
infusión de perejil,
y también friegas de alcohol.

QUIJOTE:

¿Y no serán los fármacos los causantes
de tanta patología concomitante?
Os propongo una terapia alternativa
para no depender de medicinas.

DULCINEA:

Decidme cuál, mi señor

QUIJOTE:

Para vivir sin dolor
deberéis cuidar la dieta
y practicar ejercicio.
Tiene muchos beneficios,
¡Ésa es la mejor receta!

DULCINEA:

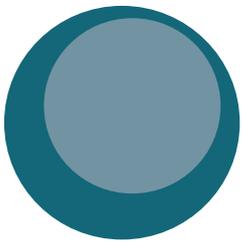
¡Me ofendéis, buen caballero!
No es cuento mi desespero.
Mi enfermedad es real
Y si pensáis que exagero,
dejadme aquí con mi mal.

QUIJOTE:

¡Voto a bríos! ¡Aquí no os deajo!
Haced caso a mi consejo,
gran parte de la dolencia
es vuestra propia vivencia.
Vayamos a pasear
junto a la orilla del mar...
pues existe demostrada evidencia
de que el amor, cura más que la ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero Errasquin B, Muñoz García M, Rodríguez Espeso EA, Vélez Díaz Pallarés M, Cruz Jentoff AJ. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología 58 (2023). <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101407>
2. Pagán Núñez FT, Tejada Cifuentes F. Prescripción en Cascada y Desprescripción. Rev Clin Med Fam vol.5 no.2 Barcelona jun. 2012. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000200006>



GRUPOS DE TRABAJO

9. PLIS PLAS GdT FARMACOTERAPIA

- Jerez Fernández P¹., Pérez Santos S.²
⁽¹⁾ Médico de familia, C.S. General Ricardos
⁽²⁾ Médico de familia C.S. Arroyomolinos

HACIENDO FRENTE AL DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS

INTRODUCCIÓN

Un problema de suministro es una situación en la que las unidades de un medicamento disponibles en el canal farmacéutico son inferiores a las necesidades de consumo nacional (1). Las situaciones de desabastecimiento de medicamentos son un fenómeno frecuente en los países de nuestro entorno (2) y se miden en presentaciones de medicamentos autorizados, es decir, en las distintas formas en las que se dispensa y comercializa un medicamento. Un solo fármaco puede contar con múltiples formas farmacéuticas, como cápsulas, comprimidos, envases con distinto número de unidades o dosis, etc.

Si un laboratorio farmacéutico detecta que puede producirse cualquier restricción anormal en el suministro de los medicamentos que produce, está obligado a informar con antelación a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

A lo largo del tiempo se ha observado una tendencia ascendente en los problemas de suministro, siendo algo relativamente frecuente en los últimos años. Por ejemplo, un incremento del 9.77% del primer al segundo semestre de 2022 (1105 a 1213 presentaciones de medicamentos), según datos de la AEMPS¹. Este crecimiento en el número de problemas detectados fue significativamente inferior al observado en el periodo inmediatamente anterior, del segundo semestre 2021 al primero de 2022, concretamente del 31% (842 a 1105 presentaciones). (Figura 1)

De acuerdo con los datos del segundo informe semestral de 2022, en España sufren problemas de suministro un 3.71% (1213) de las presentaciones de medicamentos. Sin embargo, sólo un 0.33% (107) del total de presentaciones tienen un problema de suministro de “impacto mayor”, lo que implica que no existe una alternativa terapéutica disponible para ellas. Es aquí donde la AEMPS interviene con acciones como autorizar la importación de medicamentos extranjeros no autorizados en España, permitir la comercialización excepcional o frenar la exportación de los fármacos afectados a terceros países o a otros estados miembro de la Unión Europea.



Figura 1. Informe semestral sobre problemas de suministro. Julio - diciembre 2022. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Tabla 1. Principales causas de desabastecimiento (adaptada de 10)

Fabricación	Distribución y suministro	Aspectos económicos	Otros factores
<ul style="list-style-type: none"> Globalización Problemas de adquisición de materia prima Capacidad limitada de producción Problemas y/o cese de producción Niveles de stock (inventarios "just in time") Incumplimiento de los estándares de calidad reglamentarios 	<ul style="list-style-type: none"> Exportación paralela Distribución inversa Mercados negros Cuotas de mercado Problemas de transporte 	<ul style="list-style-type: none"> Precios de referencia Licencias Crisis financiera 	<ul style="list-style-type: none"> Desastres naturales Aumento imprevisto de la demanda

Figura 2. Desabastecimiento de medicamentos. Un problema sin resolver. Boletín INFAC. Información Farmacoterapéutica. Volumen 23. N.º 7. 2015

CAUSAS

Son muchas las causas descritas en la literatura para explicar los problemas de suministro³. De acuerdo con el segundo informe semestral de 2022 de la AEMPS, las principales causas se han vinculado con los procesos de fabricación, el aumento de la demanda de algunas presentaciones de medicamentos y el problema de suministro de principios activos. (Figura 2)

FÁRMACOS MÁS AFECTADOS

Las principales presentaciones afectadas por problemas de suministro pertenecen a grupos farmacológi-

cos relacionados con el sistema nervioso, antiinfecciosos y sistema cardiovascular. Cabe destacar que las presentaciones con problemas de mayor impacto (es decir, sin alternativa disponible) fueron 23 dentro de los antiinfecciosos, 22 de sistema nervioso y 12 de tracto alimentario y metabolismo. (Figura 3)

En el informe del segundo semestre de 2022, se destacan los problemas de suministro relacionados con la amoxicilina pediátrica o los análogos de GLP-1. (Figura 4)

La AEMPS, a través de la plataforma web CIMA, ofrece información actualizada donde consultar qué presentaciones presentan problemas de suministro,

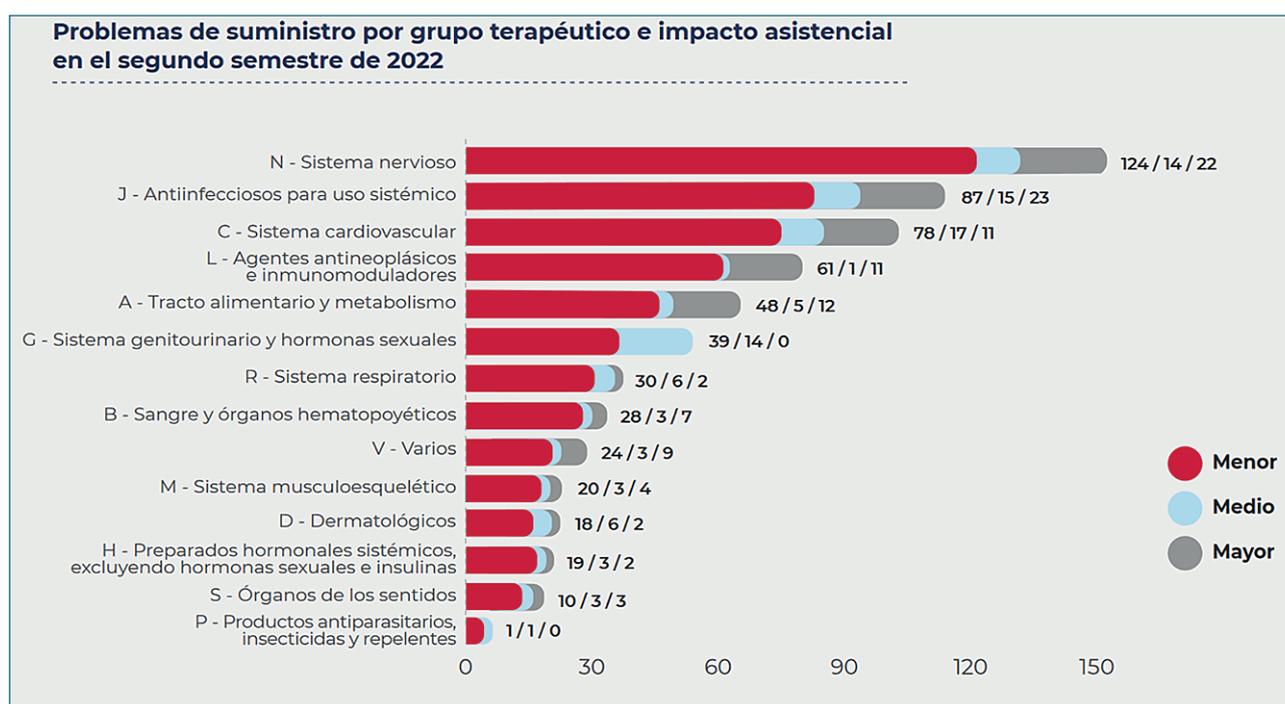


Figura 3. Informe semestral sobre problemas de suministro. Julio-diciembre 2022. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

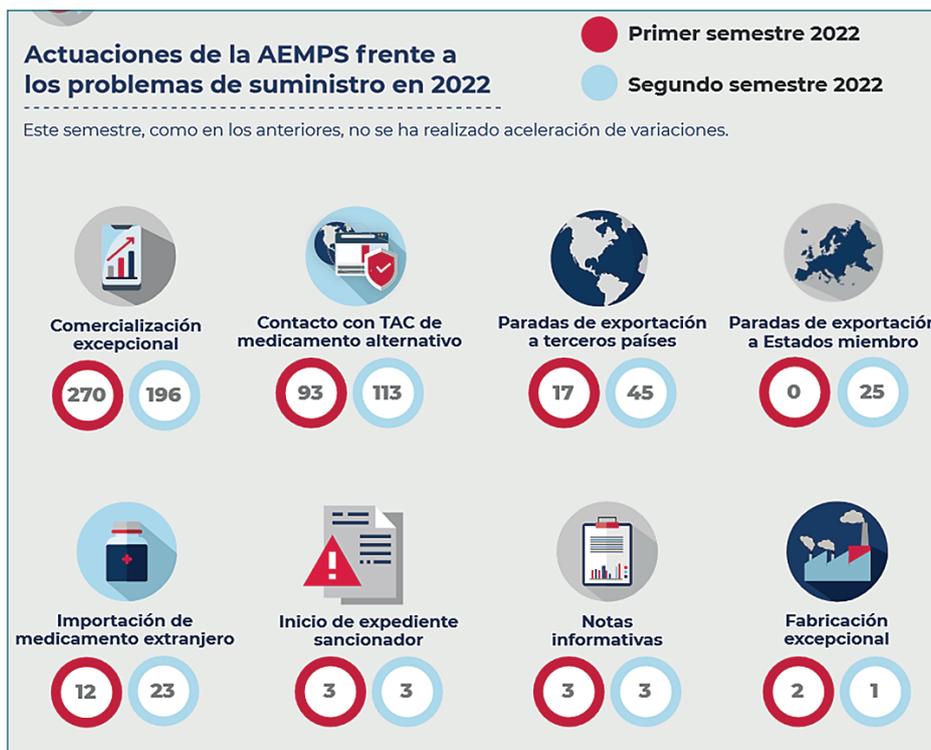


Figura 4. Informe semestral sobre problemas de suministro. Julio-diciembre 2022. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

su fecha prevista de finalización y qué alternativas hay disponibles. (Figura 5)

Así, si hacemos una búsqueda de la amoxicilina pediátrica, nos conduce a una nota informativa donde nos enumeran alternativas disponibles en el mercado. (Figura 6)

Del mismo modo, encontramos recomendaciones similares si hacemos una búsqueda por los análogos de GLP- 1 desabastecidos (Ozempic y Trulicity). (Figura 7)



Figura 5.

Los pacientes en los que la dosis diaria pueda conseguirse con 250mg por toma, podrán sustituirlo también por una de las siguientes presentaciones de amoxicilina 500 mg en comprimidos:

- AMOXICILINA NORMON 500 MG COMPRIMIDOS EFG, 20 comprimidos
- AMOXICILINA ALMUS 500 MG COMPRIMIDOS DISPERSABLES EFG
- AMOXICILINA ARDINE 500 mg COMPRIMIDOS EFG

La suspensión deberá reservarse a aquellos pacientes en los que el ajuste de dosis requiera dosis que no puedan obtenerse con el fraccionamiento de comprimidos de 500mg, como pacientes de menos de 6 meses.

Estos medicamentos se presentan en comprimidos de 500 mg ranurados, es decir, que pueden fraccionarse para administrar medio comprimido y puede disolverse o disgregarse en agua. La ficha técnica no contempla emplear esta modalidad de administración, ya que indica que la ranura sirve únicamente para fraccionar y facilitar la deglución pero no asegura la división en dosis iguales, pero se considera que es la opción más accesible. Estos comprimidos pueden disolverse en agua, siendo ingeridos inmediatamente.

Figura 6.



Información para prescriptores

- Priorice el uso de estos tratamientos de acuerdo a las condiciones autorizadas (control glucémico de pacientes con DM2).
- En la medida de lo posible, no inicie nuevos tratamientos hasta que los titulares confirmen que pueden abastecer la demanda.
- Mientras persista el problema de suministro, y ante la posibilidad de no poder iniciar/continuar el tratamiento por ausencia del medicamento en el mercado, se recomienda sustituir el tratamiento por alguno de los medicamentos disponibles del mismo grupo terapéutico:
 - Byetta (exenatida; administrado mediante inyección subcutánea antes de las comidas 2 veces al día),
 - Lyxumia (lixisenatida; administrado mediante inyección subcutánea antes de la comida 1 vez al día),
 - Rybelsus (semaglutida; administrado por vía oral una vez al día con el estómago vacío y tomado con medio vaso de agua y esperar al menos 30 minutos antes de comer o beber o tomar otros medicamentos orales),
 - Victoza (liraglutida; administrado mediante inyección subcutánea 1 vez al día, en cualquier momento del día, con independencia de las comidas).
- En los casos en los que se deba sustituir el tratamiento con un análogo de GLP-1 por una de estas alternativas, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - Se debe comenzar a administrar el nuevo tratamiento una semana después de la última dosis de Ozempic/Trulicity.
 - Si el tratamiento con aGLP-1 ya estaba establecido, es posible comenzar con la dosis de mantenimiento del nuevo medicamento, sin necesidad de utilizar las dosis de inicio.
 - Es recomendable un control glucémico más estrecho durante las primeras semanas tras la sustitución.

Figura 7.

MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

En el caso de que el paciente precise una presentación de la que no dispongamos alternativas farmacológicas, se puede solicitar como medicamento extranjero. Éste ha sido el caso de los corticoides depot (Celestone, Trigon) que habitualmente se emplean en técnicas de infiltración articular. Otra posibilidad sería emplear dexametasona en solución inyectable, autorizada en ficha técnica para terapia asociada a corto plazo en episodios agudos o exacerbaciones de enfermedades reumáticas y para inyección intralesional en procesos inflamatorios. (Figura 8)

Se puede consultar cuáles son los medicamentos desabastecidos dispensables como medicamentos extranjeros en el apartado web de Medicamentos Extranjeros, dentro de la sección de Farmacia y Productos Sanitarios de la intranet de la Comunidad de Madrid(CAM):

<https://aiccm.sharepoint.com/sites/FARMACIA/SitePages/Medicamentos-Extranjeros-y-Desabastecimientos.aspx?CT=1693387990414&OR=OWA-NT&CID=-773f6d83-f428-6f8c-d659-98dd6d7f2957>

En este sitio web se detalla qué documentación debe presentar el paciente al realizar la solicitud:

1. Su tarjeta sanitaria individual (TSI).
2. Receta médica oficial en papel impresa o a mano, firmada y sellada por el profesional sanitario prescriptor (una receta por envase).
3. Informe clínico para la AEMPS, con antigüedad menor de un año, firmado y sellado por el profesional sanitario prescriptor.
4. Formulario adicional: Para algunos medicamentos, la AEMPS requiere la presentación de algún formulario adicional, que puede descargar desde las tablas de Medicamentos Extranjeros y Desabastecimientos. En ellas se detallan los requisitos necesarios para cada medicamento.

<https://aiccm.sharepoint.com/sites/FARMACIA/Lists/Desabastecimientos/Desabastecimientos.aspx>

Tríptico informativo para pacientes, también disponible en la misma web: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017841.pdf>

2 RESULTADOS PARA LA BÚSQUEDA PROBLEMAS DE SUMINISTRO ACTIVOS EXPORTAR

¿Qué es un problema de suministro?

Filtro de resultados

trigon

Con problemas de suministro...

Activos

Resueltos

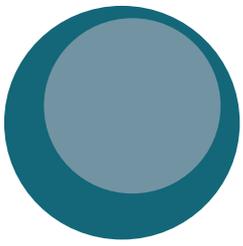
COD. NACIONAL 839589	TRIGON DEPOT 40 mg/ml SUSPENSIÓN INYECTABLE, 1 ampolla de 1 ml
FECHA PREVISTA DE INICIO 19/07/2021	Se puede solicitar como medicamento extranjero.
FECHA PREVISTA FINALIZACIÓN -	
COD. NACIONAL 839597	TRIGON DEPOT 40 mg/ml SUSPENSIÓN INYECTABLE, 5 ampollas de 1 ml
FECHA PREVISTA DE INICIO 19/07/2021	Se puede solicitar como medicamento extranjero.
FECHA PREVISTA FINALIZACIÓN -	

Figura 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe semestral sobre problemas de suministro. Julio - diciembre 2022. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
2. Hernández Rodríguez MA, Orueta Sánchez R. Desabastecimiento de medicamentos en España. Un problema de salud. Aten. Primaria. 2019; 51(10): 599---601.
3. Desabastecimiento de medicamentos. Un problema sin resolver. Boletín INFAC. Información Farmacoterapéutica. Volumen 23. Nº 7. 2015. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_N_7_Desabastecimientos.pdf

Acceso a la sección de Medicamentos Extranjeros de la intranet de Farmacia y Productos Sanitarios de la CAM: <https://aiccm.sharepoint.com/sites/FARMACIA/SitePages/Medicamentos-Extranjeros-y-Desabastecimientos.aspx?CT=1693387990414&OR=OWA-NT&CID=-773f6d83-f428-6f8c-d659-98dd6d7f2957>



GRUPOS DE TRABAJO

10. PLIS PLAS GdT ATENCIÓN DOMICILIARIA

- Sanz Sanz M.¹, Merlo Loranca M.¹, Moreno Fernández J., Paloma Larena Grijalba P.¹, Sanz Ventureira L.²
⁽¹⁾ Especialistas en MFyC
⁽²⁾ DUE
GdT Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos

GdT ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

“LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN A DOMICILIO EN NUESTRO DÍA A DÍA”

La Atención Domiciliaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales que necesita¹.

Se facilita a quien no puede desplazarse al Centro de Salud para ser atendido, ya sea por motivos de salud o condición física o del entorno, de forma temporal o permanente. Los cambios demográficos y epidemiológicos están causando un incremento de pacientes de edad avanzada con morbilidad, fragilidad y dependencia que precisan ser atendidos a domicilio. Por tanto, los pacientes incluidos presentan perfiles muy heterogéneos y necesidades diferentes².

Una característica clave de la Atención Primaria es la longitudinalidad pues asegura una atención de calidad. Permite mantener una relación continuada entre el enfermo y los profesionales responsables de sus cuidados. Facilita la prevención y detección de patologías, disminuye el consumo de recursos y mejora la calidad de vida. La Atención Domiciliaria es esencial para poder mantener la longitudinalidad con nuestros pacientes.

Sin duda, la atención en domicilio es compleja, pero es una intervención que cumple con el triple objetivo definido por Berwick *et al.*: “mejora la experiencia del enfermo, aporta efectividad y es eficiente”. Los Equipos de Atención Primaria, siempre con la mirada centrada en el paciente, reúnen estas capacidades y cualidades³, lo que les convierten en el escenario natural de la Atención Domiciliaria.

La Atención Domiciliaria tiene un impacto positivo no solo sobre las personas a las que se atiende y su entorno cuidador, sino también sobre los profesionales de la salud. Esta forma de atención per-

mite interactuar con los pacientes en su hogar, lo que ayuda a comprender mejor sus necesidades al abordarlas en un espacio personal social e íntimo. Acceder a este ámbito, como profesional, es un privilegio⁴.

La Atención Domiciliaria, tiene un largo recorrido histórico en la Atención Primaria Española y en el ejercicio de la Medicina de Familia. La tradicional denominación de «médico de cabecera» hace referencia a la cercanía en la cama del paciente y al contacto estrecho físico y emocional, dentro del ámbito del hogar y con su entorno familiar. Esta herencia de la medicina general, no debe recordarse tanto con romanticismo sino como con una ejemplaridad a seguir⁵.

El día a día en la consulta de Atención Primaria ha cambiado el ejercicio de esta función nuclear de la Medicina de Familia. La Atención Domiciliaria, cuando la hay, se relega al final de la jornada, si da tiempo, y en ocasiones fuerza de forma inasumible la jornada laboral más allá del horario. Siendo conscientes que es más necesaria que nunca, esta se ve amenazada por la sobrecarga asistencial, la escasa financiación destinada a nuestro ámbito o la escasez de recursos humanos, así como, la dificultad de relación o comunicación con otros niveles asistenciales. Pero, no debemos olvidar que los procesos dominantes de cronicidad, fragilidad clínica y pluripatología obligan a priorizar los cuidados sobre el tratamiento médico, lo que nos fuerza, a poner en el foco de nuestra actividad diaria en la atención en domicilio.

Con todo esto, y ante las dificultades de incorporar la Atención Domiciliaria en nuestro trabajo diario, nos cuestionamos si realmente la Atención Domiciliaria puede mejorar la atención y los resultados en salud de este grupo de pacientes, tal y como se presupone, pero ¿hay datos de ello publicados? ¿ensayos clínicos?, ¿revisiones sistemáticas?... Desde el Grupo de Trabajo Atención Domiciliaria y Cuidados paliativos se ha realizado una revisión bibliográfica, seleccionando tres artículos que justifican la importancia de esta intervención y que exponemos a continuación:

FEDERMAN AD, BRODY A, RITCHIE CS, EGOROVA N, ARORA A, LUBETSKY S, ET AL. OUTCOMES OF HOME-BASED PRIMARY CARE FOR HOMEBOUND OLDER ADULTS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. J. AM. GERIATR. SOC. 2023; 71(2): 443–54

En este interesante Ensayo Clínico se analizan los resultados en pacientes atendidos en los distintos ámbitos que nos ocupan.

Antecedentes: Los adultos mayores inmovilizados en sus hogares son médicamente complejos y a menudo tienen dificultades para acceder a atención médica ambulatoria. La Atención Domiciliaria puede mejorar el abordaje y los resultados para esta población, pero los datos de ensayos aleatorios de Atención Domiciliaria en los Estados Unidos son limitados. **Métodos:** ensayo controlado aleatorio de atención domiciliaria vs atención en el centro de salud para adultos de ≥ 65 años que informaron ≥ 1 hospitalización en los 12 meses anteriores y cumplían con la definición de Medicare de paciente inmovilizado en domicilio (ayuda de otra persona o de equipo médico como muletas, un andador, o silla de ruedas para salir de su hogar, o si su médico piensa que su salud o enfermedad puede empeorar si sale de su hogar). La Atención en el Domicilio fue proporcionada por equipos compuestos por un médico, una enfermera especializada, una enfermera y un trabajador social. Los datos se recopilaron al inicio, a los 6 y 12 meses. Los resultados fueron calidad de vida, síntomas, satisfacción con la atención, hospitalizaciones y visitas al departamento de urgencias. El reclutamiento finalizó anticipadamente porque se observaron más muertes entre los pacientes de la intervención. **Resultados:** Se incluyeron 229 pacientes, el 65,4% del reclutamiento previsto. La edad media fue de 82 años y el 72,3% tenía demencia. Los pacientes de la intervención tuvieron una mayor satisfacción con la atención que los controles y tasas de hospitalización más bajas. No hubo diferencias significativas en calidad de vida, carga de síntomas o visitas al servicio de urgencias. Hubo 24 (21,1%) muertes entre los pacientes de intervención y 12 (10,7%) entre los controles ($p < 0,0001$). **Conclusión:** La Atención Domiciliaria se asoció con una mayor satisfacción con la atención y menores tasas de hospitalización, pero también con más muertes en comparación con la atención primaria en el consultorio. Se necesita investigación adicional para comprender la naturaleza de la tasa de mortalidad más alta para los pacientes con Atención Domiciliaria, así como para determinar los efectos de la Atención Domiciliaria en la calidad de vida y la carga de síntomas dada la terminación temprana del ensayo⁶.

LAFAVE S, DRAZICH B, SHEEHAN OC, LEFF B, SZANTON SL, SCHUCHMAN M. THE VALUE OF HOME-BASED PRIMARY CARE: QUALITATIVE EXPLORATION OF HOMEBOUND PARTICIPANT PERSPECTIVES. J APPL GERONTOL. 2021; 40(11): 1611–6

El objetivo de este análisis cualitativo fue explorar lo que los pacientes y cuidadores valoran la Atención Domiciliaria y qué modificaciones podrían mejorar su valor. Las entrevistas individuales semiestructuradas ($n = 20$) fueron grabadas en audio, transcritas y codificadas por temas. Se identificó cuatro temas principales relacionados con las perspectivas de los participantes sobre el valor de la Atención Domiciliaria. (a) La Atención Domiciliaria ofrece tranquilidad porque los pacientes pueden acceder a la atención sin salir de casa y pueden comunicarse con el equipo de atención primaria a cualquier hora (b) La Atención Domiciliaria apoya el envejecimiento en el hogar. (c) La Atención Domiciliaria apoya la creación de una buena relación con los profesionales debido al entorno íntimo y la continuidad de la atención. (d) Los pacientes y cuidadores tienen importantes necesidades no médicas. Los hallazgos sugieren que los equipos de Atención Domiciliaria deben priorizar el acceso a los profesionales, establecer una buena relación con los pacientes y sus familias y apoyar las necesidades no médicas de los pacientes y sus cuidadores⁷.

ZIMBROFF RM, ORNSTEIN KA, SHEEHAN OC. HOME-BASED PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE, 2010–2020. J. AM. GERIATR. SOC. 2021; 69(10): 2963–72

Métodos: Búsqueda sistemática de la literatura revisada por pares sobre Atención Domiciliaria publicada entre enero de 2010 y enero de 2020, utilizando las bases de datos de Medline, CINAHL, Embase, Web of Science y Scopus. Todos los estudios fueron evaluados por dos miembros del equipo de investigación y se extrajeron los hallazgos clave. **Resultados:** La búsqueda inicial arrojó 1730 estudios únicos para detección. De estos resultados iniciales, 1322 se consideraron no relevantes para esta revisión. De los 408 estudios considerados potencialmente relevantes, 79 se incluyeron en el estudio. Los investigadores identificaron cinco temas generales: la prestación de Atención Domiciliaria, la composición de los equipos de atención, los resultados de la Atención Domiciliaria, el papel de la tele salud y los esfuerzos de preparación para emergencias. **Conclusión:** La reciente pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la necesidad y el deseo de crecimiento de la Atención Domiciliaria. La investigación actual sobre Atención Domiciliaria encuentra un alcance diverso de práctica, el uso exitoso de equipos in-

terdisciplinarios, resultados positivos y un creciente interés en la telesalud con muchas áreas para futuras investigaciones. Aunque la Atención Domiciliaria continúa creciendo, ya que ha demostrado su capacidad para reducir los costes de los adultos mayores médicamente complejos sin sacrificar la calidad de la atención, todavía existen lagunas importantes en la literatura que requieren más estudios para guiar las mejores prácticas⁸.

CONCLUSIONES

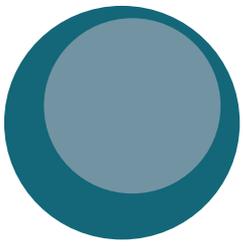
La Atención Domiciliaria es el tipo de asistencia que se impone en las actuales circunstancias sociosanitarias, con el aumento de la prevalencia de patologías crónicas, y debe gestionarse desde el rigor propio de la Atención Primaria. La necesidad de atención y apoyo en el hogar del paciente puede ocurrir de forma

gradual o repentina, por un accidente, por un proceso intercurrente o bien por una enfermedad degenerativa a largo o a medio plazo. Por cercanía, coherencia y eficiencia la Atención Domiciliaria debería girar sobre la Atención Primaria al ser los más próximos a la cabecera del paciente, quienes atienden a otros miembros de la familia y conocen de primera mano sus circunstancias biopsicosociales³.

Poder contar con más recursos puede ayudar, pero la Atención Domiciliaria del presente, necesita un liderazgo claro desde la Atención Primaria que potencie los pilares de nuestra profesión y dé respuesta a los requerimientos de la población; una atención de calidad centrada en la vida del enfermo y que prioriza la necesidad, que no la demanda. Estas intervenciones, con la colaboración coordinada de servicios sanitarios y sociales, serán las que añadirán vida a los años en las situaciones de mayor vulnerabilidad⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Group WHOS. Home-based long term care. World Heal Organ - Tech. Rep. Ser. 2000; (898): 1–43.
2. Limón E, Riera N. Longitudinality and continuity in home care. *Aten. Primaria*. 2023; 55(5): 10–2.
3. Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Home Care Guide: Pure Primary Care. *Aten. Primaria* [Internet]. 2019; 51(9): 527–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.005>
4. Duran XB. Bioethics and home care. *Aten. Primaria* [Internet]. 2006; 38(9): 523–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13095060>
5. Melguizo Jiménez M, García Caballos M. Reflections on the future of home care. Short and medium-term priorities. *Aten. Primaria*. 2022; 54(9).
6. Federman AD, Brody A, Ritchie CS, Egorova N, Arora A, Lubetsky S, *et al.* Outcomes of home-based primary care for homebound older adults: A randomized clinical trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2023; 71(2): 443–54.
7. LaFave S, Drazich B, Sheehan OC, Leff B, Szanton SL, Schuchman M. The Value of Home-Based Primary Care: Qualitative Exploration of Homebound Participant Perspectives. *J Appl Gerontol.* 2021; 40(11): 1611–6.
8. Zimbroff RM, Ornstein KA, Sheehan OC. Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010–2020. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2021; 69(10): 2963–72.
9. Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Proposals for home care of the XXI century. *Aten. Primaria*. 2018; 50(5): 264–6.

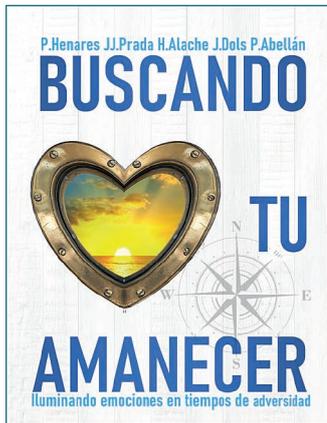


GRUPOS DE TRABAJO

11. PLIS PLAS GdT SALUD BASADA EN EMOCIONES

■ Dols Juste J., Henares García P., Alache Zúñiga H.C., Prada Pérez J.J., Abellán López F., Álvarez Espinosa M.C.

1. CUENTO “BUSCANDO TU AMANECER”



Durante la pandemia quisimos poner luz y transmitir serenidad e ilusión en la gestión de los momentos inciertos y convulsos que nos estaba tocando vivir, así que escogimos elaborar un cuento donde en un navío viajaba un capitán con la tripulación, compuesta por 6 emociones: miedo, ira, tristeza, alegría, amor y felicidad.

Pusimos ese subtítulo porque nuestro *para qué* es ayudar a iluminar la realidad que nos esté tocando vivir, con objeto de entender y gestionar mejor las adversidades que afrontamos en el mundo sanitario.

Hemos tenido dificultades para poder publicarlo de forma gratuita como es nuestra intención, pero por lo pronto nos sirvió para participar con una grabación en un congreso online de la SoMaMFyC y es fuente de inspiración en los talleres que vamos realizando.

2. LIBRO FÓRUM

Seguimos celebrando un *libro fórum* que intentamos que sea mensual. Vamos ya por la 44 edición. En ellos centramos los comentarios alrededor de 3 cuestiones:

1. Las frases preferidas.
2. Las ideas estrella.
3. Los nuevos aprendizajes.

Recientemente hemos introducido la novedad de que en los últimos minutos cada asistente comente alguna situación en la que haya podido aplicar la *inteligencia emocional*.

3. TALLERES INCLUYENDO PERROS

Una gran innovación que ha sorprendido a propios y a extraños es que hemos incluido a perros como ayudantes en nuestros talleres. Aquí podéis ver dos imágenes, del Congreso de Comunicación y Salud de 2021 y de un taller en la propia sede de la SoMaMFyC en diciembre de 2022.

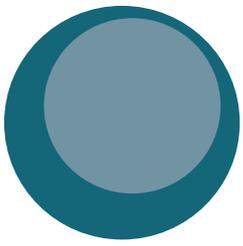


4. PROPUESTA A LA OMS: “PATRIMONIO INMATERIAL DE LA SALUD”

A un miembro del grupo se le ha ocurrido que, igual que la UNESCO tiene el *Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad*, la OMS debería tener el **Patrimonio Inmaterial de la Salud**, con cosas que no se encuentran en hospitales, consultas sanitarias ni farmacias.

Incluiría cosas como los abrazos, las sonrisas, las caricias, las excursiones por la naturaleza, los baños de bosque, la respiración consciente, el silencio consciente, la poesía, la pintura, la escritura

Ya conoce la propuesta María Neira, la directora del Departamento de Salud Pública de la OMS, y le ha parecido magnífica, así que estamos a la espera de que en algún momento llegue a ver la luz.



GRUPOS DE TRABAJO

12. PLIS PLAS GdT INEQUIDADES EN SALUD. SALUD INTERNACIONAL

■ Gallardo Muñoz, A., Codina Carballo, L., Rubio Mancha, R., Cabrera Majada, A.

INEQUIDADES EN RECURSOS HUMANOS SANITARIOS Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD

Desde el grupo de Inequidades en Salud y Salud internacional se ha realizado una revisión para analizar algunos artículos recientes que revisan la distribución de los recursos humanos sanitarios a lo largo del mundo y la implicación de los mismos en resultados en salud a nivel global y local.

En primer lugar, se definen los “recursos humanos sanitarios” como aquellas profesiones que se dedican a la atención sanitaria y sociosanitaria. Sobre este concepto versa la investigación más relevante que se ha revisado, publicada en el British Medical Journal (BMJ)¹ del 2023 y en que se realiza un análisis de la evolución de estos recursos alrededor del mundo entre el 1990 y el 2019. Lo que concluye es que hay una desigualdad muy importante en cómo se distribuyen, observando que la densidad de trabajadores de la salud es mucho más elevada en aquellos países que puntúan más alto en los índices de desarrollo. Como ejemplos extremos, en Suecia hay 696 trabajadores por cada 10.000 personas, mientras que en Etiopía hay 14 trabajadores para esa misma población.

Para hablar de Europa, este año la OMS² ha publicado también un informe en el que se describe la situación de los trabajadores sanitarios en los distintos países del continente. En sus análisis llega a conclusiones similares que el artículo del BMJ, ya que se observa que aquellos países con mayor densidad de trabajadores son generalmente los que tienen mayor PIB.

Finalmente, centrando la mirada en Madrid³, se rescata el estudio que nuestro grupo de trabajo realizó en 2021 para analizar las ausencias médicas en los distintos centros de salud. Se llevó a cabo mediante una encuesta online que obtuvo 207 respuestas sobre 132 centros de salud y 5 consultorios locales. Se utilizó un Índice de Privación para medir las condiciones socioeconómicas de las distintas zonas básicas de Salud y se pudo observar cómo en aquellas zonas

con mayor privación había más ausencias que en las de menor privación.

Por tanto, lo que muestra este patrón, que se repite tanto a nivel global como local, es que en la distribución de los Recursos humanos sanitarios se vuelve a cumplir una vez más la Ley de Cuidados Inversos. Esta ley establece que aquellas poblaciones o personas que más necesitan cuidados sociosanitarios son las que más dificultades de acceso o peor atención reciben.

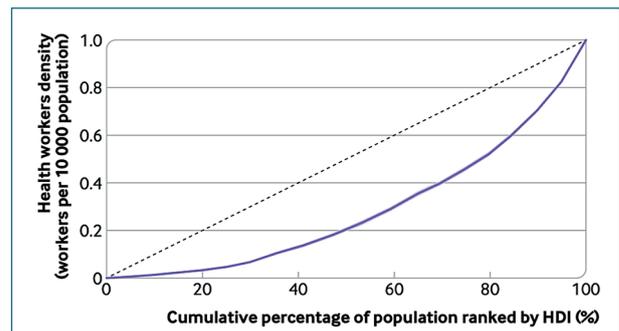


Figura 1. Curva de Lorenz de la densidad de trabajadores sanitarios entre 172 países y territorios, 1990-2019. HDI=índice de desarrollo humano. La línea discontinua diagonal representa la línea de equidad

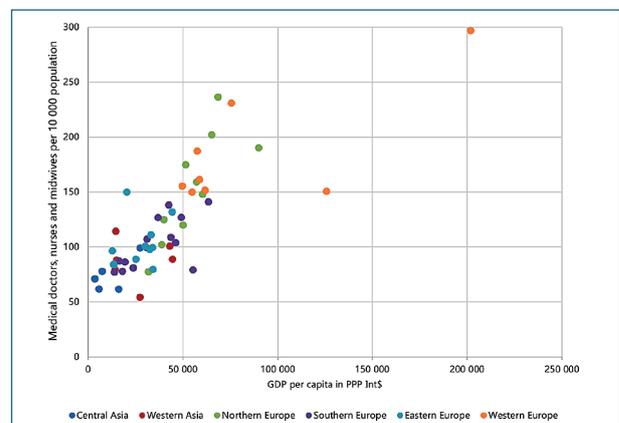


Figura 2. PIB y densidad de trabajadores sanitarios en Europa, 2019

Una vez observada esta desigualdad en la distribución de los trabajadores sanitarios, es importante estudiar si realmente tiene un impacto en la salud y la mortalidad de la población

Lo que hicieron en el estudio del BMJ fue estudiar la mortalidad en los diferentes países e, intentando eliminar factores de confusión, se realizó un análisis estadístico para establecer que había una relación entre la mortalidad global y por causas específicas y la densidad de recursos humanos de salud. El resultado principal fue que se encontró una asociación negativa entre la densidad de trabajadores sanitarios y la mortalidad por todas las causas.

En el informe de la OMS, aunque no se realizan análisis estadísticos, los datos disponibles sugieren que las regiones en las que encontramos menor esperanza de vida, mayor mortalidad materna, mortalidad infantil <5 años y mortalidad de enfermedades no transmisibles tienden a tener menor densidad de recursos humanos sociosanitarios, por lo que parece que la densidad de trabajadores sanitarios se encuentra entre los factores que pueden contribuir a mejores resultados en salud.

Por último y para centrarse un poco más en la Atención Primaria, se realizó un estudio en 2019 en EEUU, publicado en JAMA⁴, que observó la evolución de la densidad de Médicos de Atención Primaria por habitantes y su relación con la mortalidad. Su conclusión principal fue que un incremento de 10 médicos de Atención Primaria por cada 100.000 personas se asoció a un aumento de la esperanza de vida de 51 días.

Antes de concluir, no se puede dejar de recordar que, aunque importante, el sistema sanitario tiene una influencia modesta en la salud y esperanza de vida de la población global. En distintos estudios y artículos realizados a lo largo de los años⁵, se estima que el sistema sanitario contribuye de un 5 a un 15% a alargar la esperanza de vida de la población. En aquellos países en los que la densidad de recursos humanos es baja también se concentran numerosos determinantes sociales negativos para la salud, como

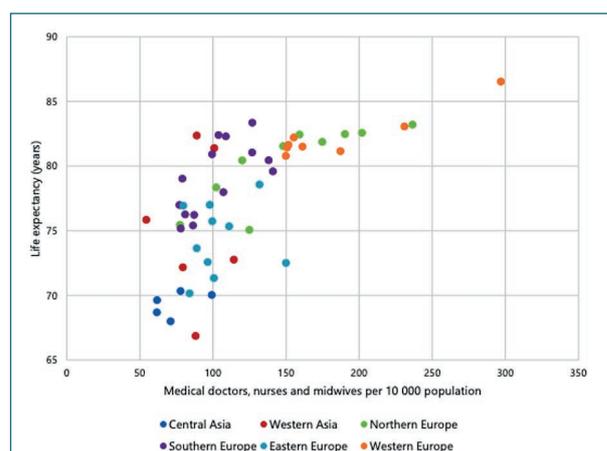


Figura 3. Esperanza de vida y densidad de trabajadores sanitarios en Europa, 2020

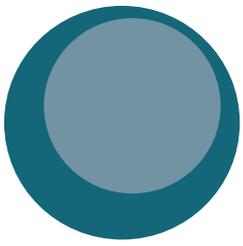
son la pobreza, la vivienda y el trabajo precario, la inestabilidad política, que tienen un impacto más alto en la salud de las personas

Teniendo esto en cuenta, las conclusiones de esta actualización son:

- Los recursos humanos sanitarios se distribuyen de manera desigual, concentrándose en las regiones con mayor nivel socioeconómico. Esto ocurre tanto a nivel global como a nivel local.
- Estas inequidades tienen un impacto en la mortalidad de la población, de forma que una menor densidad de trabajadores sanitarios se relaciona con una mayor mortalidad.
- Tiene especial importancia el personal sanitario de Atención Primaria, cuyo aumento parece mejorar la esperanza de vida de forma significativa.
- Parece razonable exigir a las instituciones una mayor inversión en recursos humanos sanitarios y un esfuerzo por hacer una distribución equitativa de los mismos, sin olvidar que la salud depende en mayor medida de muchos otros factores

BIBLIOGRAFÍA

1. Wenxin Yan, Chenyuan Qin *et al.* Association between inequalities in human resources for health and all cause and cause specific mortality in 172 countries and territories, 1990-2019: observational study. *BMJ* [Internet]. Marzo 2023 [Consultado Agosto 2023]. 381: e073043
2. WHO European Region: Health and care workforce in Europe: time to act. World Health Organization 2022. [Consultado agosto 2023]
3. Estevan Burdeus P., Beatriz Aragón B., Sacristán Germés M., Cubillo Llanes J., Ausencias médicas en los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid: ¿cómo estamos? una aproximación diagnóstica. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria* [Internet]. Diciembre 2021 [Consultado agosto 2023]. N.º 3 Volumen 23.
4. Sanjay Basu MD PhD, Seth A Berkowitz *et al.* Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Internal Medicine*. Original Investigation [Internet]. Abril 2019 [Consultado agosto 2023]. Vol. 179. N.º 4.
5. Kaplan RM, Milstein A. Contributions of health care to longevity: A review of 4 estimation methods. *Ann Fam Med* [Internet]. 2019; 17(3): 267-72.



GRUPOS DE TRABAJO

13. PLIS PLAS GdT DERMATOSCOPIA Y DERMATOLOGÍA

■ Gloria Viñas Fernández G.
GdT Dermatología y Dermatología

QUE HAY DE NUEVO EN DERMATOSCOPIA

La teledermatología (TD) es una modalidad de consulta online, no presencial, que ya se está llevando a cabo en numerosos hospitales en España.

Facilita el seguimiento de las alteraciones en la piel, los cambios en el tratamiento y otras valoraciones médicas.

Se realiza una evaluación clínica de lesiones cutáneas por dermatólogos con técnicas de Telemedicina (combinan ordenador, tecnología de telecomunicaciones y equipamiento de vídeo/foto con personal médico experto) realizando diagnóstico y tratamiento de los pacientes a distancia.

El objetivo fundamental es conseguir acceso a la medicina cutánea especializada desde lugares remotos y el objetivo secundario sería aumentar la eficiencia diagnóstica disminuyendo el número de visitas al hospital.

Las ventajas más importantes que aporta la TD son:

- Ruptura de barreras témporo-espaciales (inmediatez)
- Posibilidad de explotación estadística de los datos
- Asegurar la continuidad del cuidado mejorando la comunicación primaria-especializada.

Los primeros proyectos en Telemedicina se remontan a 1960, pero la investigación en este campo prácticamente se extinguió a finales de los 70 por el elevado precio de la tecnología.

A finales de los 80 se produce una mejoría espectacular de la tecnología de los ordenadores, las comunicaciones y los equipos de foto y vídeo y abaratamiento progresivo de la misma, con un notable incremento de los proyectos en Telemedicina.

El incremento ha sido exponencial. Se identificaron 25 centros utilizando TD en 2009 y 70 en 2014. Más del 25% de los centros de dermatología en España han puesto en práctica un sistema de TD.

La satisfacción general es alta, sin embargo, todavía hay áreas que necesitan mejoras significativas.

Entre las aplicaciones de la historia clínica electrónica se encuentran los sistemas de remisión de pacientes desde la consulta de Atención Primaria a la consulta de atención especializada. En la comunidad de Madrid la aplicación se llama SIPE y su utilización está en alza, acortando tiempos de espera en las consultas de dermatología y favoreciendo que casos potencialmente graves sean atendidos de forma prioritaria.

En cuanto a la sarna, es una enfermedad producida por sarcoptes scabiei.

Puede afectar a personas de cualquier edad, raza y condición social. El contagio se produce exclusivamente entre humanos.

De los 3,3 diagnósticos al año por cada 10.000 personas de 2011 se ha pasado a 23 en 2021. Tiene una distribución mundial, en muchos países del sur global es una enfermedad endémica, con una prevalencia de hasta el 15% en la población general.

El diagnóstico de sospecha es clínico y la dermatoscopia nos puede dar la confirmación diagnóstica.

La Clínica básica es prurito intenso de predominio nocturno: aparece 2-4 semanas después de la primo-infección (reacción de hipersensibilidad) y de manera inmediata en las reinfestaciones.

Un estudio realizado por la Asociación española de dermatología y venerología (AEDV) entre abril y mayo de 2023, con 186 casos de escabiosis activa, ha demostrado que su aparición es más frecuente entre los menores de 28 años. En personas sexualmente activas, dado que la sarna puede considerarse una infestación de transmisión sexual, debemos realizar cribado del resto de infecciones de transmisión sexual

En este estudio han participado 44 dermatólogos de 15 comunidades autónomas.

El 65% de los pacientes diagnosticados había recibido tratamiento previo para el episodio en curso.

De ellos solo el 36% había cumplimentado una pauta terapéutica adecuada, que incluyera el tratamiento de personas convivientes.

Antes de empezar el tratamiento debemos asegurar qué tratamiento y qué medidas higiénicas van a realizarse simultáneamente por casos índices y contactos estrechos, especialmente en caso de ser convivientes⁴. Se recomienda que haya un profesional que lidere todo el proceso, así como proporcionar información por escrito (tabla 4):

Tabla 4. Check list: medidas higiénicas y tratamiento de la sarna

Lea atentamente las instrucciones. Actúe por orden, **no pase al punto siguiente hasta completar el actual** 

<p>Para cada persona que va a realizar el tratamiento será necesario preparar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 juegos de ropa de cama <input type="checkbox"/> 2 juegos de toallas <input type="checkbox"/> Pijama limpio <input type="checkbox"/> Una muda de ropa limpia <input type="checkbox"/> Asegurar que todos los casos, convivientes y contactos estrechos realizarán el tratamiento simultáneamente en un período de 24 horas 	<p>La mañana después del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poner pijama y sábanas a lavar <input type="checkbox"/> Tomar una ducha con agua templada <input type="checkbox"/> Secarse bien con una toalla limpia, que posteriormente pondremos a lavar <input type="checkbox"/> Vestirse con ropa limpia <input type="checkbox"/> Cambiar sábanas
<p>La noche del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cortarse las uñas <input type="checkbox"/> Tomar una ducha con agua templada <input type="checkbox"/> Secarse bien con una toalla limpia, que posteriormente pondremos a lavar <input type="checkbox"/> Realizar el tratamiento farmacológico <input type="checkbox"/> Vestirse con el pijama limpio <input type="checkbox"/> Cambiar sábanas <input type="checkbox"/> Dormir con sábanas limpias 	<p>Evitar mantener contactos estrechos durante las 24 horas posteriores al tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Guarderías, parvularios, escuelas ! Relaciones sexuales y prácticas deportivas de contacto ! Valorar actividad laboral
	<p>Desinfestar toda la ropa utilizada la semana anterior, incluyendo toallas, ropa de cama, peluches, almohadones, calzado...</p> <p>Disponemos de tres alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lavar a 60 °C <input type="checkbox"/> Cerrar herméticamente en una bolsa durante 5-7 días <input type="checkbox"/> Secadora > 20 minutos
	<p>Una semana después del primer tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Repetir todas las anteriores

Figura 1.

Un 50% no tuvo a su disposición un documento claro con las recomendaciones.

Esto nos lleva a insistir y dar mayor importancia al tratamiento de todas la personas convivientes, sobre todo en instituciones tipo residencias de ancianos, centros de menores, etc.

El check list realizando por los autores de la guía bitácora de consulta rápida en sarna es de gran ayuda en estos casos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La guía europea de tratamiento de la escabiosis^{2,4} recomienda tres posibles tratamientos de primera línea (grado de recomendación Ib y nivel de evidencia A)

- Permetrina tópica al 5%.
- Ivermectina oral en dosis de 200 mcg/kg.
- Benzil benzoato tópico al 25%.

Los tres son tratamientos escabicidas, pero no ovicidas, por lo que deberán repetirse al cabo de 1 semana para eliminar los parásitos aún inmaduros de los huevos que hayan quedado tras el tratamiento.

Repetiremos el tratamiento tanto en el caso índice como en los contactos asintomáticos, dado que se trata de un tratamiento precoz de la infestación (durante el periodo de incubación) y no de un tratamiento profiláctico o preventivo.

SEGUIMIENTO

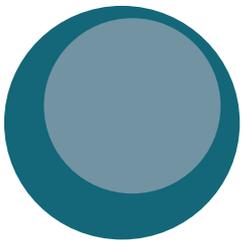
A los 14 días tras la segunda dosis de tratamiento, se citará a casos y contactos para exploración física y descartar aparición de nuevas lesiones cada 2 semanas hasta resolución completa.

No asumir resistencia al tratamiento sin descartar antes fracaso terapéutico. Entre las posibles causas de fracaso terapéutico debemos destacar:

- Chuparse los dedos o manos (niños o personas con deterioro cognitivo).
- Lavarse las manos o genitales antes de 8 horas de aplicación del tratamiento.
- Aplicar incorrecta o insuficientemente la crema.
- Uso simultáneo de corticoides tópicos.
- Contacto continuado con personas infestadas: re-infestación.
- Error diagnóstico.
- Resistencia al tratamiento.

Realizar el seguimiento demasiado pronto puede llevarnos a asumir falsas resistencias, dado que el prurito puede durar 2-4 semanas, los nódulos escabióticos > 8 semanas y en la dermatoscopia el signo del ala delta se puede observar el surco acarino hasta el recambio epidérmico (6-7 semanas).

Guía bitácora de consulta rápida en Sarna SEMFyC.



INCIDENTE CRÍTICO

1. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN CRITERIO MÉDICO

■ Hernando Nieto R¹., Millán Hernández E²., Hurtarte Arroyo S.M³., Corella Fructuoso P³., Gallego Sánchez M.A⁴.

⁽¹⁾ Residente de 3 años.

⁽²⁾ Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Tutora de Residentes. Tutora pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria.

⁽³⁾ Residente de 1 año.

⁽⁴⁾ Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Tutora de residentes. Tutora de pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria.

Centro de Salud Monterrozas. Madrid

DESCRIPCIÓN

Hace unos meses mientras me encontraba realizando una guardia hospitalaria en urgencias generales de adultos tuve un problema con un familiar. Estaba de guardia en consultas, llamó a mi siguiente paciente, 27 años, que acude acompañado de su madre porque al mirarse al espejo hacía menos de 2 horas se había notado un gemelo más grande que el contralateral. Cuando preguntas por síntomas o signos asociados no describe ninguno, la paciente simplemente refiere que “al mirarse al espejo después de salir de la ducha se ha visto el gemelo derecho más grande y que acuden por si era grave”. Durante la anamnesis me cuenta que está opositando y que apenas se mueve de la silla. En la exploración todo fue anodino, y no encontré ningún signo sugestivo de trombosis. Ante la angustia de la paciente y la madre se realiza una analítica sanguínea con coagulación y dímero D para descartar trombosis dado el antecedente de sedentarismo.

Tras los resultados normales de la analítica sanguínea y descartada la trombosis, llamó de nuevo a la paciente a mi consulta donde comuniqué, en presencia de la madre, los resultados. Cuando me disponía a entregar el informe de alta la madre discrepa de mi opinión, así como de los resultados de la analítica y exige una analítica más completa, así como una prueba de imagen pues ha leído en internet que su hija podría estar teniendo desde un fallo hepático, renal o cardíaco. Explico que ni la anamnesis, ni la exploración física, así como las pruebas complementarias (analítica sanguínea) sugieren ningún tipo de fallo. Además, le comento que no veo necesaria una prueba de imagen en la urgencia. La madre amenaza con ponerme una reclamación porque “soy demasiado joven para saber lo que le pasa a su hija, además de una incompetente”, y exige ser valorada por un médico con mayor experiencia.

A continuación, aviso al adjunto de guardia sobre la problemática de la familiar de la paciente y el adjunto

acude conmigo a valorar a la paciente. Tras una nueva valoración y viendo la analítica sanguínea el adjunto apoya mi decisión de alta y se procede al alta. Tras ello la familiar amenaza de nuevo con una reclamación. Se mantiene una larga conversación con la familiar, la paciente el adjunto y yo.

Finalmente, la paciente es dada de alta y la familiar no pone la reclamación.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto una amenaza de una reclamación puede hacernos dudar de nuestro criterio médico?
¿Porque en ocasiones solicitamos más pruebas complementarias de las necesarias o pedimos una segunda opinión si el paciente o el familiar nos amenazan con denuncias o reclamaciones?

OBJETIVOS DE APREDIZAJE

Mejorar las habilidades comunicativas con los familiares y pacientes en momentos tensos o cuando existen amenazas de por medio.

No dudar de nuestro criterio médico cuando los familiares o los pacientes nos amenacen.

ADQUISICIÓN DEL APREDIZAJE

¿QUÉ HAS APREDIDO?

Una amenaza bien sea de una reclamación o una denuncia no debería hacernos dudar de nuestro criterio médico. Cuando atendemos a un paciente se le solicitan las pruebas complementarias que en ese momento se consideran necesarias, se pueden ir pi-

diendo más en función de los resultados que vayamos obteniendo. No deberíamos solicitar inicialmente más pruebas de las debidas simplemente porque nos han amenazado.

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

Comentar el caso con otros compañeros, sobre todo con aquellos que tiene más experiencia, para ver como hubieran actuado ellos en mi situación, y sobre todo porque ellos se han enfrentado a este tipo de situaciones con más frecuencia.

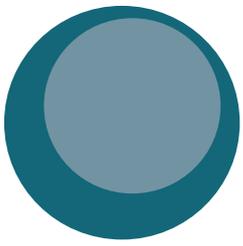
Compartir distintas experiencias.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

De cara la práctica clínica intento aplicar alguna de las técnicas para la comunicación con los pacientes y familiares en momentos tensos cuando existe discrepancia de opiniones entre paciente y médico.

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

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



INCIDENTE CRÍTICO

2. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

■ González I¹., Llorente de Santiago L²., Cáliz Rodríguez C³., Crespo Oñate A⁴., Martínez Armas A⁵., Casaseca García P⁶.

⁽¹⁾ R3 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)

⁽²⁾ R2 MFyC. Centro de Salud de Torrelozanes (Madrid)

⁽³⁾ R3 MFyC. Centro de salud de Guadarrama (Madrid)

⁽⁴⁾ R3 MFyC. Centro de salud de Torrelozanes (Madrid)

⁽⁵⁾ R4 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)

⁽⁶⁾ Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelozanes (Madrid)

DESCRIPCIÓN

(describe el hecho que ha motivado la duda sobre tu competencia)

Paciente con esquizofrenia paranoide con cuadro obstructivo intestinal. No sabía cómo manejarme ante la situación de inestabilidad psiquiátrica del paciente no solo durante la entrevista, también durante el examen físico.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

(que transforma el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada)

Reconocer el cuadro de desequilibrio psiquiátrico y el manejo terapéutico de su brote para lograr mayor rendimiento de la entrevista y de su examen físico.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

(explicitar lo que se pretende alcanzar: responder a la pregunta, adquirir habilidades...)

Conocer el manejo terapéutico de sedación en estos casos.

Desestigmatizarme sobre que todos ellos representan un riesgo para mi durante la consulta.

MÉTODOS

(elegidos para conseguir el objetivo)

1. Clases/cursos/seminarios
2. Talleres
3. Sesión clínica
4. Sesión Bibliográfica
5. Tutorización
6. Actividades de investigación
7. Consulta a colegas otras especialidades
8. Formación a distancia
9. Aprendizaje asistido por ordenador
10. Revisión del caso con compañeros
11. Consulta de libros de texto
12. Búsqueda bibliográfica
13. Consulta publicaciones formación continuada
14. Consulta protocolos / Guías de práctica
15. Otros:
.....
.....

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

(¿responde a la pregunta formulada?)

Que se puede hacer uso de Diazepam para disminuir la agitación psicomotriz y facilitar la realización del examen físico.

¿Cuál ha sido el mejor/ mejores procedimientos para aprender? (Tiempo invertido, fechas)

La ayuda por parte de mis adjuntos en ese momento, consultar con especialistas de guardia en nuestro hospital de referencia para la continuidad de tratamiento farmacológico durante su estancia hospitalaria.

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

Medios electrónicos: UpToDate y Fistera. Bibliografía física: Bravo Murillo, Manual de Urgencias.

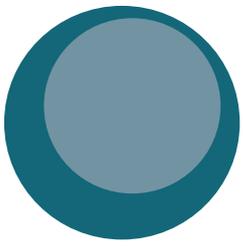
¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Manejo de futuros pacientes con patologías psiquiátricas conocida o en debut.

¿Qué te falta por aprender? ¿Qué harás para incorporarlo?

Correcto manejo del brote esquizofrénico y resto de patologías psiquiátricas, así como tratamiento de mantenimiento de dichas patologías.

Búsqueda de material bibliográfico y valorar la opción de rotación externa en departamento de psiquiatría.



INCIDENTE CRÍTICO

3. DESAFÍOS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL CONTEXTO DE CRISIS: APRENDIZAJES Y ESTRATEGIAS FRENTE A PACIENTES Y FAMILIARES EN SITUACIONES CONFLICTIVAS

■ Crespo Oñate A.¹, Martínez Armas A.², Llorente de Santiago L.³, Cáliz Rodríguez C.⁴, Gonzalez I⁵., Casaseca García P⁶.

⁽¹⁾ Residente 3º año MFyC, C.S. Torrelodones (Madrid)

⁽²⁾ Residente 4º año MFyC, C.S Hoyo de Manzanares (Madrid)

⁽³⁾ Residente 2º año MFyC, C.S. Torrelodones (Madrid)

⁽⁴⁾ Residente 3º año MFyC, C.S. de Guadarrama (Madrid)

⁽⁵⁾ Residente 3º año MFyC, C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid)

⁽⁶⁾ Especialista en MFyC C.S. Torrelodones (Madrid)

DESCRIPCIÓN

Durante mi rotación por el Servicio de Medicina Interna, le comunico a un familiar de un paciente ingresado por neumonía por Sars Cov 2 la imposibilidad de visitar al paciente por encontrarse bajo medidas de aislamiento. A raíz de esta noticia, el familiar pierde los nervios y comienza a increparme y descalificarme con adjetivos como “cruel” y “mal médico”, y amenaza con denunciarme a mí y al hospital. Bajo dicha circunstancia, no soy capaz de transmitir el mensaje de manera asertiva por lo que pido ayuda al médico adjunto para que conseguir contener al familiar.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo comunicarse asertivamente con pacientes / familiares conflictivos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Mediante la adquisición de habilidades comunicativas mediante la revisión de estrategias tales como las técnicas de comunicación asertiva: “ técnica del disco rayado”, “técnica del banco de niebla”, “técnica del acuerdo asertivo”, “técnica de la pregunta asertiva”; conductas que ayudan a una comunicación asertiva como usar respuestas mínimas, repetición de palabras y frases clave, o la solicitud de aclaraciones del discurso. Así mismo, creo que es importante la puesta en común con el resto de los compañeros de tales circunstancias y su manejo para poder aprender el manejo de este tipo de situaciones.

MÉTODOS

1. Sesión clínica
2. Consulta a colegas otras especialidades
3. Aprendizaje asistido por ordenador
4. Revisión del caso con compañeros
5. Consulta de libros de texto
6. Búsqueda bibliográfica
7. Consulta de protocolos

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

A comunicar malas noticias de forma asertiva

¿Cuál ha sido el mejor/ mejores procedimientos para aprender?

La puesta en común con el resto de los compañeros de este tipo de situaciones y la revisión de la bibliografía disponible

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

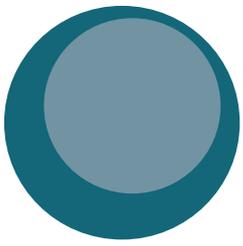
Aprendizaje de las distintas técnicas de comunicación asertiva y puesta en común con compañeros de situaciones conflictivas y la resolución de las mismas.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Mediante una comunicación directa y clara sin perder de vista la óptica empática.

¿Qué te falta por aprender? ¿Qué harás para incorporarlo?

El manejo óptimo de este tipo de situaciones. Continuaré formándome en técnicas comunicativas y seguiré realizando revisiones bibliográficas periódicas.



EXCLUSIÓN RESIDENCIAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO: FENÓMENOS INTERDEPENDIENTES

■ Benedicto Subirá C.¹, De Blas Hernando C.¹, Pina Zoraquiain A.², Andreu Iborra, B.³

⁽¹⁾ Técnica de salud pública. Programa de Salud de las Mujeres, Unidad Técnica de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

⁽²⁾ Sociólogo. Responsable de calidad, evaluación y medición de impacto social en Fundación Luz Casanova.

⁽³⁾ Servicio de Epidemiología, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España.

RESUMEN

Objetivo: profundizar en la confluencia entre las violencias de género (VG) y la exclusión residencial (ER) para establecer estrategias de intervención sanitaria integral.

Métodos: Estudio cualitativo combinando entrevistas individuales (16) y grupos focales (3), realizado en la Comunidad de Madrid entre septiembre y diciembre de 2021.

Se realizó muestreo de conveniencia seleccionando perfiles multiprofesionales en 4 ámbitos: 8 profesionales sanitarios, 10 mujeres que han sufrido VG y ER, 5 profesionales de dispositivos de atención a la ER y 6 personas expertas.

El trabajo de campo combinó el formato presencial y el online. Se realizó un análisis del discurso con una perspectiva de género interseccional y constructivista.

Resultados: Las mujeres entrevistadas relatan trayectorias largas y complejas en las que predominan la precariedad vital y las múltiples vulnerabilidades. Esto tiene un impacto en su salud a nivel biopsicosocial. También encuentran a menudo barreras de acceso al sistema sanitario y a la creación de un vínculo que les permita revelar y abordar su situación.

Los profesionales participantes consideran que tanto la ER como la VG se detectan insuficientemente, por factores como el desconocimiento del concepto de ER, falta de perspectiva de determinantes sociales y en particular de género, enfoque biologicista, sobrecarga asistencial, falta de formación y dificultades de coordinación entre los ámbitos social y sanitario.

Conclusiones: La ER en víctimas de VG es un problema invisibilizado en el sistema sanitario. Es preciso incorporar una perspectiva interseccional de determinantes sociales y considerar la variable residencial en la valoración de la VG.

INTRODUCCIÓN

El acceso a la vivienda es un derecho universal, según establecen la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948¹ y la Constitución Española de 1978²; este derecho se ve vulnerado en procesos de riesgo y/o exclusión social³.

La exclusión residencial (ER) tradicionalmente ha sido relacionada con el sinhogarismo y vivir en la calle. Sin embargo, en 2005 la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) establece una definición amplia de la ER: la tipología ETHOS, formada por 13 categorías desde la situación de calle a la vivienda insegura o inadecuada (Tabla 1). Esta clasificación pretende homogeneizar el conocimiento sobre la ER y facilitar el desarrollo de políticas transnacionalmente^{4,5}.

La falta de vivienda es un fenómeno multicausal relacionado con factores estructurales y no individuales,⁶ como el empleo, la salud o las redes familiares y sociales.

Aunque la pobreza y la exclusión social son procesos feminizados, se considera que el sinhogarismo afecta más a los hombres⁷. La cultura patriarcal determina un reparto sexual de los espacios público y privado: las mujeres acceden a formas de alojamiento distintas a los hombres, ocultas en el ámbito privado, mientras que los hombres acceden más a los alojamientos públicos, existiendo en el caso de las mujeres un sinhogarismo invisible⁷. Los espacios públicos, como la calle o albergues nocturnos, son percibidos como hostiles por las mujeres⁶, donde están más expuestas a sufrir violencia o agresiones sexuales⁸. Además, la pernocta en la calle está más estigmatizada en el caso de las mujeres debido a los roles de género⁹.

Datos de 504 personas sin hogar en España sugieren que ser mujer es el principal factor de exposición

Tabla 1. Tipología ETHOS (European Typology of Homelessness) desarrollada por la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) en 2005. En rojo, situaciones que se suelen relacionar con ser víctima de violencia de género

SINHOGARISMO	Sin techo	1. Viviendo en espacio público
		2. En refugio nocturno y/o varias horas al día en espacio público
	Sin vivienda	3. Personas que viven en albergues y centros para gente sin hogar/alojamiento temporal
		4. Personas en albergues para mujeres
		5. Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes
		6. Personas que van a salir de instituciones residenciales o de internamiento
		7. Personas que reciben alojamiento debido a su condición de personas sin hogar
EXCLUSIÓN RESIDENCIAL	Vivienda insegura	8. Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro
		9. Personas viviendo bajo amenaza de desahucio
		10. Personas que viven bajo amenazas de violencia de género
	Vivienda inadecuada	11. Personas viviendo en alojamientos temporales no convencionales
		12. Alojamiento impropio
		13. Hacinamiento extremo

a la violencia en este colectivo¹⁰. Estudios sobre la realidad de las mujeres en situación de ER evidencian la relación entre la violencia de género (VG) que han sufrido a lo largo de sus vidas y la ER¹¹. Las mujeres sin hogar sufren VG antes y durante la estancia en la calle, predominando la previa, y esta violencia contribuye a la situación de ER generando trauma y vulnerabilización y dificultando el cambio¹². La magnitud de la VG que han sufrido las mujeres en situación de ER, según diferentes fuentes, oscila entre el 56,5% y el 76%^{3,13}.

También hay que añadir el impacto en salud por la exposición a ER y VG. Las mujeres en situación de calle suelen asociar más problemas como consumo de sustancias, deterioro físico y mental, derivados de la falta de higiene, de la exposición a condiciones medioambientales extremas, a la inseguridad alimentaria, la violencia y al hacinamiento^{8,14}. Además, las enfermedades crónicas preexistentes suelen estar infratratadas o desatendidas, lo que confluye con la falta de revisiones médicas¹⁵.

Tanto la VG como la ER constituyen problemas de salud pública. Se trata de mujeres muy vulnerabilizadas con necesidades complejas que, sin embargo, sufren barreras de accesibilidad para recibir la atención sa-

nitaria y social integral que precisan¹¹. El objetivo de este estudio es profundizar en la confluencia de las múltiples VG y los procesos de ER para establecer estrategias de intervención efectivas en la respuesta integral del sistema sanitario.

MÉTODOS

El estudio se diseñó desde la Dirección General de Salud Pública (DGSP) de la Comunidad de Madrid (CM)¹⁶. Se plantearon dos temas de estudio simultáneos: uno centrado en las mujeres (para analizar cómo impactan ER y VG en su salud y cómo estas problemáticas tienen cabida o no en su relación con el sistema sanitario) y otro dirigido al personal sanitario de atención primaria y urgencias (para analizar la casuística de ER y VG y las prácticas profesionales).

Se optó por una metodología de aproximación cualitativa para la obtención de discursos de los dos grupos objetivo definidos, buscando comprender o explicar el comportamiento en términos de significación subjetiva (perspectiva constructivista) y la obtención de ideas para construir futuras estrategias y abordajes. Para

Tabla 2. Fuentes de información y descripción de la muestra

PRIMARIAS				
Número de participantes		Características de los perfiles entrevistados	Grupos focales	Entrevistas individuales
8 profesionales socio sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de la atención primaria. Profesionales de la urgencia hospitalaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Medicina Enfermería Trabajo Social Matrona 	1	6
10 mujeres víctimas de violencia de género en situación de exclusión residencial o riesgo de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> Para la selección de la muestra de mujeres se han considerado diferentes variables: tipos de violencia sufrida, paso por diferentes estadios de vivienda, origen, edad, situación administrativa, con hijos y sin hijos u otros familiares a su cargo, así como la barrera idiomática. 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres alojadas en los recursos en el momento del trabajo de campo. Búsqueda de amplia representación de las categorías ETHOS. Inclusión perfiles socio-demográficos diversos (edad, origen, situación administrativa, formación, empleo...). Representación de las múltiples formas de violencia de género. Disponibilidad y voluntad para participar. 	—	10
5 profesionales de dispositivos de atención de la Fundación Luz Casanova	<ul style="list-style-type: none"> Casa de Acogida Luz Casanova-Collado Mediano. Centro de emergencia para mujeres y menores de edad víctimas de violencia. Centro de día para personas sin hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicología Trabajo Social Educación Social Integración Social 	1	—
6 expertos	<ul style="list-style-type: none"> FOESSA Atención primaria Centros de Salud Referentes Violencia de género Dirección General de Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> Psiquiatría Sociología Técnica de Salud Pública Especialistas en colectivos vulnerables y violencia de género 	1	—
SECUNDARIAS				
<ul style="list-style-type: none"> Documentos existentes de políticas públicas del ámbito socio sanitario autonómico o nacional sobre violencia de género y/o exclusión residencial, que aporten información relevante para la investigación. Otras investigaciones, mencionadas en la bibliografía. 				
<ul style="list-style-type: none"> Documentos existentes de políticas públicas del ámbito socio sanitario autonómico o nacional sobre violencia de género y/o exclusión residencial, que aporten información relevante para la investigación. 				
<ul style="list-style-type: none"> Otras investigaciones, mencionadas en la bibliografía. 				

ello se realizaron entrevistas individuales y grupos focales (Tabla 2). También se aseguró una perspectiva de género interseccional.

La selección de informantes se realizó mediante muestreo de conveniencia elaborado entre la DGSP de la CM y Fundación Luz Casanova. La apuesta epistemológica no fue tanto perseguir la representatividad sociológica sino, más bien, la expresividad y significatividad de los distintos puntos de vista.

El trabajo de campo se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2021 presencialmente y on-line, atendiendo a las medidas derivadas de la pandemia COVID-19. Se alteraron los nombres de las mujeres en los *verbatim* para salvaguardar su identidad.

RESULTADOS

La salida de los domicilios de la mayoría de las mujeres entrevistadas se produjo en situación de emergencia y, por lo tanto, de extrema vulnerabilidad. Estas mujeres se enfrentan a una carencia material severa que dificulta el autocuidado (adquisición de medicamentos, higiene, alimentación, salud sexual y reproductiva, etc.) y el acceso al sistema sanitario (como uso de telefonía para citas y seguimientos). A mayor vulnerabilidad y privación material, mayores dificultades de acceso al sistema sanitario.

Se han definido fichas de perfiles sociológicos que ilustran las diferentes trayectorias vitales de las mujeres en ER (Figura 1).

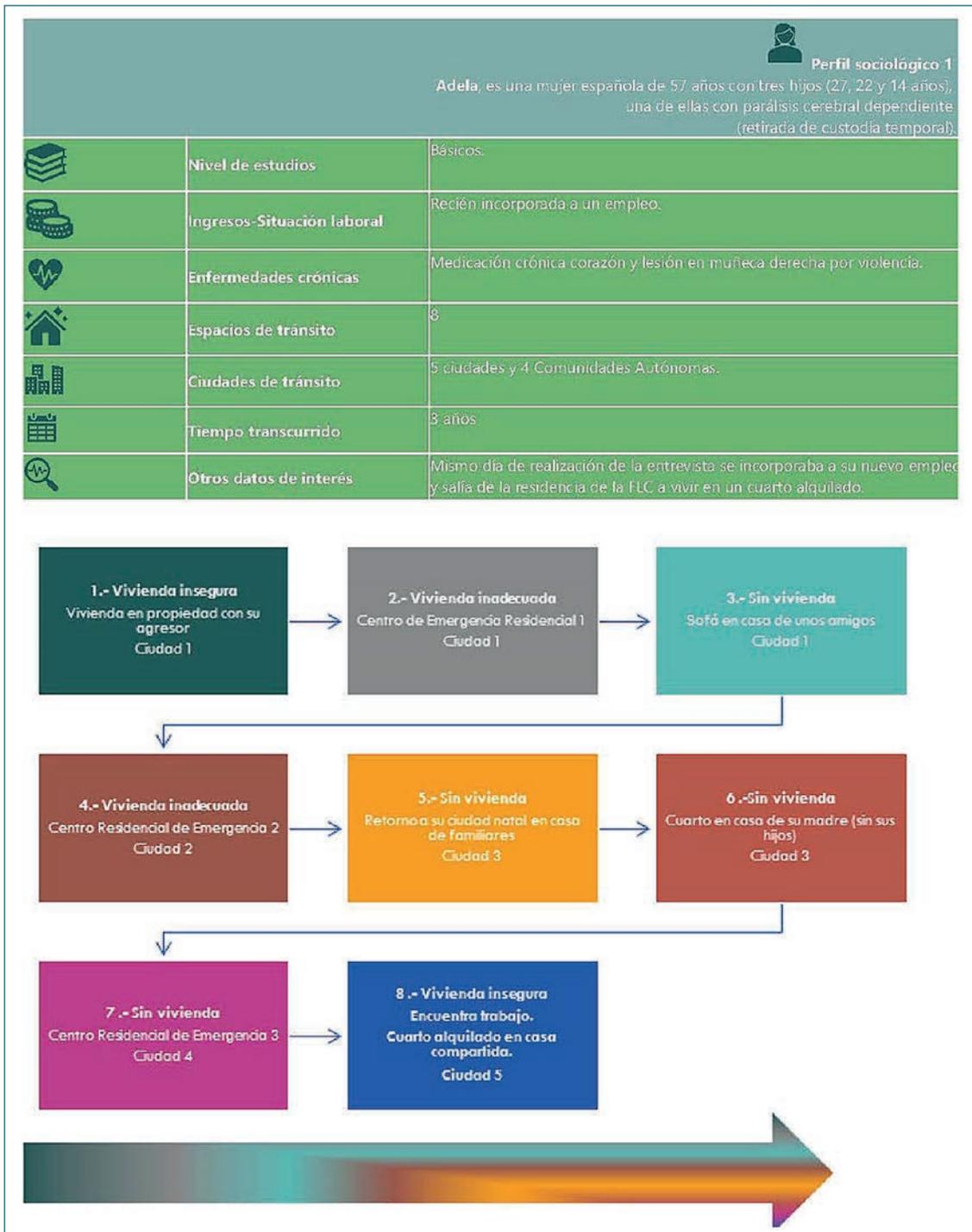


Figura 1. Ejemplo de perfil sociológico con perspectiva interseccional y trayectoria vital incluyendo los espacios de tránsito¹⁶

El periodo que transcurre hasta que llegan al alojamiento de emergencia es muy variable, pudiendo suponer entre seis meses y varios años. De media transitan por entre tres y nueve espacios diferentes, cambiando además de ciudad y/o Comunidad Autónoma por razones de inestabilidad y/o inseguridad. Esta inseguridad afecta en mayor medida a las mujeres con hijos/as a su cargo, a quienes les resulta más difícil disponer de un espacio provisional. El largo e

inestable recorrido de inseguridad habitacional desde la vivienda que compartían con el agresor hasta un lugar seguro configura existencialmente una disposición de supervivencia vital en la que el cuidado y autocuidado en materia de salud no constituyen una prioridad. En el caso de las mujeres con hijos, casi siempre priorizan la salud de éstos. Esta realidad se agrava en el caso de las mujeres con enfermedades crónicas previamente diagnosticadas o con

lesiones graves derivadas de las violencias sufridas (verbatim 1).

Las mujeres describen los impactos en su salud integral, siendo el más evidente la situación permanente de estrés que se añade a la VG sufrida y la incertidumbre de la inestabilidad habitacional. También relatan pérdida de cabello, bajadas bruscas de peso e incluso pérdida de la voz derivadas del estrés (verbatim 2).

Respecto a la satisfacción con la atención sanitaria recibida las mujeres transitan entre la desconfianza o el rechazo (por considerar que no se adapta a su realidad, sus necesidades y sus demandas) y el agradecimiento (por la detección de situaciones de violencia); aunque todas coinciden en la invisibilización de su situación dentro del sistema sanitario. Entre sus demandas destaca la transición hacia una atención a la salud integral (biopsicosocial), sensible y conectada con su situación presente y sus condicionantes sociales, materiales, comunitarias y laborales.

Existe consenso en los discursos de diferentes agentes sobre la vulnerabilidad a VG presente o pasada de las mujeres en ER, especialmente las mujeres mayores. En lo referido a la relación con el sistema sanitario, se pone de manifiesto un cierto desconocimiento por parte de las/os profesionales sanitarios del concepto “exclusión residencial”.

Algunos discursos de profesionales sanitarios ponen el acento en la potencialidad del sistema sanitario como “puerta de entrada” para la detección de situaciones de VG y ER. En este sentido, se indica la posibilidad de “ser guía y acompañamiento”, para lo cual es necesaria una mirada longitudinal, que contribuya a generar vínculos de confianza con la mujer que permitan conocer la sintomatología derivada de su situación psicosocial y acceder a las circunstancias personales (habitacionales, de posible violencia) de las pacientes (verbatim 3).

En contraposición, se manifiesta en los discursos una debilidad del sistema sanitario para incorporar en sus protocolos la variable residencial, debida en parte a que los problemas asociados a la vivienda no

se consideran un factor determinante en la salud de las mujeres. Aparece también una alusión recurrente a la mirada biomédica como carente de contenido social, así como al consecuente déficit formativo en esta materia (verbatim 4).

Se constata también la centralidad que, para estos perfiles de mujeres, ha de tener un análisis de los determinantes sociales de la salud, pero existe la percepción de que se trata de un conocimiento y sensibilización más teóricos que prácticos (verbatim 5). Otro de los desafíos clave identificado es el acceso al sistema sanitario de mujeres migrantes en situación irregular que, además, sufren VG y problemas de ER (verbatim 6).

Al indagar en las dimensiones estructurales que afectan a la atención existe cierto consenso sobre el fuerte impacto que los recortes sanitarios tienen en ofrecer una atención más integral y adaptada a las necesidades de las mujeres en situación de especial vulnerabilidad. Se identifica una cierta necesidad de mayor coordinación interdisciplinar entre los servicios de atención primaria y hospitalaria y los equipos de trabajo social sanitarios, así como intersectorial (verbatim 7).

Otro de los focos de interés fue analizar el acceso, disponibilidad y conocimiento de los recursos residenciales; los resultados muestran un desconocimiento de las/os profesionales sanitarios de los recursos específicos de VG y ER, que subsanan derivando a trabajo social sanitario o recurriendo a otros profesionales. Esto se añade a la carencia de recursos y dispositivos residenciales especializados en VG y ER (no mixtos y con posibilidad de acudir con hijas/os) en la CM.

Por último, el estudio reflejó cómo la pandemia ha acentuado el enfoque biomédico en la atención sanitaria frente a otras perspectivas más psicosociales, con un fuerte impacto en mujeres víctimas de VG y ER, ya que ha invisibilizado más aún las causas estructurales de sus patologías y sintomatologías, y ha circunscrito la respuesta a una intensiva medicalización.

Tabla 3. Verbatim de las mujeres y profesionales informantes para describir las diferentes variables de análisis

Verbatim 1: Cuidado y autocuidado en materia de salud
<i>“Estuve en la calle cinco días en Villaverde Alto. Me robaron mi bolsa. Dormí una noche en el BBVA, en el banco, en el cajero. Y yo me tapé con una mantita pequeña que tenía y yo me puse mi mochila en la cabeza. Cuando volteo veo a dos. Yo los conocía a los dos, son marroquíes. Al mismo me puse de pie, no esfuerzo, pero me puse de pie. Y me he ido sin pensar en las rodillas, pero me olvidé de la mochila y salí. En la mochila tenía todas mis cosas, dinerito, prendas, mi máquina para medirme el azúcar, porque me dieron una. Todo eso yo lo perdí”. (Margarita, mujer dominicana, 61 años).</i>
Verbatim 2: Impactos de la ER y VG en la salud integral
<i>“Afecta en todos los sentidos. Se te cae el pelo, nunca mejor dicho. Si tienes una adicción te va a aumentar. Y te puede entrar depresión. Estoy en el límite, para entrar una depresión”. (Adela, mujer dominicana, 69 años).</i> <i>“Llegué a adelgazar 46 kilos estando en la casa, enferma del estómago, que no me dejaba tomar la medicación tampoco, porque decía que era cosa mía, o era que estaba mal de la cabeza”. (Raquel, mujer argentina, 61 años).</i>
Verbatim 3: Potencialidad del sistema sanitario como palanca de impacto positivo frente al problema
<i>“Esta posición de “poder” que tenemos los sanitarios podríamos utilizarla para el bien. El conocimiento sobre el impacto de los determinantes que son parte de la violencia, para explicar y desculpabilizar, por este estigma que tiene, de la culpa y la vergüenza y también la exclusión residencial”. (Enfermera-Servicio Promoción de la Salud).</i> <i>“El sistema sanitario puede ser un actor muy oportuno en la prevención y detección temprana de situaciones, por su cercanía y en su dimensión más comunitaria, sí debería ser un poco más potente para que de verdad haya esa posible detección de por qué esta persona, para alertar a otras esferas de las administraciones para que se actúe cuanto antes. La cercanía que tiene el sistema sanitario puede ser una oportunidad para prevenir que no empeore la situación”. (Profesional de la Fundación FOESSA-Cáritas).</i> <i>“Los servicios generalistas, de atención primaria, son muy valiosos a la hora de realizar detección, por la longitudinalidad, el ser atendido siempre por el mismo profesional, y conocerse mutuamente. Tiene un gran valor el generar espacios de confianza donde se pueda hablar, y también para conocer las condiciones de vida, y poder poner en relación una cosa con la otra, a través del conocimiento y la confianza”. (Médica de familia-Servicio de Promoción de Salud).</i>
Verbatim 4: Mirada biomédica
<i>“Vengo aquí a preguntarte por la fiebre, por la tos, el dolor de tobillo, pero no me interesa dónde vives o en qué circunstancias vives. En líneas generales tampoco es algo que se considera como parte de la salud. Y te das cuenta de que la gente no se pone el oxígeno porque no puede pagar el recibo de la luz. Darle un tratamiento y que te digan “no sé leer” no tengo agua para lavarme en mi casa, y de alguna manera es un guantazo de realidad. (...) Yo no estaba preparada para esto: te das cuenta de que hay mucha gente en situaciones desfavorables y distintas a lo que imaginábamos”. (Médica de urgencias hospitalarias).</i>
Verbatim 5 y 6: Determinantes sociales de la salud
<i>“Muchas veces es la propia dinámica del sistema o los propios profesionales, por no tener una formación suficiente, por lo que no se cubren esas necesidades o, si se cubren, se deriva, normalmente, más a la parte de trabajo social. Nos ocupamos de la parte más biologicista del tema”. (Técnica de Salud Pública).</i> <i>“Si no están empadronados es mucho más difícil que accedan de una manera continuada a los centros de salud. Porque sí que pueden ir al hospital que quieran, pero a veces son mujeres que van detrás de los maridos, en pisos de alquiler, de un lado a otro, o a un servicio de urgencias a otro. No pueden tener una continuidad en la atención, si no tienen ese padrón o los papeles, de por sí se encuentran con una barrera administrativa. Muchas veces intentas llamarlas, las trabajadoras sociales intentan localizarlas y no tienen el teléfono registrado, no se les puede volver a localizar”. (Profesional de atención primaria).</i>
Verbatim 7: Coordinación y Trabajo en Red
<i>“Información hay suficiente para la atención primaria. Anualmente hay cursos de actualización de violencia de género, enfocados a adolescentes, enfocados a sanitarios, cómo detectar. Hay bastante oferta. Creo que lo importante de todo esto es trabajar en equipo. Como antes decía, que a lo mejor es específico residencial, se trata de la trabajadora social, no es si la violencia de género es algo exclusivo de la trabajadora social, sino que tiene que formar parte de todos los equipos”. (Profesional de atención primaria).</i> <i>“Faltaría trabajar en equipo, porque donde veo que algo puede fallar, nosotros vemos que detectamos algo y siempre al final se hace difícil actuar e interrelacionar con la policía, con la de trabajo social. (...) Que estemos más conectados ayudaría mucho a que todo fluya, a que la atención de esta mujer sea mucho más fluida”. (Profesional de atención primaria).</i>

DISCUSIÓN

Diferenciamos dos categorías:

1. Impacto de la confluencia de VG y ER en la salud de las mujeres (Figura 2).

En consonancia con la literatura existente, en nuestro estudio aparecen largos y complejos trayectos de las mujeres en situación de VG y ER hasta encontrar un lugar seguro, transitando por diversos lugares de paso no adecuados a sus necesidades y donde están en riesgo de violencia^{6-8,10}. Esta precariedad vital, junto con los efectos de la VG, genera una gran vulnerabilidad y pone a las mujeres en “modo supervivencia”, donde priorizan las necesidades básicas, y la salud y el autocuidado quedan en un segundo plano¹⁴. Esto genera un impacto importante en la salud ocasionando problemas de salud mental, consumo de sustancias, secuelas físicas y psicológicas de la violencia y el estrés habitacional, y agravamiento de enfermedades crónicas preexistentes^{8,12,14,17}.

Además, la frecuente movilidad geográfica, la situación administrativa y la propia vulnerabilidad por la VG y la ER dificultan tanto el acceso efectivo al sistema sanitario como la creación de un vínculo que permita la confianza suficiente para revelar y abordar su situación. Esto conlleva frecuentes abandonos de citas, falta de revisiones e infratratamiento de sus problemas de salud¹⁴⁻¹⁵.

Desde un punto de vista interseccional, se revela la doble vulnerabilidad que suponen los hijos/as: se prioriza

su bienestar frente al autocuidado, dificultan salir de la VG y encontrar un espacio adecuado y generan culpa por la dificultad de sostener el cuidado y la custodia¹⁸⁻²⁰. Se mencionan también dificultades específicas de mujeres migrantes, mayores o con discapacidad.

2. Respuesta del sistema sanitario y actitudes profesionales (Figura 3).

Los discursos respecto a las actuaciones sanitarias, especialmente los de las/os profesionales, discurren en tensión entre las condiciones de capacidad –relacionadas con actitudes, aptitudes, conocimientos y contextos de trabajo- y lo que se cree que se debería hacer.

Por un lado, se señala el rol potencial del sistema sanitario como lugar donde se podrían detectar situaciones de VG y ER y realizar guía y acompañamiento. Esto concuerda tanto con los datos que lo sitúan como el recurso formal donde frecuentemente se busca más ayuda²¹, como con las estrategias orientadas a reforzar la detección de VG en este ámbito²². Algunos factores clave destacados son la capacidad de generar espacios de confianza o una concepción integral de la salud que incluya la comprensión del impacto en salud de la VG y de la ER¹⁴. La Atención Primaria, gracias a características como la longitudinalidad, la mirada biopsicosocial o la perspectiva contextualizada y comunitaria, es un lugar especialmente adecuado para realizar este abordaje²³.

Por contraste, todos los agentes entrevistados señalan la brecha entre estas potencialidades y la prác-

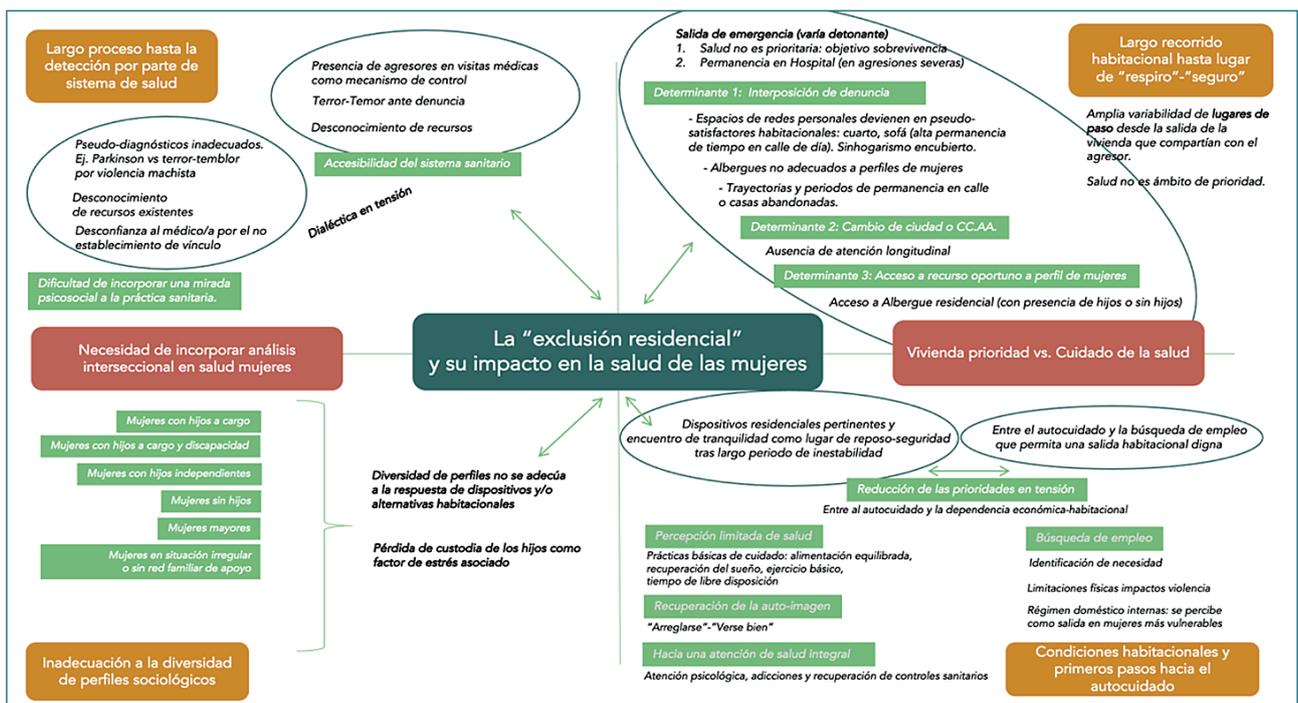


Figura 2.

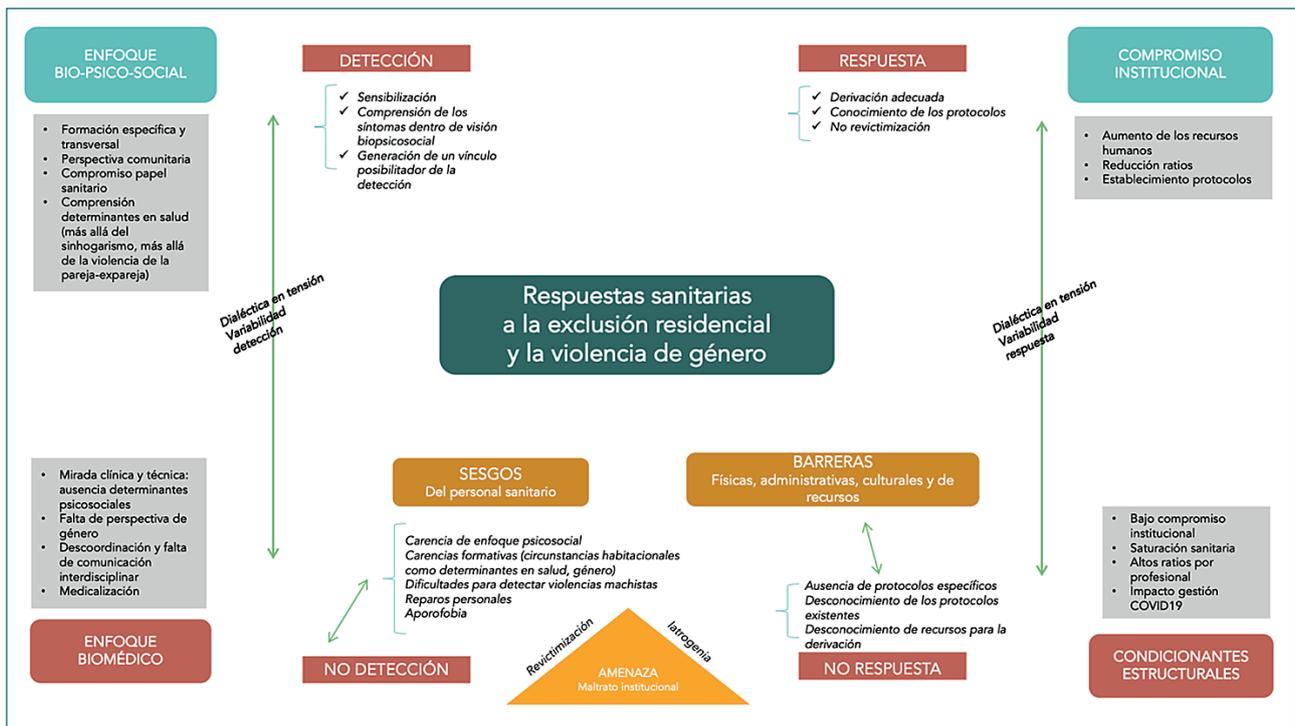


Figura 3.

tica habitual. En primer lugar, supone una barrera el desconocimiento sanitario del concepto de ER, el impacto del sinhogarismo en la salud y una mirada con perspectiva de género a ambos problemas^{15,24}. Esta invisibilización y estigmatización actúa como factor disuasorio¹⁴. En segundo lugar, se percibe una primacía de lo biomédico y de lo urgente, dificultando la integración de una perspectiva de determinantes sociales de la salud en la práctica clínica. En este sentido, las/os profesionales creen que faltan formación y habilidades prácticas y que, en su ausencia, se tiende a fragmentar la atención asumiendo desde medicina lo más biológico y derivando “lo social” a trabajo social. La necesidad de la formación orientada a la práctica y un trabajo verdaderamente coordinado y en equipo frente a un modelo de “profesionales que trabajan juntos” aparece en abundante literatura sobre abordaje sanitario de la VG²⁵⁻²⁸.

Por otro lado, se señala una falta de conocimiento mutuo y coordinación entre los recursos sanitarios y los recursos específicos de VG y ER, lo que dificulta un abordaje adecuado y la derivación temprana.

Por último, las/os profesionales sanitarios apuntan la importancia de los factores estructurales para abordar realidades sensibles y complejas como la VG y la ER. Esto se relaciona con precariedad laboral, falta de tiempo, recortes sanitarios y presión asistencial. El impacto de las malas condiciones de trabajo está muy documentado, así como su especial impacto en la equidad de la atención, problemas psicosociales o VG^{23,26,27,29}. Tanto en este como en otros estudios, las

mujeres señalan valores relacionados con la organización de los servicios que facilitan consultar, como la flexibilidad, la accesibilidad, o el abordaje centrado en sus necesidades y sus ritmos^{14,15,25}.

Como limitaciones de este estudio, el muestreo por conveniencia puede invisibilizar a las mujeres más vulnerables y que no acuden a los recursos; asimismo, puede ocasionar un sesgo de selección de profesionales por formación y sensibilización. Sin embargo, los resultados son coherentes con la literatura existente por lo que cabría esperar una mayor magnitud de los problemas descritos.

CONCLUSIONES

A pesar de las evidencias sobre el impacto de la ER en la salud y de la relación con las VG en mujeres, existe un importante desconocimiento y una carencia de abordajes integrales en el sistema sanitario. Como consecuencia, situaciones de extrema vulnerabilidad pasan sin detectar, se estigmatizan o no se tratan adecuadamente los problemas de salud de las víctimas. Factores como actitudes, formación, capacidad y contextos de trabajo producen variabilidad e inseguridad tanto en profesionales como en las propias mujeres que consultan. Es necesario incorporar un abordaje psicossocial con perspectiva de género interseccional que genere espacios seguros, evite la revictimización y centre el proceso en las necesidades de las mujeres. Es preciso mejorar la detección y coordinación

intersectorial entre recursos sanitarios, sociales y especializados en VG y ER.

PUNTOS CLAVE

- La vivienda es un derecho reconocido y un determinante social de la salud. La exclusión residencial (ER), categorizada en la tipología Ethos, representa situaciones de sinhogarismo, pero también de vivienda insegura e inadecuada.
- Existe una interrelación entre la ER en mujeres y la vulnerabilidad a sufrir violencias de género (VG), pero sobre todo el antecedente de haberlas sufrido, potenciando ambas el impacto en salud.
- Las mujeres en ER y VG son muy vulnerables, presentan múltiples problemas de salud y encuentran con frecuencia barreras de acceso al sistema sanitario, que les dificultan recibir asistencia y revelar su situación para poder abordarla.
- Desde el sistema sanitario existe una invisibilización de la confluencia entre VG y ER, que tiene que ver con una insuficiente aplicación de la perspectiva de determinantes sociales y de género, práctica biologicista, falta de formación, condiciones de trabajo difíciles y problemas en la coordinación con recursos sociales y especializados en VG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Nacional de las Naciones Unidas: Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. 1948. [Consultado 16 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Cortes Generales. Constitución Española. [Internet] (Boletín Oficial del Estado, número 311, de 29 de diciembre de 1978). [Consultado 16 Enero 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
3. Matulič-Domandzic MV, Vicente-Zueras I, Boixadós-Porquet A, Cais-Fontanella J. Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social. Trabajo Social Global – Global Social Work. 2019; 9: 49-68.
4. Edgar B. The ETHOS Definition and Classification of Homelessness and Housing Exclusion. European Journal of Homelessness. 2012; 6: 219-25.
5. Loison-Leruste M. La FEANTSA: ¿Hacia una categorización europea de las personas sin hogar? RPCS. 2014; 3: 99-108.
6. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. La exclusión residencial grave en la CAPV desde una perspectiva de género. Informe 37.
7. Sales A, Guijarro L. Mujeres sin hogar. La invisibilización de la exclusión residencial femenina. Revista de investigación y análisis social. 2017.
8. Reeve K, Casey R, Goudie R. Homeless Women: Still being failed yet striving to survive. London: Crisis; 2006.
9. Baptista I. Women and Homelessness. Homelessness Research in Europe
10. Calvo F, Watts B, Panadero S, Giralt C, Rived-Ocaña M, Carbonell X. The Prevalence and Nature of Violence Against Women Experiencing Homelessness: A Quantitative Study. Violence Against Women. 2022; 28: 1464–82.
11. AIRES (Asociación para la Inclusión Residencial y Social). Mujeres Invisibles - Una mirada a las violencias y la exclusión. Madrid; 2019. Informe ejecutivo.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de investigación de Enclave de Evaluación que realizó el trabajo de campo, análisis y redacción del informe de resultados: Marta Martínez, Ernesto García, Elvira Mateos y Gabriela Velásquez.

Al equipo de la Fundación Luz Casanova que colaboró en la investigación y la coordinación técnica, especialmente a Ana Alvaro.

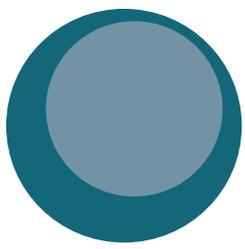
A las personas de la Unidad Técnica de Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que han participado en el diseño y desarrollo del estudio y en la implementación de resultados: Marisa Pires, Milagros Ramasco, Juan Carlos Diezma y Marisa Martínez.

A las mujeres entrevistadas por el valor y la generosidad de compartir sus historias de vida, y a las/os profesionales sanitarios y sociales que han colaborado en la investigación y se esfuerzan por dar la mejor atención posible.

FINANCIACIÓN

El presente estudio ha sido financiado con fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

12. Herrero Fernández I. Mujeres sin hogar y violencia de género. La triple invisibilidad. Homeless women and gender violence. The triple invisibility. Cuadernos de Trabajo Social. 2003; 16: 265-8.
13. Rodríguez Moreno SI, Roca Morales P, Panadero Herrero S, Vázquez Cabrera JJ. Sucesos vitales estresantes en mujeres en situación sin hogar. En Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinares: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género. Sevilla. 2016; 611-24.
14. Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. Health Soc Care Community. 2020; 28: 1-11.
15. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Pepa A, Persynaki A, Taousani E, Milapidou M, *et al.* Health status of women affected by homelessness: A cluster of *in concreto* human rights violations and a time for action. Maturitas. 2021; 154: 31-45.
16. Martínez M, García E, Mateos E, Velásquez G, Alvaro A, Pina A, Benedicto C, De Blas C, Diezma JC, Pires M, Ramasco M. Prevención e intervención en el sistema sanitario de la exclusión residencial de mujeres víctimas de violencia de género en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid. 2021. [Material no publicado]
17. Risk of mental ill-health among homeless women in Madrid (Spain). Sara Rodriguez-Moreno 1, Sonia Panadero 2, José Juan Vázquez 3. Arch Womens Ment Health. 2020; 23(5): 657-664. doi: 10.1007/s00737-020-01036-w. Epub 2020 May 8.
18. Timmons V, Coomber-Bendtsen M, Zederayko A. Gender-Based Violence and Homelessness: Two Sides of the Same Coin. JSGS Policy Brief. 2018; 1-4.
19. Milaney K, Ramage K, Fang XY, Louis M. Understanding Mothers experiencing homelessness: A gendered approach to finding solutions for family homelessness [Internet]. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017. Disponible en: https://homelesshub.ca/sites/default/files/Family_Homelessness_Report.pdf
20. Savage M. Gendering Women's Homelessness. Ir J Appl Soc Stud J Appl Soc Stud. 2016; 16: 43-64.
21. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Macroencuesta de violencia contra la mujer [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020 [Consultado Feb 2023]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
22. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022-2025 [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2022 [Consultado Feb 2023]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planActuacion/estrategiasEstatales/combatiViolenciaMachista/docs/EEVM_22-25.pdf
23. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005; 83: 457-502.
24. Andermann A, Mott S, Mathew CM, Kendall C, Mendonca O, Harriott D, *et al.* Evidence-informed interventions and best practices for supporting women experiencing or at risk of homelessness: a scoping review with gender and equity analysis. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2021; 41: 1-13.
25. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. Int J Equity Health. 2019; 18: 101.
26. Goicolea I, Hurtig AK, San Sebastian M, Vives-Cases C, Marchal B. Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. BMC Health Serv Res. 2015; 15: 228.
27. Briones-Vozmediano E, Maquibar A, Vives-Cases C, Öhman A, Hurtig AK, Goicolea I. Health-Sector Responses to Intimate Partner Violence: Fitting the Response Into the Biomedical Health System or Adapting the System to Meet the Response? J Interpers Violence. 2018; 33: 1653-78.
28. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, *et al.* Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Br J Gen Pract. 2012; 62: e647-55.
29. Agarwal SD, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt KM. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. JAMA Intern Med. 2020; 180: 395-401.



CASOS CLÍNICOS

1. TIÑA CAPITIS Y PELUQUERÍAS

- Irene Paniagua-Ortiz I.¹, Pamos García M.², Pere Pedrol J.A.³, Prado Valdivieso R.⁴, Mansilla Martín T.⁵
(^{1, 2}) Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria
(^{3, 4, 5}) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Ángela Uriarte, Madrid.

Palabras clave: Tiña, Dermatitis, Peluquerías.

INTRODUCCIÓN

Planteamos un caso clínico y una pequeña revisión de Dermatitis (Infección por hongos filamentosos de tejidos queratinizados) en sus diferentes tipos, Antropofílicas, Zoofílicas o Geofílicas; con especial mención de la “Tiña Capitis” al observar que ha presentado una especial prevalencia en varones jóvenes asociada a la moda de acudir a la peluquería reiteradamente para un rasurado occipitotemporal. Nuestro caso clínico, es en efecto un joven con una llamativa lesión de tiña capitis occipital y antecedente de rasurado en peluquería.



Figura 1.
Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

EXPOSICIÓN

Se presenta el caso clínico de un varón de 28 años de edad sin antecedentes clínicos de interés y sin alergias medicamentosas conocidas. Acude al centro de salud refiriendo que tras haberse cortado el pelo en la peluquería hace un mes notó la aparición de una lesión en cuero cabelludo a nivel occipital. Inicialmente fue tratado con corticosteroides tópicos sin obtener mejoría. A la exploración (fotografía 1) se objetivó una lesión pseudoalopecica, escamosa, circunferencial de gran tamaño (10 x 12 cm) a nivel occipital derecho, con área clara central de extensión circular hacia la periferia con prurito asociado. No vesículas, no supuración, no adenopatías. Ante la clínica, exploración y antecedentes se diagnostica “Tiña capitis” y se inicia tratamiento con Terbinafina vía oral 250 mg al día durante 4 semanas. También para acelerar el curso clínico se asoció tratamiento tópico con sertraconazol 20mg/gr en crema. Tras seguimiento en consulta se observó notable y progresiva mejoría del cuadro (fotografía 2) con leve hiperpigmentación residual.

REVISIÓN

Hablamos de Tiñas o Dermatitis refiriéndonos a infecciones por hongos filamentosos adheridos a tejidos queratinizados (piel, pelo, uñas). Son más de 40 especies y se clasifican en géneros *Microsporum* (M), *Trichophyton* (T) y *Epidermophyton* (E). Según el hábitat de procedencia las dermatofitosis se clasifican en Antropofílicas (humanos), Zoofílicas (animales) o Geofílicas (suelos). Las infecciones antropofílicas suelen ser de carácter epidémico y más leves. Por otro lado las respuestas inflamatorias del huésped a los dermatofitos zoofílicos y geofílicos suelen ser más agudas e intensas. En su presentación influyen factores como estado inmunológico, edad, sexo, raza, costumbres...^{1,7}

En los dos últimos años dermatólogos de diferentes áreas del territorio español han señalado un llamativo aumento de casos de Tiña Capitis en jóvenes varones,

en relación con una moda estética que supone acudir a la peluquería con gran frecuencia para cortarse el pelo de las zonas occipital y temporal, mediante degradado o rasurado; lo que puede haber favorecido el contagio de la tiña a través de maquinillas eléctricas infectadas. Se recoge así en un estudio retrospectivo de 107 casos recogidos por un grupo de dermatólogos españoles y que ha sido aceptado para su publicación en la revista *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Titulado “*Brote de dermatofitosis en región de cabeza y cuello asociadas al rasurado en peluquerías: Estudio descriptivo multicéntrico de una serie de casos*”. El hongo causante en la mayoría de los casos fue *Trichophyton tonsurans* y las lesiones fueron predominantemente en la nuca y área temporal, zonas donde se apura más el rasurado y con mayor frecuencia formas inflamatorias^{1,4,6}.

FORMAS CLÍNICAS

Tiña Capitis. Infección micótica más frecuente en la edad pediátrica. En adultos suelen ser mujeres postmenopáusicas. También más frecuente en inmunocomprometidos por la alteración de la respuesta inmunológica celular^{1,3,7}.

En España, el agente causal más frecuente de la tiña capitis en niños es *M. canis* (80%) generalmente en relación con gatos, perros. Seguido de *T. mentagrophytes* (8%) por roedores como conejos y hámsteres. En los últimos años se aprecia un aumento en el número de casos por dermatofitos antropofílicos importados, principalmente *T. violaceum*, *T. soudanense*, *M. audouinii*, y *Trichophyton tonsurans*; la mayoría en relación a movimientos migratorios en especial procedentes de África y el Caribe. La fácil transmisión de dermatofitos antropofílicos, supone un potencial problema de salud pública, sobre todo como hemos comentado en conductas estéticas de rasurado de cabeza en hombres jóvenes^{1, 2,7}. Las presentaciones clínicas pueden ser:

NO INFLAMATORIAS:

- Descamación tipo dermatitis seborreica con o sin costras o alopecia.
- Tiña microspórica por *Microsporum* en placas grandes pseudoalopécicas grises hiperqueratósicas con abundantes pelos cortos, como cortados al mismo nivel. Leve prurito.
- Tiña tricofítica antropofílica, como el *T. tonsurans* con placas descamativas no eritematosas, grisáceas, dispersas en el cuero cabelludo; se ven pelos sanos mezclados con pelos enfermos cortados al ras de su nacimiento como puntos negros^{1, 4,7}.



Figura 1.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

INFLAMATORIAS:

- Más frecuentes zoofílicas y geofílicas. Son placas con gran componente inflamatorio y vesículas que evolucionan a pústulas, rodeadas de una zona eritematosa y edematosa. Se ven abscesos, cabellos quebrados y orificios foliculares que drenan pus. Presentan prurito, dolor a la palpación y adenopatías cervicales. En este estadio se denominan “Querion de Celso”^{1,4,7}.

Tiña favosa (dermatofitosis crónica del cuero cabelludo con costras amarillentas (escútuas) y alopecia cicatricial).

Tiña de la barba (tinea barbae). zoofílica por *T. interdigitale*, *T. verrucosum*, *M. canis*. Inflamatoria con alopecia cicatricial.¹

Tinea corporis (Herpes circinado). Dermatofitosis de piel lampiña. No afecta palmas, plantas ni ingles. La más habitual es *T. rubrum*, seguido del *E. floccosum*. Se observa una placa anular con descamación del borde eritematoso y avanza de forma centrífuga pudiendo confluir unas con otras¹.

Granuloma de Majocchi. Infección dermatofítica superficial, subcutánea que afecta los folículos del vello¹.

Tinea manuum.

Tiña inguinal (tinea cruris) (Eccema marginado de Hebra). Es la segunda dermatofitosis en prevalencia. Afecta ingles, genitales, pubis, periné y zona perianal. La mayoría son por *T.rubrum* y *E.floccosum*, por lo que no suelen ser inflamatorias, aunque si tienden a ser crónicas. Son placas anulares con bordes sobre-elevados y descamativos, bilaterales, desde pliegue inguinal hasta la cara interna de muslos^{1,8}.

Tiña de los pies (Tinea pedis)(Pie de atleta). Causada principalmente por *T.rubrum*, *T.interdigitale* y *E.floccosum*. Dermatitis muy frecuente, asociada al calzado oclusivo, baños, duchas y piscinas comunitarias. Habitualmente interdigital, también hay formas hiperqueratósicas en planta, cara lateral y medial del pie⁸.

DIAGNOSTICO

Generalmente el diagnostico es sencillo a la inspección clínica y complementado con hallazgos dermatoscópicos (pelos en coma, en zigzag, en sacacorchos, translúcidos y en código Morse). No obstante en ocasiones se precisa de una muestra para identificar Dermatófitos y mejor si es del borde de la lesión empleando métodos como: Examen microscópico con hidróxido de potasio (KOH) al 10-20%, cultivo en medio de agar dextrosa de Sabouraud 4 semanas, histología (muy útil en la tiña capitis) y la prueba más sensible para el diagnóstico de las onicomiosis. Fluorescencia con lámpara de Wood o técnicas moleculares. Se están desarrollando test rápidos para secuenciación genética¹.

TRATAMIENTO

Las dermatofitosis podemos tratarlas de forma tópica y/o sistémica; aunque como los fármacos de uso tópico no logran penetrar en los folículos pilosos, las tiñas del cuero cabelludo deben tratarse con antimicóticos orales. Las tiñas de piel lampiña pueden tratarse con antimicóticos tópicos si son placas aisladas, y deberían reservarse los tratamientos orales para lesiones diseminadas, con componente inflamatorio o con afectación del vello corporal. En general

se desaconseja asociar corticosteroides tópicos, tan solo en algunas lesiones altamente inflamatorias con severo prurito se utilizan corticoides de baja potencia. Podemos resumir el tratamiento más habitual según el tipo de tiña en:

1. TINEA CAPITIS (ECTOTRIX). MICROSPORUM

- 1ª elección: Griseofulvina 20-25 mg/Kg/día 6-8 semanas.
- 2ª elección: Itraconazol 5 mg/Kg/día 6-8 semanas.
- Tópico: Sulfato de Selenio 2,5%, Ketoconazol 2% champú.

2. TINEA CAPITIS (ENDOTRIX) TRICHOPHYTON

- 1ª elección: Terbinafina: 62,5 mg/día (Peso <20 Kg).
125 mg/día (Peso 20-40 kg).
250 mg/día (Peso >40 kg). 2-4 semanas.
- 2ª elección: Griseofulvina 25 mg/día 6-8 semanas.
Itraconazol 5 mg/kg/día 6 semana.
Fluconazol 3-6 mg/Kg/día 3-6-semanas.
- Tópico: Sulfato de Selenio 2,5%, Ketoconazol 2%

3. TINEA BARBAE /TINEA MANUUM

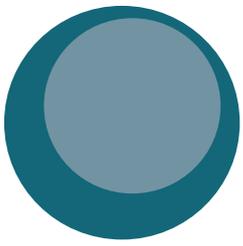
- 1ª elección: Terbinafina 250 mg/día 4 semanas.
- 2ª elección: Itraconazol 200 mg/día 2-4 semanas.
Griseofulvina: (T.barbae) 20-25 mg/día 4 semanas.

4. TINEA CORPORIS/CRURIS/PEDÍS

- 1ª elección: Imidazoles tópicos 4-6 semanas. Alilaminas 2-4 semanas.
Terbinafina oral: 250 mg/día 3-4 semanas.
- 2ª elección: Itraconazol: 200 mg/día 2 semanas.
Fluconazol: 150-300 mg/semana 3-4 semanas^{1, 4,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera Dermatofitosis o tiñas. <https://www>. Revisión: 10/01/2018.
2. N. Martínez Campayo, I. Rego Campuzano, *et al.* Nuevos hallazgos epidemiológicos en la tinea capitis antropófila, un estudio de una serie de casos en el noroeste de España. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas* 113 (2022) T74-T77.
3. M.I. Cevallos-Abad, A. Córdoba-Iturriagagoitia y M. Larrea-García. Tinea capitis inflamatoria por *Trichophyton rubrum*. *Actas Dermo-sifiliográficas* 112 (2021) 767-778.
4. Fernando Messina Laura Walker, María de las Mercedes Romero, *et al.* Tinea Capitis: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas. *Revista Argentina de Microbiología* 53 (2021) 309-313.
5. Alba Galván. Los dermatólogos alertan del brote de tiña detectado en peluquerías de todo el país. *La Academia Española de Dermatología y Venereología* 19 enero, 2023.
6. Lucia Candela. "Leonardo Bascón, dermatólogo Creemos que puede haber más casos de tiña sin diagnosticar". <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/enfermedades/2023>
7. N. Rebollo, A.P. López-Barcenas y R. Arenas. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliográficas*. 2008; 99: 91-100.
8. Adan O Goldstein. Dermatofito (tiña) infecciones. www.uptodate.com 2023.



CASOS CLÍNICOS

2. MI HIJO SE ESTÁ QUEDANDO CALVO

■ Fernández Fernández R¹., de Santiago Cortés E²., Ruiz Chércoles E¹., de Alba Martínez C³., Rubio Capote M.³

⁽¹⁾ Pediatra de Centro de Salud M^a Jesús Hereza (Leganés).

⁽²⁾ Residente de 3er año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Daroca (Madrid).

⁽³⁾ Residente de 3er año de Medicina de Familia y Comunitaria de Centro de Salud M^a Jesús Hereza Leganés

Contacto: Ramona Fernández Fernández. Dirección: calle Peso Hispano nº 12 bloque E 6^a A. Email: ramonaroperuelos@gmail.com.

RESUMEN

La tiña capitis es causada por hongos dermatofitos con afinidad por estructuras queratinizadas de la piel y anejos cutáneos. Aunque es común, el Querion de Celso es una variante inflamatoria infrecuente pero más grave, penetrando en los folículos pilosos debido a la hiperreactividad del huésped. Presentamos el caso clínico de un niño de seis años con esta micosis inflamatoria de evolución compleja. A pesar de erradicar el hongo, la curación clínica fue lenta debido al difícil manejo del tratamiento tópico. Actualmente, el paciente presenta una placa alopecica permanente, junto a implicaciones estéticas y psicológicas a considerar en el futuro.

Palabras claves: tiña del cuero cabelludo, alopecia, dermatomicosis, micosis.

ABSTRACT

Tinea capitis is caused by dermatophyte fungi with high affinity for keratinized structures of the skin and its appendages. Although It is a frequent pathology, Celsi Kerion is a rare inflammatory ringworm with severe consequences since it deeply invades the hair follicle causing a host's hyperreaction. We report the clinical case of a 6-year-old boy with an inflammatory dermatophytosis with a torpid evolution. Despite the easy eradication of the fungus, it had a slow clinical cure due to the complicated management of the topical treatment. Our patient currently shows a permanent alopecic plaque, together with the aesthetic and psychological complications to consider in the future.

Key words: tinea capitis, alopecia, dermatomycoses, mycosis.

INTRODUCCIÓN

La tiña capitis es una micosis frecuente y casi exclusiva de la población infantil¹. Producida por hongos dermatofitos: *Microsporum* y *Trichophyton*. Siendo *M. canis* la etiología más frecuente en Europa y cuyo hábitat son los perros y gatos, seguida de *T. mentagrophytes* proveniente de los conejos². Los dermatofitos parasitan exclusivamente estructuras queratinizadas de la piel, pelo y uñas. Clínicamente se dividen en no inflamatorias, las más frecuentes (85%) e inflamatorias (15%)³. El Querion de Celso pertenece a las tiñas inflamatorias, es una de las formas más graves debido a la invasión profunda del cuero cabelludo y a la respuesta celular del huésped⁴. El diagnóstico es clínico y se confirma con el examen del folículo con dermatoscopia, luz de Wood y cultivo del hongo. En las tiñas capitis el tratamiento es sistémico, aunque parece que el tratamiento tópico al inicio disminuye el riesgo de la transmisión a otras personas⁵.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que acude a la consulta de pediatría de Atención Primaria porque desde hace 2 semanas presenta en el cuero cabelludo dos lesiones redondeadas en región interparietal de aspecto séptico. Acompañado de dolor y prurito intenso. El niño tiene una cobaya y dos tortugas. Nadie más de la familia presenta esta patología. En la exploración se aprecian dos placas: una en región interparietal posterior de 4x5 cm y otra en región parietal derecha de 2 x 1,5 cm. Ambas con supuración purulenta con costras blanquecinas adheridas tanto al cuero cabelludo como a los folículos pilosos y acompañado de secreción sanguinolenta (Fig. 1). Se palpa una adenopatía laterocervical derecha de 1 x 2 cm, móvil y dolorosa.

Se pone tratamiento con ketoconazol tópico y se deriva a dermatología para realizar diagnóstico mediante tricoscopia, luz de Wood y recogida de muestra para cultivo. Hasta llegada del resultado se decide en consenso tratar con terbinafina oral y deflazacort por vía oral. Los dermatólogos insisten a la familia en la importancia de eliminar la costra, ya que observan que el niño se opone a cualquier manipulación sobre la lesión. A los 10 días llega el cultivo positivo para *Mycrosporum canis* y se cambia a griseofulvina durante 6 semanas. Se pacta con la familia limpieza y cura diaria por enfermería de Atención Primaria y supervisión semanal por su pediatra ya que las lesiones claramente estaban empeorando.

Tras finalizar el tratamiento oral se repite el cultivo micológico. Las placas tienen mejor aspecto aunque persisten costras blanquecinas. Se añade al tratamiento un queratolítico en gel capilar para descostrar (Figura 2).

Tras la buena evolución de las placas y la negatividad del cultivo se pactan curas a domicilio realizadas por los padres. Al regreso de este periodo, se aprecia aumento de nuevo de las zonas costrosas y al retirarlas se objetiva un tejido de granulación friable y purulento. Por lo que los dermatólogos deciden realizar rebanado y coagulación de la zona de granulación de la placa interparietal bajo anestesia general. Al alta hospitalaria

se reinician curas diarias por enfermería y supervisión estrecha por su pediatra y dermatólogo. Así, finalmente, se consiguió la curación clínica completa de la lesión después de 5 meses, dejando una placa con alopecia permanente de 4x5 cm de tamaño.

DISCUSIÓN

Las tiñas son micosis capaces de producir patología en toda nuestra superficie corporal. La tiña capitis afecta principalmente a niños (97%)¹, el mecanismo no es muy claro, parece que los folículos pilosos de los niños tienen más ácidos grasos, lo que hace que su cuero cabelludo presente un pH menor y con menor capacidad fungicida⁵.

Las tiñas capitis son producidas por hongos: *Mycrosporum* y *Trichophyton*. Según el reservorio de donde provenga el dermatofito se clasifican en antropílicos, zoofílicos y geofílicos². En nuestro paciente se trata de una zoonosis ya que el niño estaba en contacto con un cobaya, siendo *M. canis* más frecuente en perros y gatos. En los últimos años hemos visto un incremento en las tiñas capitis antropílicas, probablemente en relación con la emigración y por el uso de utensilios de peluquería infectados⁶. Las tiñas capitis zoofílicas tiene



Figura 1. Querion de Celso.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.



Figura 2. Placas alopécicas después de 6 semanas de tratamiento.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

poco riesgo de transmisión frente a las antropofílicas que pueden provocar pequeñas epidemias^{3,6}. El Querion de Celso es una tiña inflamatoria poco frecuente mientras que *M. canis* es el hongo más aislado en nuestro país².

La tiña produce un compromiso infeccioso ectotrix por lo que es capaz de destruir la cutícula e invadir el folículo piloso en profundidad. Esto da lugar a una placa pseudo alopécica dolorosa con pústulas con secreción “en espumadera” o “en panel de abeja” como vemos en la figura 1 de nuestro caso⁴.

Para el diagnóstico se utiliza la tricoscopia. Esta es una técnica no invasiva de evaluación del pelo que permite la visualización dermatoscópica de patrones característicos de esta micosis (pelos “en coma”, “en sacacorchos”, “en zigzag”...) y junto a la luz de Wood son métodos útiles para la aproximación diagnóstica. Sin embargo, para la confirmación etiológica necesitamos el cultivo micológico^{2,3}.

Las tiñas capitis deben tratarse siempre por vía oral. Los antifúngicos tópicos no penetran la vaina del pelo², pero disminuyen el riesgo de transmisión en estadios iniciales^{7,8}. En nuestro paciente, se inicia tratamiento con ketoconazol en gel y terbinafina ya que griseofulvina no está disponible en nuestro país y era más fácil su abastecimiento. Una vez conocido el resultado del cultivo, se solicita griseofulvina como medicamento extranjero. Este antifúngico sigue siendo de primera elección. Su mecanismo de acción es fungistático, inhibiendo la síntesis de ácidos nucleicos, impidiendo así la formación de la pared celular^{2,3,6}. Otros como terbinafina e itraconazol aunque más novedosos no parecen disminuir la duración del cuadro. La utilización de corticoides orales o intralesionales no tiene

una evidencia clara^{2,3}, aunque en algunos estudios se indica que disminuirían el componente inflamatorio y la alopecia cicatricial^{5,7}. A nuestro paciente se le trató con deflazacort durante 2 semanas. En la literatura revisada no se da mucha relevancia a las curas tópicas ni al tratamiento del picor y el dolor de este cuadro.

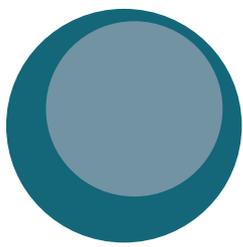
Nos gustaría hacer hincapié en el seguimiento estrecho de la limpieza de las placas así como el uso de ketoconazol o sulfuro de selenio tópico en forma de champú para disminuir las placas. Se debe evitar el prurito con antihistamínicos para disminuir el rascado. En muchos artículos publicados, se recogen casos de Querion de Celso como una de las causas más frecuentes de alopecia definitiva en niños^{9,10}, como también ha sucedido en nuestro paciente. Debemos conocer este cuadro y sus características clínicas y fisiopatológicas para realizar un diagnóstico y un tratamiento precoz para evitar la alopecia cicatricial y sus complicaciones estéticas y psicológicas en los niños.

CONCLUSIONES

Las tiñas capitis son muy frecuentes en los niños. El querion de Celso es menos conocido, por lo que debemos pensar en él para realizar un diagnóstico preciso y evitar fármacos que no aporten utilidad terapéutica. La griseofulvina oral sigue siendo el antifúngico de primera elección, pero también debemos tratar el dolor y el picor. Así como el uso de antimicóticos o queratolíticos tópicos para evitar complicaciones más importantes. La alopecia cicatricial residual que puede provocar este proceso tiene importantes repercusiones clínicas y psicológicas en nuestros pacientes pediátricos.

BIBLIOGRAFÍA

- Vargas-Navia N, Ayala Monroy GA, Franco Rúa C, Malagón Caicedo JP, Rojas Hernández JP. Tiña Capitis en niños [Tinea capitis in children]. Rev. Chil. Pediatr. 2020 Oct; 91(5): 773-783.
- Conejo Fernández, A *et al.* Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. Rev. Pediatr. Aten. Primaria [online]. 2016, vol.18, n.72: 149-172.
- Kovitwanichkanont T, Chong AH. Superficial fungal infections. Aust J Gen Pract. 2019 Oct; 48(10): 706-711.
- Sáiz MS, Uribe LP, Gallardo Martínez A. Querión de Celso [Kerion celsi]. Rev Argent Microbiol. 2012 Apr-Jun; 44(2): 134.
- Friedland R, Sabbah F, Reiss-Huss S, Ben Amitai D. Epidemiologic features and risk of scarring in pediatric patients with kerion celsi. Pediatr Dermatol. 2022 Mar; 39(2): 215-219.
- Gómez Restrepo S, Victoria Chaparro J. Tiña capitis en Niños: Pandemia aún no erradicada. Pediatr. 2022; 55(3): 142-149.
- Arrazola-Guerrero J, Isa-Isa R, Torres-Guerrero E, Arenas R. Tiña de la cabeza: descripción de los hallazgos dermatoscópicos en 37 pacientes [Tinea capitis. Dermoscopic findings in 37 patients]. Rev Iberoam Micol. 2015 Oct-Dec; 32(4): 242-6.
- Vides De La Hoz P, Piccolomini M, Almassio A, Abad E, Larralde M. Tiña capitis por Trichophyton tonsurans en un paciente pediátrico [Tinea capitis by Trichophyton tonsurans in a pediatric patient]. Arch Argent Pediatr. 2022 Aug; 120(4): e192-e196.
- Chiriac A, Birsan C, Mares M, Wollina U. Kerion Celsi durch Microsporum canis [Kerion Celsi due to Microsporum canis infection]. Hautarzt. 2021 Oct; 72(10): 855-859. German.
- Friedland R, Sabbah F, Reiss-Huss S, Ben Amitai D. Epidemiologic features and risk of scarring in pediatric patients with kerion celsi. Pediatr Dermatol. 2022 Mar; 39(2): 215-219.



CASOS CLÍNICOS

3. HEMATOMAS REPENTINOS EN ADOLESCENTE

■ Martín González M.¹, Pineda Torcuato A.¹, Luque García L.¹, De Prada Rodríguez MA.², López Gil A.³

⁽¹⁾ Residentes Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelozones. Madrid.

⁽²⁾ Médico adjunto especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Responsable de CAR Primaria. Responsable de ecografía y deshabituación tabáquica. Centro de Salud Torrelozones. Madrid.

⁽³⁾ Médico adjunto especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Responsable de docencia. Centro de Salud Torrelozones. Madrid.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años con antecedentes personales de migraña crónica en tratamiento preventivo con topiramato 25 mg cada 12 horas. Acude a consulta por aparición repentina de equimosis en encías y labios; así como petequias en miembro superior izquierdo y tronco. A la anamnesis directa refiere cuadro de infección viral respiratoria la semana previa (odinofagia y rinorrea) No refiere sangrado a otros niveles.

A la exploración física: TA 151/101 mmHg FC 90 lpm SatO₂ aa 98% afebril, petequias en región deltoidea izquierda, lesión purpúrica en mucosa yugal derecha, en labio inferior y equimosis en región tibial izquierda (no sabe precisar si secundaria a traumatismo). Resto de exploración completamente normal.

Ante sospecha de trastorno de la coagulación, se envía a urgencias para realización analítica de sangre con hallazgo de trombopenia (2.000 plaquetas) con frotis de sangre periférica sin agregados plaqueta-

rias con plaquetas de morfología normal. Serie roja y blanca normal.

Ingresa a cargo de Hematología con sospecha de trombocitopenia inmune primaria (PTI) probablemente secundaria a proceso infeccioso. Se inicia tratamiento con corticoide a mg/kg/día de peso e inmunoglobulina 0,4 g/kg/día. A las 48 horas buena respuesta a tratamiento con ascenso de cifra de plaquetas > 30.000/uL; es dada de alta tras cumplir tratamiento intravenoso con inmunoglobulinas y corticoide al 5º día de ingreso; al alta resolución completa de lesiones en piel y >100.000/uL plaquetas.

DISCUSIÓN

La trombocitopenia inmune primaria (PTI), (antiguamente conocida como púrpura trombocitopénica idiopática) es una enfermedad autoinmune adquirida con presentación y curso clínico variable. En los últimos años, grupos internacionales de trabajo con-



Figura 1.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

cluyeron que los términos púrpura e idiopática eran inadecuados para definir la enfermedad.¹

Es el trastorno autoinmunitario más común en niños y adolescentes con una incidencia estimada de 0.2-0.4/10.000 habitantes/año.¹

La patogenia de la PTI se basa en un mecanismo de disregulación inmunitaria basado en la destrucción de plaquetas por medio de autoanticuerpos frente a antígenos de la membrana de las mismas.^{2,3}

Las infecciones virales en primer lugar y, las enfermedades autoinmunes o neoplasias linfáticas son alteraciones adquiridas que pueden predisponer al desarrollo de una PTI.¹

CLÍNICA

Las formas de manifestación clínica son diversas: desde pacientes asintomáticos hasta presentarse clínicamente con sangrado por extravasación de sangre en tejido celular subcutáneo o piel en forma de petequias y equimosis, en forma de sangrado activo menor como epistaxis o gingivorragia; pudiendo ocasionar sangrados graves a otros niveles como hemorragia intracraneal o cualquier otra que precise transfusión.³

DIAGNÓSTICO^{1,4,5}

El diagnóstico se establece con un recuento de plaquetas inferior a 100×10^9 /L tras exclusión de otras causas/enfermedades que lo justifiquen, incluyendo un frotis de sangre periférica para excluir la pseudotrombocitopenia por agregados plaquetarios y demás causas.

Las pruebas complementarias recomendadas para el diagnóstico según las últimas guías son:

- Estudio sistemático básico que consta de: hemograma con reticulocitos, extensión de sangre periférica, estudio de coagulación, bioquímica básica en sangre y orina y *dosificación de inmunoglobulinas (descartar inmunodeficiencias)*
- Estudio de autoinmunidad con test de Coombs directo y anticuerpos antinucleares
- Estudios microbiológicos con el fin de descartar infecciones virales como hepatitis B, C e infección por VIH.

Otros estudios a considerar serían el aspirado/biopsia de médula ósea que quedaría reservado para pacientes mayores de 60 años, refractarios a tratamiento de primera línea, previo a esplenectomía

o con hallazgo de alguna peculiaridad en sangre periférica; así como detección de anticuerpos antifosfolípido y antitiroideos, ya que se han descrito asociaciones con otras enfermedades autoinmunes como el lupus, el síndrome antifosfolípido, la enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades tiroideas.¹

Algunos estudios han planteado que la infección por *Helicobacter Pylori* podría influir en el desarrollo de PTI como modulador de la enfermedad y, por lo tanto, que la erradicación del mismo podría ser beneficiosa; sin embargo no es del todo claro que exista tal asociación.^{4,5}

TRATAMIENTO¹

El tratamiento en la PTI se basa en la presencia/ausencia de manifestaciones hemorrágicas y el recuento de plaquetas.

Es fundamental realizar una revisión farmacológica de la medicación consumida por el paciente para suspender toda aquella que facilite el sangrado (antiagregantes, anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos...).

Por lo general, con cifras inferiores a $20-30 \times 10^9$ /L se inicia tratamiento independientemente de la presencia de sangrado y; por otro lado, con recuentos $>50 \times 10^9$ /L no suele estar indicado el tratamiento salvo excepciones (como pueden ser cirugía o necesidad de administrar anticoagulantes a dosis plenas entre otras).

Entre $20-30$ y 50×10^9 /L se recomienda iniciar tratamiento únicamente si hay datos de hemorragia activa.

El tratamiento de primera línea se basa en glucocorticoides asociados o no a inmunoglobulinas intravenosas.

Como corticoides: Prednisona a dosis inicial de 1 mg/kg/día 3 semanas e ir reduciendo progresivamente hasta retirada a un máximo de 8 semanas desde inicio ó Dexametasona 40 mg/día 4 días cada 2 semanas hasta un máximo de 3 ciclos.

En cuanto a las inmunoglobulinas intravenosas deben ser consideradas como único tratamiento de primera línea en pacientes con contraindicaciones importantes para tratamiento con glucocorticoides a dosis altas como diabetes insulín dependiente o mal controlada. A dosis de 1 g/kg como dosis única repetida según sea necesario en función de recuentos de plaquetas posteriores. En pacientes con edad mayor a 65 años se aconseja iniciar 0.4 g/kg 3-5 días. El ascenso de la cifra de plaquetas suele objetivarse en las primeras

24-48 horas hasta en el 85% de los pacientes; sin embargo, suele ser transitorio y no durar más de 4 semanas.

Los efectos secundarios más comunes de las inmunoglobulinas parenterales son: cefalea, artralgias, escalofríos y dolores de espalda.

La transfusión de plaquetas no está indicada por lo general salvo que exista riesgo vital.

Tratamientos de segunda línea se han planteado en primer lugar la administración de agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPO-RA)

Si la terapia con TPO-RA no fuese eficaz se podría recurrir al empleo de otros agentes como el rituximab (anti CD20), el fostamatinib (inhibidor de cinasa Syk) y, por último la estrategia quirúrgica con esplenectomía.

SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO^{1,2,3}

Se debe realizar un seguimiento estrecho de pacientes con PTI, teniendo en cuenta no solo el recuento plaquetario, si no también otros factores que favorecen la aparición de sangrados como la toma de medicación, cirugía reciente, traumatismo grave en días previos, comorbilidades...

Por norma general, se aconseja el ingreso hospitalario en todo paciente con cifras de plaquetas inferiores a 20×10^9 /L para tratamiento intravenoso.

En la infancia la mayoría de los niños conseguirán remisión espontánea con cifras por encima de 100×10^9 /L plaquetas, sin embargo, en edad adulta se estima que únicamente $\frac{1}{3}$ de los casos remitan sin medicación o tras la suspensión de la misma.

En torno a un 10% de los pacientes con PTI desarrollarán otro trastorno autoinmune (como por ejemplo lupus eritematoso sistémico o tiroiditis) o hematológico (como leucemia linfática crónica) durante su seguimiento.

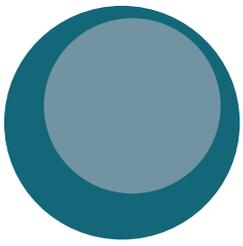
Las tasas de mortalidad por sangrado vital se desconocen en la actualidad debido al impacto de los cambios terapéuticos en la última década (previamente oscilaba entre 0% en infancia y el 13% en mayores de 65 años).

CONCLUSIONES

- La trombocitopenia inmune primaria es una entidad multifactorial, autoinmune adquirida de curso y evolución variable.
- Es imprescindible realizar una historia clínica (interrogando sobre medicación habitual y fenómenos hemorrágicos a cualquier nivel) y exploración física detallada.
- El diagnóstico es de exclusión y se basa en el recuento plaquetario.
- La primera línea de tratamiento la constituyen los glucocorticoides asociados o no a inmunoglobulinas intravenosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lozano ML, Universitario H, Meseguer M, Fe L, De Diagnóstico D. Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento [Internet]. Gepti.es. [citado el 10 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.gepti.es/images/stories/recursos/2022/02/GUIA-PTI-2021.pdf>
2. Beléndez C, Cela E, Galarón P. Tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática. An Pediatr Contin [Internet]. 2009 [citado el 10 de enero de 2023]; 7(3): 156–60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatría-continuada-51-articulo-tratamiento-purpura-trombocitopenica-idiopatica-S1696281809711205>
3. García-Stivalet LA, Muñoz-Flores A, Montiel-Jarquín Alvaro Jose, Barragon-Hervella RG, Bejarano-Huertas R, García-Carrasco M, *et al.* Análisis de 200 casos clínicos de púrpura trombocitopénica idiopática. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado el 10 de enero de 2023]; 52(3): 322–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49690>
4. Nina García NM, Peredo Linares G. Púrpura trombocitopénica inmune secundaria a infección por *Helicobacter pylori*. Gac médica boliv [Internet]. 2018 [citado el 10 de enero de 2023]; 41(2): 37–42. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000200009
5. Stasi R, Sarpatwari A, Segal JB, Osborn J, Evangelista ML, Cooper N, *et al.* Effects of eradication of *Helicobacter pylori* infection in patients with immune thrombocytopenic purpura: a systematic review. Blood [Internet]. 2009 [citado el 10 de enero de 2023]; 113(6): 1231–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18945961/>



CASOS CLÍNICOS

4. BAROTRAUMATISMO: MANEJO Y PREVENCIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

■ Ramos Pérez A.^a, Rodríguez Sanjuan M.I.^b, Viñal González M.^c

^(a) Médica en Centro de Salud de Guadarrama.

^(b) Médica en Centro de Salud Argüelles

^(c) Médico adjunta del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

^a Médica en Centro de Salud de Guadarrama (C/ Reyes Católicos, 2. 28440. Guadarrama, Madrid). Autor de correspondencia: aramosperez@salud.madrid.org

^b Médica en Centro de Salud Argüelles (C/ Quintana, 11. 28008, Madrid, Madrid)

^c Médico adjunta del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con otalgia bilateral tras haber practicado buceo previamente, por lo que se sospecha de posibilidad de barotraumatismo.

El barotraumatismo acontece con los cambios en la presión ambiental afectando a la cavidad auditiva, ya sea por aumento o descenso de la presión ambiental externa, a través de la trompa de Eustaquio ya sea por un cambio brusco que no permita una adaptación progresiva o por patología que impida un correcto funcionamiento de este sistema de compensación.

Existen maniobras de prevención que permiten igualar la presión de la cavidad auditiva a la externa, como tragar saliva, masticar chicle o bostezar.

A través de la clasificación de Hainer y Harris podemos establecer su gravedad y el tratamiento más adecuado.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 20 años que acudió al servicio de Urgencias refiriendo otalgia bilateral tras haber practicado buceo hacía 72h, con descenso hasta los 20 metros, y ascenso sin parada de seguridad.

Desde entonces refiere otalgia bilateral, de mayor intensidad en el lado derecho, lado donde además asocia hipoacusia y otorrea de tipo seroso.

El paciente no presente antecedentes personales de interés.

Durante la exploración física se realiza otoscopia:

- Izquierda: conducto auditivo externo (CAE) eritematoso; membrana timpánica parcialmente visible, indemne la parte visualizada.

- Derecha: CAE eritematoso e inflamado, membrana timpánica húmeda con perforación a nivel postero-inferior, sin supuración.

Por lo que el juicio clínico se trata de una perforación timpánica derecha asociada a barotraumatismo.

El paciente inicia corticoterapia oral en pauta descendente con amoxicilina oral, y se remite a consultas de Otorrinolaringología para valoración. Donde se realiza audiometría con resultado de normoacusia en oído izquierdo y, en oído derecho hipoacusia conductiva con umbral de vía aérea a 45 decibelios (dB), vía ósea normal. Manteniéndose en revisión en consultas de Otorrinolaringología para valorar evolución.

REVISIÓN

El barotraumatismo es una dolencia que se produce por la despresurización de los oídos debido a un cambio en la presión ambiental afectando a las cavidades aéreas del organismo, sobre todo los oídos. Se produce cuando la presión exterior aumenta haciendo que el volumen de aire contenido en la cavidad disminuye, o a la inversa, cuando la presión ambiental disminuye provocando que el aire se expanda^{1,3,4}.

Cuando afecta al aparato auditivo puede ser porque este se encuentre afectado ya de base, es decir, la trompa de Eustaquio (encargada de compensar dichos cambios de presión) no funciona de manera correcta, como puede ser en caso de inflamación de la mucosa nasal (infecciones respiratorias de vías altas, rinitis aguda/crónica, rinosinusitis). O puede ser porque el cambio de presión sea tan brusco que la trompa de Eustaquio, normofuncionante, no sea capaz de compensar dicha variación entre el oído medio (OM) y la rinofaringe, produciendo así el barotrauma. Estas variaciones de presión suceden sobre todo en las actividades subacuáticas como son el submarinismo.

mo, aunque también ocurren en el ascenso/descenso de puertos de montaña, viajar en avión (más en aterrizajes de emergencia), paracaidismo y viajes en tren. En este caso los cambios bruscos se producen entre el conducto auditivo externo (CAE), donde interviene la presión atmosférica/externa, y la presión de aire contenida en la caja timpánica^{2,3}.

Existen factores de riesgo que favorecen su aparición: infecciones que afectan al tracto respiratorio superior, malformaciones congénitas o adquiridas (desviación del tabique nasal), hipertrofia de cornetes nasales, sinusopatías, obstrucción tubárica, esclerosis timpánica o de la cadena de huesecillos¹⁻³.

La sintomatología varía desde sensación de taponamiento de oído autolimitado, autofonía, acúfenos en los casos más leves, hasta intensa otalgia, otorragia (debido al trauma que rompe membrana timpánica e incluso la cadena de huesecillos), hipoacusia e incluso mareos con síncope en los casos más severo. La hipoacusia que se genera en estos casos es de tipo conductiva o de transmisión, es decir, el oído medio se encuentra dañado frenando el paso de las ondas sonoras al oído interno, afectándose de manera uniforme todas las frecuencias de sonido. A diferencia de la hipoacusia neurosensorial o de percepción, donde lo que se afecta es el oído interno y/o el nervio auditivo, siendo irreversible y afectando de manera no homogénea a las frecuencias auditivas. Sin embargo, si el alcance de la lesión es muy grande puede afectar a la ventana oval y/o la ventana redonda, generando una hipoacusia de tipo mixto, afectando no sólo oído medio si no oído interno, juntando ambas hipoacusias. En la evaluación debemos realizar otoscopia, timpanometría para evaluar la función tubárica, y audiometría para conocer cuál es el umbral auditivo³⁻⁵.

La mejor manera de tratar esta patología es la prevención mediante la aplicación de sencillas maniobras

que ayudan al sistema auditivo a acomodarse y regular dichos cambios de presión antes de que se produzca el factor desencadenante. Estas maniobras pueden ser sencillas como tragar saliva, masticar chicle o el propio bostezo, hasta más específicas como son: maniobras de Tonybee, la cual consiste en pinzar la nariz y tragar saliva, provocando una despresurización durante el proceso de ascenso de presión; maniobras de Valsalva como puede ser inspirar aire por la boca, pinzar la nariz y mantener la boca cerrada e intentar expulsar el aire retenido intentando vencer resistencia para así hacer que el aire se escape por las trompas de Eustaquio igualando presiones; por último, maniobras de Frelzel, consiste en efectuar una inspiración, tras la cual tapamos la nariz y tratamos de emitir una "K" sin dejar escapar el aire, así conseguimos la elevación posterior de la lengua contra el paladar y movemos la musculatura fonadora provocando un movimiento que activa la función de la trompa de Eustaquio².

En el caso concreto del buceo, la Asociación Española de Actividades Subacuáticas (FEDAS) utiliza unas tablas donde se establecen las paradas de seguridad y los minutos de duración de cada una de ellas, en función de la profundidad alcanzada. (Tabla 1)

La clasificación de Hainer y Harris clasifica el barotrauma según su intensidad y el tratamiento recomendado en cada caso. (Tabla 2)⁵

La clasificación de Hainer y Harris clasifica el barotrauma según su intensidad y el tratamiento recomendado en cada caso. (Tabla 2)

El tratamiento recomendado en casos de barotrauma leve son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) descongestionantes nasales así como antihistamínicos y pauta corta de corticoides para disminuir la congestión nasal y la inflamación del oído, permitiendo

Tabla 1. Extracto de tabla de "Inmersión de descompresión con aire de FEDAS"

Ejemplo para nuestro caso clínico: para una inmersión a -21m durante 60 min., es preciso ascender hasta los -6m durante 2 min., permaneciendo a dicha profundidad 14 min.; y ascender los 6m restantes a la superficie en 1 min.; por lo que el ascenso debería prolongarse 17 min., y la inmersión 77 min.

Profundidad (m)	Tiempo en el fondo (min.)	Tiempo 1ª parada (min.)	Paradas de descompresión (min)				Tiempo total ascenso (min.)	Tiempo total de inmersión (min.)
			15 m	12 m	9 m	6 m		
21	48	3	-	-	-	-	3	51
	50	2	-	-	-	2	5	55
	55	2	-	-	-	9	12	67
	60	2	-	-	-	14	17	77
	70	2	-	-	-	24	27	97
	80	2	-	-	-	44	47	127
	90	2	-	-	-	64	67	157
	100	2	-	-	-	88	91	191

Tabla 2. Clasificación de Hainer y Harris de gravedad del barotraumatismo y su tratamiento correspondiente⁵.

	Hallazgos	Tratamiento
Grado I	Eritema localizado en la impronta del mango del martillo	AINES Vasoconstrictores tópicos Corticoides tópicos o Corticoide oral pauta corta (no AINES)
Grado II	Tímpano retraído e hiperémico	
Grado III	Efusión hemorrágica	Grado I-II ± antibiótico tópico
Grado IV	Ocupación senos ± hemotímpano	Grado I-II ± antibiótico oral Valorar timpanocentesis (tubo de drenaje)
Grado V	Perforación timpánica	Grado IV Valorar mirinogoplastia
Grado VI	Hipoacusia neurosensorial / afectación oído interno	Grado IV Valorar cirugía exploradora y reparadora

que la trompa de Eustaquio sea permeable y equilibre de nuevo la diferencia de presiones. En general los descongestivos más utilizados son oximetazolina 0,05%, 2 inhalaciones en cada narina, dos veces al día durante 3 a 5 días; o pseudoefedrina 30 a 60 mg por vía oral 2 a 4 veces al día hasta un máximo de 240 mg/día durante 3 a 5 días. En caso de afectación moderada, se podrá añadir a lo anterior tratamiento antibiótico tópico como por ejemplo ciprofloxacino ótico 4-6 gotas cada 6-8 horas durante 7 días^{1,4,5}.

Cuando el barotrauma es grave, se debe recurrir a antiinflamatorios, AINES y/o corticoides en pauta larga descendente, combinados con antibióticos para evitar infección del oído. Como puede ser Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 12 horas durante 10 días, Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 10 días, Trimetoprima/sulfametoxazol 800/160 mg 1 comprimido por vía oral cada 12 horas durante 10 días, añadiendo pauta de prednisona 60 mg por vía oral 1 vez al día durante 6 días, con reducción progresiva de la dosis durante 7 a 10 días^{4,5}.

En casos que el tratamiento farmacológico no haya sido suficiente, se recurre al quirúrgico mediante la

colocación de tubos de drenaje del tímpano, y sólo en determinadas situaciones se realiza una miringotomía, que consiste en realizar una pequeña incisión en el tímpano para igualar presiones y drenar el líquido contenido^{4,5}.

CONCLUSIONES

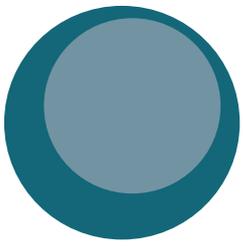
El barotraumatismo se produce por cambios de presión bruscos entre el CAE y el oído medio, con una clínica que va desde sensación de taponamiento a acúfenos, hipoacusia y otorragia en los casos más graves. Las pruebas de elección son otoscopia, timpanometría y audiometría.

Es posible disminuir el riesgo de barotrauma con las maniobras específicas, y a veces, mediante el uso profiláctico de descongestionantes nasales ante situaciones de riesgo como volar o en el buceo.

El tratamiento se basa en descongestionantes, AINES, corticoides y antibioterapia profiláctica en función del grado de afectación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. ¿Qué es el barotraumatismo y cómo evitarlo? [Internet]. 2020 [citado 14 Octubre 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/barotraumatismo-como-evitarlo/>
2. Hernaiz Navas A, Muñoz Salgado M, Morán Moreno A. Barotraumatismo del piloto. ¿Puede ayudar la logopedia en estos casos? Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología): Serie Logopedia. 2016;8(2):1-11.
3. Pérez Delgado L, Herrera Tolosana S, Fraile Rodrigo JJ. Traumatismos del oído. Heridas. Conmoción laberíntica. Fracturas del hueso temporal. Secuelas. [Internet]. Libro virtual de formación en ORL. 2014. [citado 14 Octubre 2022]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Otologia/022%20-%20TRAUMATISMOS%20DEL%20O%20C%3%8BDDO.%20HERIDAS.%20CONMOCION%20C%3%93N%20LABER%20C%3%8DNTICA.%20FRACTURAS%20DEL%20HUESO%20TEMPORAL.%20SECUELAS.pdf>
4. Moon R. Barotraumatismo ótico y sinusal. [Internet]. Manual MSD. 2019. [citado 14 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/lesiones-relacionadas-con-el-buceo-y-los-trabajos-con-aire-comprimido/barotraumatismo-%20C%3%B3tico-y-sinusal?query=Barotrauma>
5. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Barotrauma del Oído Medio en el Primer Nivel en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.



CASOS CLÍNICOS

5. LESIONES CUTÁNEAS “EN ÁRBOL DE NAVIDAD”, UN CASO DE PITIRIASIS ROSADA

■ Martín González, M.^a, Pineda Torcuato, A.^a, De Prada Rodríguez, MA.^b

^(a) Residentes Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelozanes. Madrid

^(b) Médico adjunto especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Responsable de ecografía y deshabituación tabáquica. Grupo CARprimaria. Centro de Salud Torrelozanes. Madrid.

CASO CLÍNICO

Escolar de 10 años, sin antecedentes personales de interés ni reacciones alérgicas conocidas; que acude a urgencias extrahospitalarias por lesiones cutáneas en tronco y espalda de 10 días de evolución.

A la anamnesis directa refiere prurito intenso de las mismas y aparición progresiva de mayor número de lesiones a lo largo de los días. No relaciona claro desencadenante. No infecciones recientes. No instauración de nuevos tratamientos, tampoco nuevos productos cosméticos. No vacunación reciente.

La madre de la paciente refiere inicio del cuadro con aparición súbita de dos lesiones en tronco y, posteriormente aparición del resto de lesiones por tronco, espalda, incluso miembros superiores.

En la exploración física se objetivan numerosas placas redondeadas con borde eritematoso y centro algo más claro distribuidas de forma asimétrica en tronco y tercio superior de la espalda. La mayor de ellas de 1.5 cm de diámetro máximo localizada en hipocondrio izquierdo.

Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

DISCUSIÓN

La pitiriasis rosada (PR) es una erupción benigna y autolimitada en forma de exantema agudo. Se trata de una entidad de etiología desconocida con topografía y lesiones características cuyo diagnóstico es meramente clínico¹.

Se conoce también con el nombre de pitiriasis de Gibert ya que fue descrita por el francés Camille Gibert en el año 1860².

La incidencia de la PR es del 0,5% al 2%, afectando principalmente a individuos entre los 10 y los 35 años de edad³.

Siendo ligeramente más común en mujeres durante los meses fríos (otoño e invierno)².

La etiología es desconocida. Sin embargo, existen factores clínicos que sugieren origen infeccioso ya que en la mayoría de los pacientes (alrededor del 70% de los casos) se asocian síntomas prodrómicos respiratorios de infecciones de vías aéreas superiores².

Se ha descrito la asociación de pitiriasis rosada con los virus herpes tipo 6 y 7¹.

Clínicamente la forma típica, cursa con la aparición de una lesión asalmonada bien delimitada de tamaño entre 1 y 10 cm con fina descamación en bordes situada generalmente en cuello o tronco, denominado medallón heráldico.

A continuación, entre los 4 y los 15 días posteriores a la aparición del medallón heráldico, aparece una erupción cutánea con lesiones múltiples ovaladas bilaterales simétricas descamativas similares al medallón heráldico pero de menor dimensión que siguen las líneas de tensión tegumentaria en patrón tipo “árbol de Navidad”¹⁻³.

Las lesiones desaparecen de manera espontánea en un plazo de 6 a 8 semanas³.

Se han descrito diversas variantes morfológicas y clínicas que constituyen entre un 10-20% de los casos (según diferentes series) de presentación de pitiriasis rosada como son²:

- **PR inversa:** en pediatría con lesiones situadas en cara, pliegues corporales y parte distal de miembros.
- **PR unilateral:** sin atravesar la línea media del cuerpo.
- **PR circinada de Vidal:** en adultos, placas de gran tamaño que tienden a agruparse en axilas y pliegue inguinal.
- **PR por medicamentos:** se han publicado casos en probable relación con barbitúricos, captopril,

penicilmanina, isotretinoína, metronidazol y omeprazol entre otros (si bien su asociación no está confirmada)

- **PR en cavidad oral:** lesiones vesiculosas, ampollosas y ulceradas en lengua y mucosa yugal.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, ante lesión única seguida de aparición brusca de numerosas lesiones, con o sin síntomas respiratorios prodrómicos.

Es fundamental una correcta anamnesis, la sospecha clínica y la exploración física inicial para orientar el diagnóstico^{1,2}.

Las biopsias cutáneas, los análisis de laboratorio y los cultivos de piel afecta no han mostrado alteraciones significativas y; por lo tanto, no se aconsejan de forma sistemática; salvo que se sospeche posible sobreinfección de lesiones cutáneas^{1,2}.

Debe realizarse diagnóstico diferencial con entidades que cursan con placas anulares y descamación como: tiña, eccema numular, exantema morbiliforme por fármacos y la sífilis secundaria².

Al tratarse de una enfermedad exantemática auto-limitada, no precisa tratamiento específico. Éste irá dirigido al control sintomático del prurito con anti-histamínicos y tratamiento tópico con emolientes y corticoides tópicos de baja potencia.

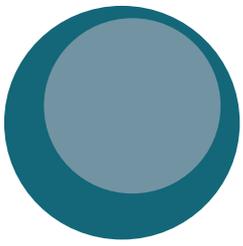
Los macrólidos (eritromicina) y el Aciclovir han sido descritos y empleados para disminuir la extensión y la duración de las lesiones; sin embargo, no han demostrado beneficios significativos^{3,4}.

En la actualidad, la terapia ultravioleta B está siendo utilizada en el tratamiento de la enfermedad³.

Las recurrencias de la pitiriasis rosada son infrecuentes, según publicaciones se estima que alrededor de un 2% en 5 años próximos a partir del diagnóstico⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Pityriasis Rosea: An updated review. *Curr Pediatr Rev* [Internet]. 2021 [citado el 28 de marzo de 2023]; 17(3): 201–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32964824/>
2. Pérez-Elizondo AD, Ortiz Ortega L, Contreras-Guzmán C. Pitiriasis rosada de Gibert: una breve revisión de un exantema común. *Archivos de investigación materno infantil*. Vol. VII, nº 1. Enero-abril 2015. Páginas 27-29.
3. Litchman G, Nair PA, Le JK. Pityriasis Rosea. 2023 [citado el 28 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846360/>
4. Guerrero-Zulueta A, Bernal-Gómez BM, Castro-Guerrero JS, Gómez-Castellanos JS, Rebellón-Sánchez DE. Pitiriasis Rosada de Gibert. *Aten. Fam.* [Internet]. 2015 [citado el 28 de marzo de 2023]; 22(2): 62. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-pitiriasis-rosada-gibert-S1405887116300517>
5. Casaní Martínez C. Pitiriasis rosada recurrente [Internet]. *Pap.es*. 2006 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://pap.es/files/1116-606-pdf/631.pdf>



CASOS CLÍNICOS

6. HIPERURICEMIA Y GOTA. REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

■ Díaz Canales, Tamara^a, Ramos Pérez, Alicia^b

^(a) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. El Espinillo. Hospital 12 de Octubre.

^(b) Médico Adjunta Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. Guadarrama.

INTRODUCCIÓN

La hiperuricemia se define como los niveles plasmáticos superiores a 7 mg/dL. Cuando estos niveles se mantienen de forma prolongada podemos ver episodios agudos de monoartritis por depósito de cristales de urato: gota.

A continuación, se presenta un caso clínico de un paciente con un episodio gotoso de larga evolución y su manejo específico. A propósito del caso, se realiza una revisión con métodos diagnósticos cada vez más accesibles desde la consulta de Atención Primaria, como es la ecografía, para evitar situaciones similares; además de una revisión del tratamiento tanto de la hiperuricemia como del episodio agudo de gota.

Palabras clave: gota, hiperuricemia.

EXPOSICIÓN

Se trata de un varón de 51 años, bebedor ocasional, sin otros antecedentes de interés. Acudió a urgencias por un cuadro de edema y dolor de tobillo derecho, de 3 meses de evolución, que se relacionó con una caída, al inicio del episodio. Había acudido hasta en 3 ocasiones a urgencias hospitalarias en los últimos 2 meses, con un diagnóstico de “esguince crónico de tobillo derecho” con radiografía sin hallazgos patológicos.

El paciente refería un empeoramiento progresivo del cuadro, necesitando desde hace 12 días uso de muletas para la deambulaci3n, coincidiendo con la toma de alopurinol por la recomendaci3n de un conocido.

A la exploraci3n f3sica destacaba importante edema sin f3vea hasta tercio medio de la pierna, tobillo y pie derecho, con aumento de temperatura, sin eritema. Limitaci3n importante para movilidad. Sin hallazgos anal3ticos, ni radiol3gicos.

Ante la sospecha de ataque agudo de gota, dado el empeoramiento cl3nico tras la toma de alopurinol en una crisis, junto con edema, aumento de temperatura, larga evoluci3n del cuadro, sin hallazgos radiol3gicos, se decidi3 realizar interconsulta a Reumatolog3a.

Tras dicha valoraci3n, se le realiz3 ecograf3a de tobillo derecho: “se objetiva imagen de doble contorno en articulaci3n tibioastragalina y 1º MTF derecha e imagen de *bola de nieve* en articulaci3n tibioastragalina compatibles con artritis gotosa”.

Se instaur3 tratamiento con antiinflamatorios (dexketoprofeno) y colchicina 1 mg/24 h; no se realizaron cambios del alopurinol ya iniciado.

REVISI3N

La gota es una enfermedad producida por el dep3sito de cristales de urato monos3dico (UMS) en zonas articulares, peri-articulares y subcut3neas. Los cristales de UMS son reconocidos por el sistema inmune nativo induciendo inflamaci3n tras la producci3n de IL-1 por los macr3fagos.¹

Se trata de un proceso cr3nico, aunque sus manifestaciones cl3nicas pueden no estar presentes o aparecer de forma intermitente durante las fases iniciales. La manifestaci3n cl3nica t3pica son los episodios recurrentes de artritis aguda, que aparecen separados por periodos inter-cr3ticos de duraci3n variable. En la mitad de los casos se localiza en la articulaci3n metatarsofal3ngica del primer dedo del pie (podagra). Adem3s de en otras articulaciones y bursas o incluso tendones. En ocasiones, la gota comienza con inflamaci3n simult3nea en m3s de una articulaci3n².

El dep3sito de cristales de UMS est3 condicionado por la existencia de hiperuricemia mantenida. Puede no existir correlaci3n entre la magnitud del dep3sito de cristales y la intensidad de los s3ntomas³. Sin tratamiento hipouricemiante adecuado, la frecuencia de los episodios de artritis y el n3mero de articulaciones

afectadas es cada vez mayor. Los síntomas pueden mantenerse incluso durante los periodos inter-críticos y la inflamación puede llegar a ser persistente (gota con manifestaciones inflamatorias crónicas) ocasionando dolor continuo articular y limitación funcional². También pueden desarrollar acúmulos de cristales de UMS denominados tofos².

HIPERURICEMIA

Es una condición necesaria (aunque no suficiente) para la aparición de gota. Se define como la presencia de una concentración plasmática de urato superior a 7 mg/dL ya que, en condiciones fisiológicas, el umbral de saturación se sitúa en 6,8 mg/dL². Las cifras séricas de ácido úrico aumentan por dos posibles mecanismos: 1) disminución del aclaramiento renal de ácido úrico, que es el mecanismo habitual y 2) aumento de la síntesis, que suele acompañarse de excreción renal aumentada y mayor incidencia de nefrolitiasis¹.

Por otra parte, se ha definido la hiperuricemia asintomática como la presencia de concentraciones séricas elevadas de urato en ausencia de manifestaciones clínicas, aunque pueden presentar inflamación articular detectada por ecografía².

EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia es mayor en hombres y en mujeres postmenopáusicas^{1,2}. En cuanto a la prevalencia oscila enormemente entre países con un valor promedio del 1-2% en los países occidentales². En la **Tabla 1** se desarrollan posibles factores de riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se plantea en general con otras monoartritis u oligoartritis agudas, sobre todo si cursan con inflamación importante. También puede plantearse con problemas articulares no inflamatorios, como artrosis e incluso afecciones dolorosas extraarticulares o hemartrosis¹.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. El empleo de técnicas de imagen puede incluir la radiografía simple, la tomografía computarizada (TAC), o la resonancia nuclear magnética (RMN), aunque no se recomienda, y de precisar alguna técnica sería de elección la ecografía².

En la **radiografía simple** los hallazgos que podemos encontrar son:

- Erosiones marginales y excéntricas en localización periarticulares con bordes esclerosos (“en sacabocados” **Fig 1**)⁴.
- Masas de partes blandas (“tofos” **Fig.1**). La presencia de calcificación asociada con el tofo puede sugerir alteraciones concomitantes en el metabolismo del calcio⁴.

La **ecografía** ayuda al diagnóstico de la gota. La punción eco-dirigida facilita la obtención de líquido u otras muestras para establecer el diagnóstico². El hallazgo de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial o en material obtenido de tofos es diagnóstico y patognomónico de gota^{1,2}.

Se han descrito diferentes lesiones ecográficas elementales asociadas al diagnóstico de gota. Probablemente la más útil y específica es el “**signo del doble contorno**” (**Fig. 2**) (refuerzo hiperecoico de la superficie del cartílago hialino debido a la reflexión del ultrasonido al incidir sobre los depósitos de cristales de UMS, un fenómeno físico que hace que los depósitos de urato se visualicen como un aumento de la interfase superficial del cartílago hasta alcanzar un grosor similar al del hueso subcondral)⁴. El segundo signo o lesión elemental de mayor utilidad son las **áreas hiperecoicas** que corresponden a agregados flotantes de cristales de urato monosódico (microtofos “**tormenta de nieve**” **Fig. 2**). También las **erosiones**, son lesiones características. La ecografía ha demostrado ser tres veces más sensible que la radiografía simple para la detección de erosiones inferiores a 2 mm^{4,5}.

La utilidad de las **pruebas de laboratorio** en la gota varía en función de las distintas fases de la enfermedad.

Tabla 1. Factores de riesgo de gota. Se muestran los elementos que se han barajado como posibles factores de riesgo o de protección de gota

Riesgo alto	Riesgo incierto	Posible factor protector
Dietas ricas en purinas de origen animal	Dietas ricas en purinas de origen vegetal	Lácteos
Alcohol		Cerezas
Diuréticos	Leche en polvo	Vitamina C
Ciclosporina en trasplantados		Café, incluido descafeinado

Tabla elaborada por los autores.

En los episodios recurrentes de inflamación aguda las determinaciones analíticas permiten el diagnóstico del proceso y de sus comorbilidades, mientras que en los periodos interepisódicos y de enfermedad crónica, facilitan la evaluación diagnóstica y el seguimiento correcto².

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es la disolución de los cristales de UMS mediante la reducción los niveles de urato en sangre. La uricemia debe alcanzar niveles inferiores a 6,0 mg/dL¹.

Se deben plantear **cambios en el estilo de vida**, y si se precisase, tratamiento farmacológico para reducir la uricemia tras el diagnóstico de la gota².

Los **fármacos reductores de la uricemia** disponibles son alopurinol, febuxostat y benzbromarona. Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico, en pacientes que no han conseguido el objetivo terapéutico con medidas higiénico dietéticas y que persisten con cifras por encima de 9-10 mg/dL, incluso antes de padecer un ataque agudo de gota¹.

DISMINUCIÓN DE LA SÍNTESIS DE ÁCIDO ÚRICO

- **Alopurinol:** Disminuye la cantidad de ácido úrico formado, ya que trata de un sustrato de la enzima xantinaoxidasa, que lo transforma en oxipurinol. Es un fármaco casi siempre eficaz y habitualmente bien tolerado. Interfiere en el metabolismo de la azatioprina y la 6-mercaptopurina, con las que no se debe usar. Por motivos de eficiencia, se recomienda la prescripción inicial de alopurinol hasta alcanzar objetivo terapéutico o dosis máximas toleradas o aprobadas. Debe comenzarse con una dosis de 50 o 100 mg/día para escalar cada 10 días si fuese necesario. No iniciar nunca durante el ataque agudo, esperar 3 semanas¹.
- **Febuxostat:** Su mecanismo de acción es similar al alopurinol y sus indicaciones las mismas. Está indicado en aquellos pacientes con intolerancia al alopurinol, y por su metabolismo hepático parece especialmente indicado cuando existe mala función renal. Se administra a 80 mg/24 horas. Después de 2-4 semanas y si el ácido úrico persiste en cifras mayores a 6 mg/dl podría aumentarse la dosis hasta 120 mg/24h¹.
- **Benzbromarona:** La benzbromarona (50-150 mg/día) es un fármaco de uso restringido. Reduce la uricemia al aumentar el aclaramiento renal de ácido úrico. Ha quedado disponible para su utilización en pacientes refractarios al alopurinol, por toxicidad de éste o en pacientes trasplantados que requieran uso concomitante de azatioprina¹.



Figura 1. Rx simple AP del pie derecho con aumento de partes blandas en el aspecto peroneal del mediopie, en relación con tofo gotoso (flechas naranjas). Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

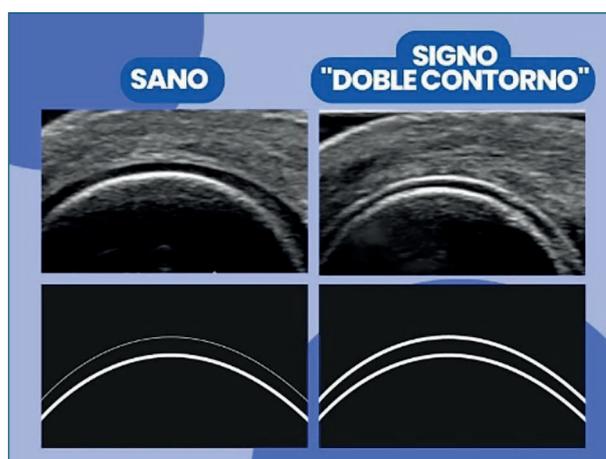


Figura 2. Corte longitudinal donde se observa el signo de la doble línea. El depósito se localiza claramente sobre la superficie condrosinovial. Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

TRATAMIENTO DE LA INFLAMACIÓN ARTICULAR

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** Se recomienda utilizar dosis máximas inicialmente en ausencia de contraindicaciones¹.
- Los **COXIB** pueden considerarse una alternativa a los AINE tradicionales en pacientes con riesgo digestivo alto o medio¹.
- **Corticoides:** se recomienda en pacientes con contraindicaciones para los AINE/COXIB. La administración puede realizarse incluso mediante inyección intraarticular¹.
- **Colchicina:** fármaco con estrecho margen terapéutico. Sus efectos secundarios son dosis dependiente (diarrea, náuseas, vómitos, depresión de la médula ósea). La dosis inicial es de 1 mg al día. Continuar hasta 4 días seguidos, sin superar la dosis total acumulada de 6 mg.^{1,6}
- Los fármacos biológicos **anakinra y canakinumab** también han demostrado gran eficacia en situaciones de no respuesta.¹

PREVENCIÓN DE LOS ATAQUES DE GOTA (PROFILAXIS)

El tratamiento preventivo de gota debe ser siempre acompañado de tratamiento hipouricemiente eficaz. El descenso de uratos en sangre puede ser un factor desencadenante de episodios agudos de inflamación. La administración de 0,5-1 mg/día de colchicina (o 0,5 mg a días alternos en los que no la toleran diariamente) disminuye esa ligera inflamación, haciéndola más estable.¹

La colchicina no influye en la concentración de ácido úrico ni en la precipitación de cristales de urato monosódico en las articulaciones o la formación de tofos, pero permite mantener a los pacientes libres de síntomas mientras se instauran tratamientos destinados a reducir la uricemia y disolver los cristales ya depositados. Cuando no se tolera, o resulta insuficiente a dosis toleradas, puede obtenerse idéntico efecto con dosis pequeñas diarias de AINE (como indometacina, 25 mg/día, o naproxeno, 250-500 mg/día)⁶.

CONCLUSIONES

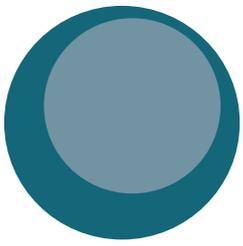
La gota es una patología frecuente, cuyo principal factor de riesgo es la hiperuricemia. El pie y el tobillo son lugares comunes de depósito de cristales de urato monosódico, aunque la aparición más característica continúa siendo la podagra⁷. En todos los pacientes con gota debe evaluarse tanto la etiología como el mecanismo inductor de la hiperuricemia. La evaluación específica de los pacientes con gota incluye el nivel sérico de urato, la frecuencia e intensidad de los ataques, la presencia de tofos, el dolor, la calidad de vida, la capacidad funcional, y la valoración general del estado de salud².

Es importante destacar el papel fundamental de la ecografía, ya que a pesar de tratarse de un diagnóstico clínico, es patognomónico la visualización de cristales en líquido sinovial^{1,4,5}.

El inicio de tratamiento adecuado tanto antiinflamatorio como preventivo con colchicina, y finalmente, una vez resuelto el ataque, iniciar hipouricemiantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borstnar CR, Cardellach F. Farreras Rozman, Medicina Interna. Elsevier; 2020.
2. Grupo de trabajo de la GuipClinGot Reumatología SE. Guía de práctica clínica para el manejo de la gota. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2013.
3. Grupo de trabajo de la GuipClinGot. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2020.
4. Bustos Fiore, A., González Vázquez, M., Mera Fernandez, D., Villanueva Campos, A., Utrera Pérez, E., & Costas Alvarez, M. (2018). Importancia de las técnicas de imagen para el diagnóstico de la gota. Seram. Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1284>
5. M.J. Audisio *et al.* Ultrasonografía musculoesquelética: su utilidad en osteoartritis y artropatías microcristalinas. Rev Arg Reumatol. 2013; 24(1): 36-42.
6. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria. Julio 2022.
7. Bernal J.A, García-Campos J, Marco-Lledó J, Andrés M. Gouty Involvement of Foot and Ankle: Beyond Flares Reumatol Clin. 2021; 17(2): 106-112.
8. Radiopaedia's mission is to create the best radiology reference the world has ever seen and to make it available for free, for ever, for all. [Internet]. Radiopaedia Blog RSS. [cited 2023May1]. Available from: <https://radiopaedia.org/>
9. Chávez M. Signo de Doble Contorno / Gota. pic.twitter.com/hcnxlrj61f [Internet]. Twitter.Twitter; 2020[cited2023May1].Availablefrom: <https://twitter.com/drmariochavez/status/1341049272746164224>



CASOS CLÍNICOS

7. CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA NO ES LO REALMENTE IMPORTANTE

■ Cortiguera Landa I.; del Pozo Merino E., Montero Borja C.I.
Residentes de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Greco, Getafe, Madrid.

Palabras Clave: Melanoma, Dermatología, Coronavirus.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un tipo de cáncer de piel muy agresivo, siendo clave el diagnóstico y tratamiento precoz en términos de supervivencia del paciente. Una adecuada exploración física realizada desde Atención Primaria, aun cuando el paciente acuda a la consulta por otro motivo, nos puede permitir detectar este tipo de lesiones y actuar en consecuencia.

RESUMEN

Varón de 57 años que acude al Centro de Salud sin cita por un cuadro de tos con expectoración blanquecina, sin fiebre ni otros síntomas. No tiene alergias conocidas, no presenta antecedentes personales reseñables ni toma ninguna medicación. Dada la situación de alerta epidemiológica COVID 19, en paciente correctamente vacunado con sintomatología respiratoria, antes de ser atendido en la consulta se le realiza un test antigénico para SARS-CoV2, que es negativo.



Figura 1.
Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

Se explora al paciente, que presenta faringe normocoloreada, sin exudados. Al realizar la auscultación pulmonar en la que se objetiva murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos descubrimos de forma incidental una lesión pigmentada en región lumbar.

Al interrogarle sobre la misma indica aparición hace unos meses, sin originarle ningún otro síntoma de interés y sin haber consultado por la misma.

Se trata de una pápula ovalada de 1,5 cm en el eje máximo con superficie muy oscura. La imagen dermatoscópica corresponde con una lesión melanocítica, de borde irregular, policrómica y con una zona central ligeramente azulada.

Ante la sospecha de malignidad se realiza una teleconsulta con dermatología, que es contestada en 24 horas. El paciente es citado en menos de una semana para la extirpación de la lesión, confirmándose el diagnóstico de melanoma maligno, y posteriormente se le realiza una ampliación quirúrgica con biopsias de ganglios centinela. El diagnóstico final corresponde con un melanoma estadio I.

En cuanto al motivo de consulta inicial, se le diagnosticó de infección respiratoria no complicada y se le prescribió tratamiento sintomático.

REVISIÓN

Ante la detección de una lesión pigmentada en Atención Primaria es fundamental realizar una anamnesis y exploración física de la misma para evaluar la probabilidad de malignidad¹. En el caso de que consideremos que dicha lesión melanocítica puede tratarse de un melanoma debemos remitir al paciente a circuitos específicos de sospecha de malignidad.

En cuanto a la exploración física, para ayudarnos en la evaluación y toma de decisiones contamos con dos reglas de predicción, el ABCDE y la regla de los

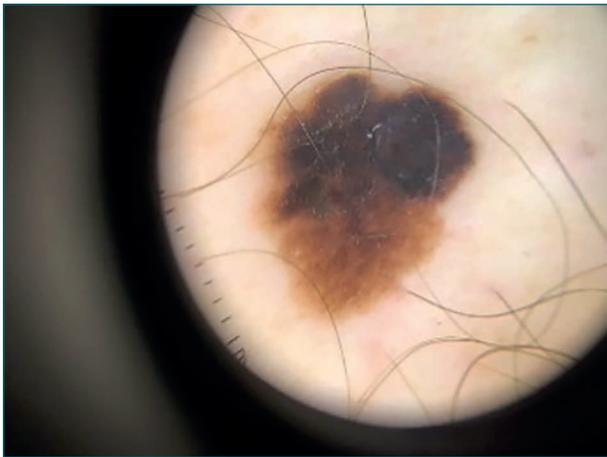


Figura 2.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

siete puntos de Glasgow, que se deben usar para la descripción sistematizada de las lesiones.

Con el ABCDE evaluamos cinco criterios que nos indiquen malignidad:

1. Asimetría.
2. Bordes irregulares.
3. Coloración variable.
4. Diámetro mayor a 6 mm.
5. Evolución: este punto se refiere a cambios en las características de la lesión, referidos por el paciente u objetivados por nosotros, y se trata del criterio más útil para diferenciar entre benignidad y lesiones malignas.

En cuanto a la regla de los siete puntos de Glasgow, menos utilizada en nuestro medio, consiste en evaluar las características de la lesión según criterios mayores (cambios en tamaño, forma y color, equiparable a la evolución del ABCDE), y criterios menores (inflamación, sangrado, cambios sensoriales o diámetro mayor a 7 mm)³. En el caso de cumplir un criterio mayor o tres criterios menores sería conveniente derivar a un segundo nivel asistencial.

En la exploración del tegumento también es útil el signo del “patito feo”, es decir, detectar lesiones de la piel que tengan características diferentes a las habituales del paciente.

Una vez realizada la exploración física utilizando las reglas descritas para detallar la lesión, podemos apo-

yarnos de la Dermatoscopia utilizando la regla de los tres puntos⁴.

1. Asimetría.
2. Red de pigmentación atípica.
3. Presencia de estructuras de coloración blanco-azulada.

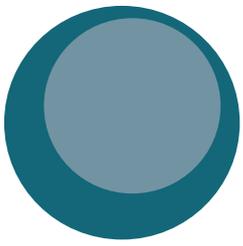
De esta forma podemos aproximarnos con una sensibilidad elevada al diagnóstico de una lesión con sospecha de melanoma, en cuyo caso precisa de derivación urgente a Dermatología para biopsia⁵.

CONCLUSIONES

- En Atención Primaria, ante el abordaje de un paciente, no debemos pasar por alto datos de alarma de otras patologías detectadas de forma casual.
- El diagnóstico precoz del melanoma mejora de forma significativa el pronóstico del paciente en términos de supervivencia.
- Ante el abordaje de una lesión melanocítica debemos utilizar las reglas de predicción clínica (apoyadas si es posible con el uso de dermatoscopia) para evaluar la probabilidad de malignidad de la misma.
- Si una lesión melanocítica cumple criterios de melanoma, el paciente debe ser remitido de forma urgente a Dermatología para biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menáñez Puche JF; Alcántara Muñoz PA. ¿Tiene un melanoma?. AMF. 2013; 9(3) 143-147.
2. MacKie RM. Clinical recognition of early invasive malignant melanoma. BMJ. 1990; 301(6759): 1005-1006.
3. Harrington E, Clyne B, Wesseling N, *et al.* Diagnosing malignant melanoma in ambulatory care: a systematic review of clinical prediction rules. BMJ Open. 2017; 7(3): e014096. Published 2017 Mar 6.
4. Barbato, F., Carrera, C., Ferrara, G., *et al.* (2006). Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. J Clin Oncol, 24, 1877-1882.
5. Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. Management of cutaneous melanoma. N Engl J Med. 2004 Sep 2; 351(10): 998-1012.



CASOS CLÍNICOS

8. “BULTO EN AXILA”. INUSUAL MOTIVO DE CONSULTA DEL CÁNCER DE OVARIO

■ García Pérez I¹., Garrido Luquero C¹., Elvira Rubio Benito E²., Domingo Pacheco I¹., Hannah Louise Makki H.L.¹., Silván Domínguez M¹.

⁽¹⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽²⁾ Médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia, Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de ovario es la segunda neoplasia maligna ginecológica y la principal causa de muerte por este tipo de cáncer^{1,2}, con un pico de incidencia entre los 60 a 64 años. La mayoría de las pacientes son asintomáticas y por ello se diagnostica en una etapa avanzada de la enfermedad³.

Hasta un 20% de los cánceres de ovario son hereditarios, asociados en la mayoría de los casos a mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2³.

Los principales factores de riesgo de sufrir cáncer de ovario son la infertilidad, la endometriosis, un alto índice de masa corporal en la adolescencia y los antecedentes familiares de cáncer ovárico. Por el contrario, los factores de protección son la menopausia precoz, primer embarazo en edad temprana, menarquia tardía y el uso de anticonceptivos^{2,3,4}.

Se describe el caso de una paciente con cáncer de ovario diseminado cuyo interés radica en la forma atípica de presentación.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que acude a consulta por cervicalgia de unos cinco meses de evolución que interpretó

como contractura, y bulto en axila izquierda. Además, refiere tos desde hace 4 semanas sin fiebre. No dolor abdominal. Interrogatorio por órganos y aparatos negativo. No síndrome constitucional ni sudoración nocturna.

En cuanto a los antecedentes personales, destaca el hábito tabáquico desde los 15 años. Menarquia a los 11 años, nulípara y menstruaciones regulares.

A la exploración física presenta múltiples adenopatías supraclaviculares y axilares izquierdas pétreas, irregulares, adheridas y algunas de 3-4 cm de diámetro. No se palpan adenopatías a otros niveles. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin hepatomegalia ni esplenomegalia. Exploración ginecológica completamente normal tanto a nivel de genitales externos, vagina, útero y anejos como a nivel mamario.

Ante los hallazgos descritos se realiza diagnóstico diferencial con múltiples etiologías (tabla 1).

En la radiografía de tórax se aprecia un ensanchamiento mediastínico sugestivo de síndrome linfoproliferativo por lo que se solicita un TAC cuello-toraco-abdomino-pélvico. En este último se hallan múltiples adenopatías globales y material de densidad de partes blandas con algunas calcificaciones alrededor de los vasos tanto supra como infradiaphragmáticos así como compromiso vascular pélvico y uropatía obstructiva por los conglomerados adenopáticos.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de adenopatías axilares y supraclaviculares^{5,6,7}

Adenopatía axilar unilateral	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones sistémicas: VIH, sífilis, toxoplasmosis, brucelosis, CMV, histoplasmosis, sarcoidosis y tuberculosis • Metástasis: cáncer mama, pulmón, cabeza y cuello, estómago, ovario y brazo ipsilateral. Linfoma • Tejido conectivo: artritis reumatoide, LES, esclerosis sistémica, psoriasis, esclerodermia y dermatomiositis • Otros: amiloidosis, linfangioma, hemangioma, lipoma...
Adenopatía supraclavicular izquierda	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia maligna: estómago, vesícula biliar, páncreas, riñones, ovarios, linfoma, tórax • Infecciones bacterianas y fúngicas (previas) • Vacunación reciente de COVID-19

Tabla elaborada por los autores.

Con este hallazgo, se realiza biopsia excisional de adenopatía axilar izquierda con resultado compatible con un tumor papilar-seroso de probable origen ginecológico, origen que no se había sospechado previamente. Se completa el estudio con un PET-TAC donde se confirma el diagnóstico de metástasis de carcinoma papilar seroso de origen ovárico derecho estadio IVB.

Se inicia tratamiento con quimioterapia combinada (carboplatino-paclitaxel) seguido de bevacizumab como mantenimiento por tratarse de un tumor irreseccable.

DISCUSIÓN

El cáncer de ovario es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico debido principalmente a su diagnóstico tardío ya que en muchas ocasiones es asintomático, y por ello el 70% de las pacientes se diagnostican en estadios avanzados. En el caso de haber síntomas, los más habituales son distensión abdominal, dolor pélvico, náuseas, anorexia y saciedad temprana debido a la presencia de ascitis y metástasis omentales o intestinales, así como disnea si se acompaña de derrame pleural^{8,9}.

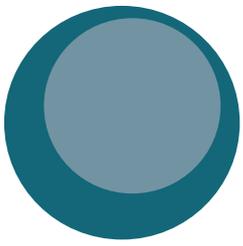
La diseminación de esta patología es principalmente linfática, en concreto a nivel pélvico y retroperitoneal. Sin embargo, la afectación de los ganglios axilares es muy infrecuente y prácticamente improbable en su presentación; solo hay evidencia de casos aislados, y en su mayoría son de origen epitelial seroso^{9,10}.

En el caso de nuestra paciente se realizó un diagnóstico diferencial amplio con las patologías descritas previamente (tabla 1), ya que únicamente presentaba adenopatías supraclaviculares y axilares izquierdas muy inusuales en el cáncer de ovario^{7,8}, sin otro tipo de manifestación clínica y con una exploración abdominal y ginecológica completamente normal.

Por lo tanto, resulta interesante tener presente una posible neoplasia de origen ovárico ante el hallazgo de adenopatías axilares izquierdas, y puesto que disponemos de ecógrafos en el centro de salud, ampliar el diagnóstico diferencial de inicio de manera rápida e inocua dado que, aunque es una manifestación muy inusual, el pronóstico varía de manera notable si el diagnóstico es tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen L y Berek J. Epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: Clinical features and diagnosis [Internet]. En: UpToDate, Goff B MD y Dizon D MD (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2022 [consultado 20 sept 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epithelial-carcinoma-of-the-ovary-fallopian-tube-and-peritoneum-clinical-features-and-diagnosis?search=cancer%20ovario&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Berek J, Renz M, Kehoe S, Kumar L y Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet.* 2021; 155(Suppl. 1): 61– 85. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13878>
3. Del Campo JM. Cáncer de ovario [Internet]. Seom.org; 19 de diciembre de 2022 [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/ovario?showall=1&showall=1>
4. Triano Sánchez R. Cáncer de ovario [Internet]. Alcobendas: Fisterra; 2019 [revisado 10/12/2019; consultado 30 Diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.fisterra-com.m-hflr.a17.csinet.es/guias-clinicas/cancer-ovario/#sec10>
5. Gupta A, Metcalf C y Taylor D. Review of axillary lesions, emphasising some distinctive imaging and pathology findings. *J Med Imaging Radiat Oncol* [Internet]. 2017 [consultado el 10 de Noviembre de 2022]; 61 (5): 571-581. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1754-9485.12579>
6. Mohseni S, Shojaiefard A, Khorgami Z, Alinejad S, Ghorbani A y Ghafouri A. Peripheral lymphadenopathy: approach and diagnostic tools. *Iran J Med Sci* [Internet]. 2014 [consultado el 14 de Enero de 2023]; 39 (2 Suppl): 158-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993046/>
7. Ferrer R. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults [Internet]. En: UpToDate, Mark D Aronson y Arnold S Freedman MD (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2022 [consultado 25 Sept]. Disponible en: https://www-uptodate-com.m-hflr.a17.csinet.es/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults?search=adenopatía%20axilar%20diagnostico%20diferencial&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H6
8. Goff B. Early detection of epithelial ovarian cancer: Role of symptom recognition [Internet]. En: UpToDate, Barbieri R (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2022 [consultado 11 sept 2022]. Disponible en: https://www-uptodate-com.m-hflr.a17.csinet.es/contents/early-detection-of-epithelial-ovarian-cancer-role-of-symptom-recognition?search=Early%20detection%20of%20epithelial%20ovarian%20cancer:%20Role%20of%20symptom%20recognition&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. García Ruiz L, Zapata Ojeda E, Luna Abanto J, García L, Córdova M y Montoya A. Disección radical de axila por carcinoma de ovario metastásico. *J. senol* [Internet]. 2020 [consultado 10 de Nov 2022]; 35 (S1): 32-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-pdf-S0214158220301225>
10. Patel T, Shah C, Shah M y Shah M. Axillary node metastasis from primary ovarian carcinoma. *J Cytol* [Internet]. 2014 [consultado 17 Sept 2022]; 31 (4): 202-204. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4349011/>



CASOS CLÍNICOS

9. PHTHIRIASIS PALPEBRAL, ETIOLOGÍA INUSUAL DE CONJUNTIVITIS DE REPETICIÓN

■ Fernández Fernández R¹., Ruíz Chércoles E¹., de Santiago Cortés E².

⁽¹⁾ Pediatra de Centro de Salud M^º Jesús Hereza. Leganés, Madrid.

⁽²⁾ Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Madrid, España.

RESUMEN

Niño de 4 años con blefarconjuntivitis agudas repetidas, diagnosticado de phthiriasis palpebral. Debemos pensar en este cuadro ante conjuntivitis repetidas pruriginosas y revisar los párpados. Es prioritario descartar su relación con el abuso sexual por su repercusión medicolegal y sobre todo para proteger al menor.

Palabras clave: Phthiriasis palpebral, abuso sexual.

INTRODUCCIÓN

La Phthiriasis palpebral, es una causa rara de blefaritis y conjuntivitis en niños. Los humanos podemos infectarnos por: *Pediculus humanus capitis*, *Pediculus humanus corporis* y el piojo del pubis (*Phthirus pubis*).

La pediculosis de las pestañas por *P. humanus capitis* es infrecuente y habitualmente se produce por *Phthirus pubis*¹. Este parásito vive en el vello púbico, puede llegar a pecho, axilas y párpados donde el vello es más grueso y menos denso. Por su escasa movilidad, la principal vía de contagio es por contacto directo (ropa, toallas) o sexual^{1,2}.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años que en los últimos tres meses ha acudido varias veces al centro de salud por blefaritis y conjuntivitis aguda. La clínica es heterogénea: secreción conjuntival, escozor unilateral, prurito intenso con hiperemia y enrojecimiento de toda la zona palpebral que terminaba dejando lesiones residuales eccematosas y de rascado. Se instauran diversos tratamientos: limpieza local con suero fisiológico, antihistamínicos orales; antibióticos y corticoides tópicos, sin lograr remisión del cuadro.

En el episodio actual, el paciente consulta por picor y escozor ocular. En la exploración se objetiva leve irritación en región palpebral derecha. Horas más tarde

regresa con intenso prurito, lagrimeo abundante y una gran inflamación de toda la zona palpebral bilateral.

Se remite al oftalmólogo de urgencias que observa descamación con partículas redondeadas oscuras en las pestañas del párpado superior derecho. Tras examinarlas con lámpara de hendidura, se diagnostica de lesiones compatibles con huevos y ninfas de *Phthirus pubis*. Se pone tratamiento con vaselina local en las pestañas y extracción manual de liendres y piojos. Remite al paciente y a su familia al dermatólogo para tratamiento y estudio familiar.

El dermatólogo al hacer la anamnesis y exploración familiar descubre que el padre tiene pediculosis pubis y pauta tratamiento familiar con permetrina tópica al 5% en todo el cuerpo y repetir a los 7 días.

A la semana, otro de sus hijos de 6 años presenta prurito ocular; y se visualizan en el párpado excoziones y lesiones eccematosas. Al mirar con la lupa se ven pequeñas masas oscuras en párpado superior e inferior de ojo derecho, y se inicia igual tratamiento que a su hermano.

La madre está preocupada por la enfermedad de sus hijos. Le acompaña la abuela paterna quien refiere que hace unos meses también presentó una patología similar en el pubis. Para tranquilizar a la familia se informa del contagio intrafamiliar por contacto directo (ropa, sábanas, toallas, etc).

Debido a la complejidad de la situación familiar y ante la asociación con abuso sexual de este cuadro, se avisa a los servicios sociales. En la actualidad los niños están asintomáticos. Y ni los servicios sociales que los visitan periódicamente, ni durante las consultas a demanda y programada de pediatría se han hallado indicadores de riesgo de este tipo de maltrato infantil.

REVISIÓN

Las pediculosis en humanos han aumentado desde los años 70 en los países civilizados, a expensas de

las pediculosis capitis, en forma de brotes epidémicos en escolares y en los meses de invierno (14,8%)². Pero la blefaroconjuntivitis palpebral es un cuadro raro, cuya etiología más probable es *Phthirus pubis*¹ y excepcionalmente se debe a *P. humanus capitis*^{2,3}. El prurito es el síntoma más frecuente⁴. La dificultad diagnóstica radica en la inusual etiología del cuadro. En nuestro paciente: el desconocimiento de esta patología, la clínica heterogénea y la evolución del cuadro hizo que se demorase el diagnóstico. En algunos artículos revisados escritos por oftalmólogos en pacientes adultos³, también señalan esta dificultad. El diagnóstico es clínico y basta con revisar el borde libre de los párpados y las pestañas con una lámpara de hendidura o con un microscopio óptico y observar las liendres o piojos vivos⁴.

Una vez que hemos hecho el diagnóstico, es importante conocer el tipo de piojo que nos produce el cuadro, en caso de *P. humanus capitis* se debería a una autoinfección², poco frecuente; y en nuestro paciente no existían parasitación del cuero cabelludo. En caso de *P. pubis*, el origen suele ser otra persona con pediculosis pubis que lo transmite por contacto sexual o por contacto intrafamiliar directo. *Phthirus pubis* es más pequeño y ancho que los otros piojos y su forma recuerda a un "cangrejo", lo que facilita su identificación³.

Ante una phthiriasis palpebral en un niño se debe considerar la posibilidad de abuso sexual^{3, 4, 5}. En el caso de nuestro paciente surgió una gran alarma social ya que se daban una serie de factores facilitadores⁵: el nivel socioeconómico bajo, la falta de higiene y el hacinamiento, hechos constatados por los servicios sociales. La preocupación surge por la gran angustia materna y que tanto el padre como la abuela paterna hubieran padecido esta ectoparasitosis. Aunque no observamos ningún signo clínico para poder confirmarlo.

Otro hecho relevante fue la duración del cuadro, ya que un piojo adulto puede vivir 30 días, pero sus

huevo eclosionan entre 10-14 días. Puede ser que nuestro paciente se reinfectara al dormir con la abuela o con sus padres. En otros artículos consultados vemos una duración similar a nuestro caso^{5,6}.

Por último, insistir en el tratamiento familiar^{3,5}, para evitar las reinfecciones. Y en caso de adultos realizar despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual⁶.

Muchos agentes terapéuticos han sido utilizados en el tratamiento de las pediculosis palpebrales: los insecticidas *anticolinesterasa* (fisostigmina), los organofosforados (malathion), eficaz tanto frente a piojos como liendres^{3,5}. La permetrina al 5% se absorbe rápidamente por la cutícula del insecto y provoca parálisis y muerte del piojo. Tiene efecto repelente y es activo contra las liendres^{3, 5,6}. La ivermectina, es un antihelmíntico, y su toxicidad es selectiva para insectos⁵. En nuestro paciente se utilizó la vaselina, aplicado 2 veces al día durante 10 días que provoca la muerte del parásito por asfixia y es inocua^{5, 6}.

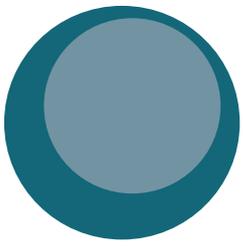
Los autores coinciden en la importancia de la remoción cuidadosa de todas las liendres y piojos adultos⁶. En nuestro paciente se realizó eliminación mecánica con pinzas y aplicación local de vaselina durante 10 días con la erradicación del cuadro.

CONCLUSIÓN

Ante una blefaritis pruriginosa debemos sospechar, entre otras causas, una phthiriasis palpebral. Debemos recordar que la etiología más frecuente de este cuadro es *Phthirus pubis*, y raramente *P. humanus capitis*. Una vez conocido el agente infeccioso, se debe descartar en niños la posibilidad de abuso sexual. Y finalmente debemos tratar al grupo familiar para evitar más reinfecciones. En adultos es importante el despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gairí Tahull J.M., Molina Morales V., Moraga Llop F.A., Viñallonga Sardá X., Baselga Torres E. Pediculosis de la cabeza. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 2007; 55-64.
2. Blázquez Gamero D, Palacios Cuesta A., González-Tomé M.I., Marín Ferrer M. Pediculosis en las pestañas. An Pediatr. 2010; 72 (2): 145.
3. López García JS., García Lozano I., Martínez Garchitorea J. *et al.* Phthiriasis palpebral: diagnóstico y tratamiento. Arch Soc Esp Oftalmol 2003; 78: 365-74.
4. Nava Castañeda A., Corredor-Osorio R., Tovilla y Pomar JL., Tovilla Canales JL., Muñoz Salas S. Phthiriasis palpebral. Rev Fac Med UNAM.2000; 43(5): 180-4.
5. Pinckney J., Cole P., Patel Vadapalli S., Rosen T. *et al.* Phthiriasis Palpebrarum: A common culprit with uncommon presentation. Dermatology Online Journal. 2008; 14 (4): 7.
6. Ramos Suarez A, Chinchureta Capote A, Requena Jiménez JM, García Martín F, Lorenzo Soto M, Angeles Cano B. Pediculosis y phthiriasis palpebral: Diagnóstico, tratamiento y revisión de la literatura a propósito de cuatro casos. 2017. En Thea superficie ocular (en línea) (consultado el 14/07/2017). Disponible en www.laboratoriossthea.com/publicaciones/thea-superficie-ocular.



CASOS CLÍNICOS

10. “DOCTOR, ME HAN DICHO QUE TENGO UNA VERRUGA EN EL CORAZÓN”

- Ondiviela Caja J.A.^{a,c}, Calonge García M.A.^{b,c}
 - ^(a) Médico Interno Residente en Medicina Familiar y Comunitaria.
 - ^(b) Licenciada en Medicina Familiar y Comunitaria.
 - ^(c) Centro de Salud Barcelona. Móstoles, Madrid (España).

RESUMEN

La mayoría de los tumores cardíacos son metástasis de otros tumores primarios¹, pero en caso de ser un tumor primario, el más frecuente es el mixoma².

El mixoma es un tumor benigno, que debido a su localización puede dar desde insuficiencia cardíaca o embolismos, hasta síntomas sistémicos³.

El diagnóstico del mixoma se realiza con técnicas de imagen (ecocardiograma, resonancia magnética cardíaca).

El tratamiento del mixoma es quirúrgico.

ABSTRACT

Most heart tumors are metastases to other primary tumors, but if it is a primary tumor, then most common is a myxoma.

Myxoma is a benign tumor, which due to its location can produce from heart failure or embolisms, to systemic symptoms.

The diagnosis of myxoma is made with imaging techniques (echocardiogram, cardiac magnetic resonance imaging).

Treatment of mixoma is surgical.

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos más frecuentes son metástasis, sobre todo de pulmón y de mama, aunque el tumor que con más frecuencia metastatiza en el corazón es el melanoma.

Los tumores cardíacos primarios presentan una incidencia muy baja, de menos del 0,1%. La mayoría son

benignos, aunque pueden producir trastornos graves hemodinámicos debido a su localización.

El tumor cardíaco primario más frecuente es el mixoma⁴, que ocurre en alrededor del 25% del total, y es el más frecuente en todas las franjas de edad salvo en la edad pediátrica, que es el rhabdomioma.

EXPOSICIÓN

Varón de 72 años, con antecedentes personales (AP) de HTA bien controlada, cáncer de próstata intervenido en el 2012, SAHS grave por el que usa CPAP, competente para todas las actividades instrumentales.

Acude a la consulta del Centro de Salud para la revisión anual. El paciente refiere estar asintomático. Presenta una analítica sin alteraciones.

A la exploración física presenta: TA 120/80, FC 75 lpm, Saturación de O₂ al 97%, Peso 65 kg, Talla 1.70, IMC 22, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, abdomen no doloroso, sin edemas en MMII, se ausculta un soplo diastólico en el ápex de nueva aparición.

Se realiza un electrocardiograma que es normal, rítmico, ritmo sinusal, a 75 lpm.

Se deriva al servicio de Cardiología para estudio de soplo de nueva aparición.

PROCESO DIAGNÓSTICO

EXPLORACIÓN FÍSICA EN CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA

Se ausculta un soplo diastólico en el ápex, realizándose pruebas para estudiarlo.

Se realiza un **Ecocardiograma transtorácico** (ETT) en donde se detecta una masa de 3 x 2,5 cm pedicu-

lada con anclaje en la fosa oval inferior de la AI sin obstrucción de flujo en VI.

Ante la sospecha de mixoma, se decide pedir una **Resonancia Magnética (RM) cardíaca** de forma preferente, cuyo resultado es: AI ligeramente dilatada. En ella, se observa una masa de 20 x 25 mm, que parece anclada al septo interauricular, hipointensa en secuencias cine, levemente hiperintensa en T1 y T2 y heterogéneo pero hipointenso en secuencias de realce tardío sugerente de mixoma auricular.

Por último, se pidió una **Coronariografía** para descartar patología vascular (trombos). Informado como: Dominancia derecha, arterias sin lesiones.

Finalmente se lleva el caso a sesión médico-quirúrgica de Cardiología para su posterior tratamiento.

OTROS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Estenosis mitral: probable con la auscultación del paciente, las pruebas de imagen la descartan.

Metástasis de tumor primario (mama, pulmón, melanoma): el paciente está asintomático, es varón, y no tiene FR. Su Ca. de Próstata lleva 11 años en remisión con PSA reciente normal.

REVISIÓN

El mixoma es un tumor histológicamente benigno del endocardio parietal. No ocurre en las válvulas. En el 75% de los casos se localiza en la aurícula izquierda,⁵ preferentemente en el tabique interauricular junto a la fosa oval.

Suelen ser tumores pediculados, que protruyen hacia la válvula mitral durante la diástole, provocando una pseudoestenosis mitral.

La auscultación típica es un soplo diastólico en ápex, que puede ser intermitente en función de la posición del tumor. En ocasiones, puede oírse el choque del tumor sobre la válvula mitral.

Puede dar síntomas de insuficiencia cardíaca o presentar embolismos y síntomas sistémicos (fiebre, rash, elevación VSG).

DIAGNÓSTICO

La clínica de auscultación de soplo diastólico en ápex, junto con aparición de clínica de insuficiencia cardíaca y en ocasiones de síntomas sistémicos, nos debe poner en alerta, por lo que es fundamental una buena exploración física.

El diagnóstico se realiza con ecocardiograma y con la resonancia magnética cardíaca (se podrá ver y medir la lesión).

Previo a la cirugía, sabiendo que pueden presentar embolismo, se realiza una coronariografía para descartarlos.

Por todo esto, es fundamental nuestra labor en el Centro de Salud como Médicos de Familia y Comunitaria, porque sin una buena Historia Clínica y Exploración Física por nuestra parte, no se hubiera derivado al paciente para el posterior diagnóstico de su patología.

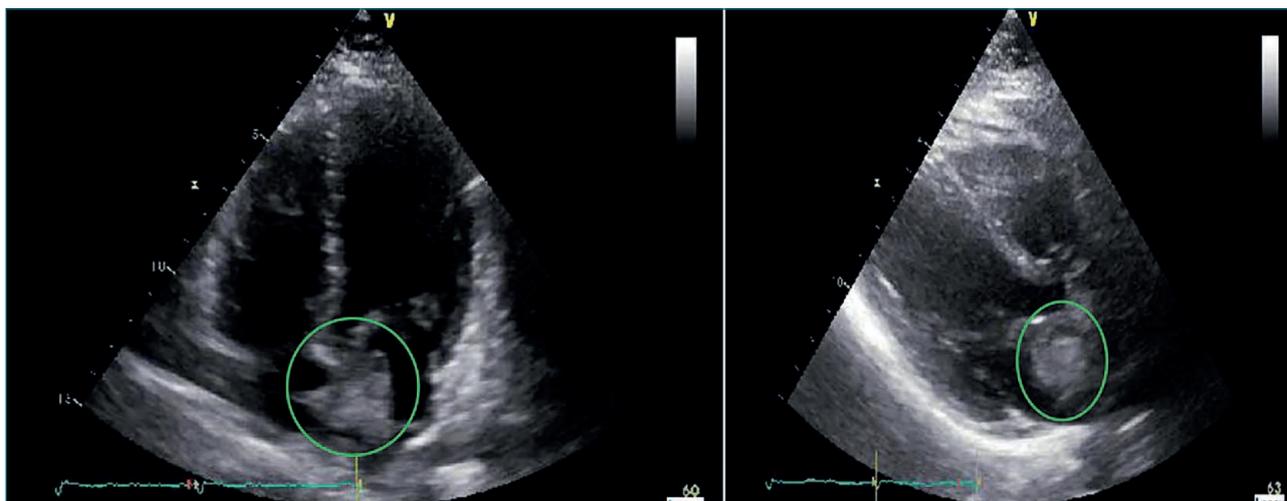


Figura 1. Ecografía transtorácica que revela una masa heterogénea de 37 x 20 mm en el atrio izquierdo, adyacente al septo interatrial.

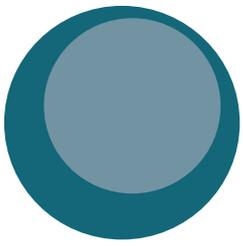
Fuente (Lasama & Ramirez, 2017)⁶ (CreativeCommons).

TRATAMIENTO

Es quirúrgico, con la resección del tumor⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Carmen M, Morcillo M, Carlos J, Page G, De S, Complejo C, *et al.* Autores: María del Carmen Montoya Morcillo y Juan Carlos Gallego Page. (Servicio de Cardiología. Complejo [Internet]. CastellanaCardio.es. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: http://castellanaCardio.es/wp-content/uploads/2018/07/tumores_cardiacos_editado.pdf
2. Alvarado-Castro C, Vega-Brizneda MP, Matijasevic-Arcila E, Maldonado-Escalante JD, Buitrago-Sandoval A. Mixoma ventricular izquierdo. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316301486>
3. Gabe ED, Rodríguez Correa C, Vigliano C, Martino JS, Wisner JN, González P, *et al.* Mixomas cardíacos: correlación anatomoclínica. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2002 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-mixomas-cardiacos-correlacion-anatomoclinica-articulo-resumen-13031151>
4. Dopico RR, Londres JR, Ramos YP, Hernández LG, López MR, García MR. Mixoma auricular derecho y enfermedad arterial coronaria. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2012 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/234>
5. Mixoma auricular [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007273.htm>
6. Lasama G., Ramirez R. "Concomitant Left Atrial Myxoma and Patent Foramen Ovale: Is It an Evolutional Synergy for a Cerebrovascular Event?" *Cardiology Research*, Volume 8, Number 1, February 2017, pages 26-29, ISSN 1923-2829 print, 1923-2837, doi: <https://doi.org/10.14740/cr522w> [citado el 19 de mayo de 2023]. <https://cardiologyres.org/index.php/Cardiologyres/article/view/522/581>
7. Cantero-Pérez E-M, Navarro-Herrero S, Adsuar-Gómez A. Mixoma en tracto de salida de ventrículo derecho. *CardiCore* [Internet]. 2018 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cardiCore-298-articulo-mixoma-tracto-salida-ventriculo-derecho-S1889898X17300750>



CASOS CLÍNICOS

11. LIPOATROFIA SEMICIRCULAR, LA GRAN DESCONOCIDA

■ Pérez Mañas G.¹, Makki H.¹, Leal Aragón M.1, Pérez Calero L.², Cerrada Cerrada E.².

⁽¹⁾ Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽²⁾ Médicos de familia.

Centro de Salud Francia.

CASO CLÍNICO

Acude a nuestra consulta una paciente de 42 años sin antecedentes de interés por referir que en las últimas semanas había notado un hundimiento en ambos muslos sin presentar dolor, alteraciones cutáneas ni ninguna otra sintomatología. No refiere traumatismos previos ni sobreesfuerzos. Trabaja en una oficina y pasa la mayor parte del tiempo sentada, niega hacer actividad física diaria. Niega consumo reciente de nueva medicación o haberse expuesto a tratamientos estéticos o de otra índole.

A la exploración física presenta como único hallazgo una depresión circular a nivel proximal de ambos muslos, no dolorosa a la palpación, con movilidad completa de las extremidades y sin evidencia de lesiones cutáneas asociadas.

Dados los hallazgos a la exploración y ante las dudas diagnósticas se acuerda con la paciente no iniciar ningún tratamiento ni prueba complementaria por el momento y se cita posteriormente tras revisar la literatura.

REVISIÓN

La lipoatrofia semicircular (LS) es una enfermedad benigna, reversible, de causa no bien conocida, caracterizada por una atrofia del tejido adiposo subcutáneo, sin afectación muscular ni de la piel, localizada en zonas de contacto de la piel de las extremidades con el mobiliario, principalmente en el muslo y menos frecuentemente en abdomen o brazos¹.

Se caracteriza por depresiones circulares en banda con medidas entre 5 y 20 cm de largo, aproximadamente 2 cm de ancho y entre 1 y 5 mm de profundidad. Suelen estar ubicadas más frecuentemente en la semicircunferencia anterolateral del muslo, de forma unilateral o bilateral, generalmente simétricas y a una altura aproximada de 72cm desde el suelo.

No afecta a los tejidos vecinos como piel y músculos y en la gran mayoría de los casos no produce síntomas.

Su evolución clínica es benigna sin producir secuelas y con remisión de la clínica en un periodo de meses a años al cesar la exposición a los factores de riesgo identificados.

Su prevalencia se ha establecido en 25-37% en trabajadores de oficina, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (relación 6: 1) y en la tercera o cuarta década de la vida¹. Respecto a la mayor afectación en mujer que en hombres, una de las posibles explicaciones tiene que ver con el mayor porcentaje de tejido adiposo respecto a peso corporal que se da en las mujeres y con las variaciones respecto a su estructura, ya que en las mujeres los tabiques fibrosos que separan al tejido adiposo de la hipodermis están dispuestos de forma perpendicular a la piel mientras que en hombres los tabiques están dispuestos de forma oblicua, cosa que haría que la estructura fuera más resistente².

Aunque esta patología inicialmente fue descrita por Gschwandtner y Münzberger en Innsbruck en 1974 y posteriormente en 1981 por dos dermatólogos ingleses³, no fue hasta 2007-2008 cuando se detectaron los primeros casos en España a raíz de un brote en unas oficinas de Barcelona en el que hubo 1137 afectados¹.

La etiología de la LS es desconocida y probablemente existen múltiples factores asociados. Inicialmente se planteó como posibles factores de riesgo el contacto de la zona afectada con el mobiliario, los microtraumatismos repetidos y prolongados en el tiempo en los muslos (como el apoyo continuado en el borde de la mesa de trabajo), la presión de la silla o el uso de ropa compresiva. Sin embargo, estas hipótesis no justifican la agregación epidemiológica en los puestos de trabajo lo que hizo que surgieran nuevas hipótesis que explicaran el desarrollo de dicha patología. Las hipótesis más recientes giran en torno a la influencia de campos electromagnéticos y descargas electrostáticas y de cómo a través del contacto de la piel con la superficie conductora se produce una transferencia de electrones que activa la secreción de factor de necrosis tumoral alfa y estimula la fagocitosis de los adipocitos².

El diagnóstico es clínico no siendo necesaria la realización de ninguna otra prueba complementaria⁴, aunque algunos autores sugieren el uso de la ecografía o la RMN para valorar la atrofia del tejido adiposo.

En el diagnóstico diferencial debemos descartar: 1) causas metabólicas como la diabetes o la dislipemia, 2) autoinmunes como la esclerodermia o la paniculitis, 3) etiología infecciosa como infección por *Borrelia burgdorferi*, 4) efectos secundarios de la terapia antirretroviral usada en el VIH/SIDA o del tratamiento con Metrotexato o insulina y con 5) lipodistrofias idiopáticas o 6) trastornos congénitos⁵.

Respecto al tratamiento, algunos estudios mantienen que las lesiones tienden a la desaparición progresiva una vez eliminados los factores desencadenantes a los 9 meses aproximadamente en un amplio porcentaje de pacientes⁶.

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo, como organismo gestor de la política de salud laboral de la Comunidad de Madrid, ante los casos de LS aparecidos en nuestra Comunidad, en otras Comunidades Autónomas y en algunos países de la Unión Europea, ha elaborado un protocolo de actuación para reconocer, actuar y prevenir la aparición de casos de LS y tiene como objetivo dar pautas de actuación a

las empresas, al personal técnico de los servicios de prevención y a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social ante la sospecha de que los trabajadores de su empresa puedan verse afectados por esta patología⁷.

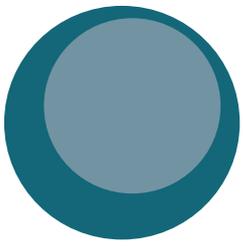
Entre las medidas de prevención recogidas en dicho protocolo destacan: aumentar la humedad relativa del aire interior del edificio a más del 50%, conectar la mesa a la toma de tierra de protección del circuito eléctrico, colocar mesas de trabajo con bordes anchos, revestir con un aislamiento eléctrico el cableado y evitar la presencia de materiales que acumulen electricidad estática⁷.

CONCLUSIONES

La LS es una patología benigna desconocida por los profesionales sanitarios, lo que la convierte muy probablemente en una enfermedad infradiagnosticada a día de hoy. En base a su etiopatogenia es probable que además se trate de una patología emergente por la que se consulte cada vez más en Atención Primaria, de ahí la importancia de conocerla, saber reconocerla y poder dar medidas de prevención que favorezcan su resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega A, Sierra- Santo L. Lipoatrofia semicircular: 3 casos clínicos. *Cartas Clínicas. Semergen* 2017; 43(2): 154---167.
2. Borin-Bertuzzi, Mario, Oscar Alonso-Iglesias, y Mario Andrés Borin-Arámulo. «Lipoatrofia semicircular en trabajadores de oficinas públicas». *Medicina y Seguridad del Trabajo* 67, n.º 263 (30 de junio de 2021): 88-98. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000200002>.
3. Marqués, Francisco. «Lipodistrofia semicircular: ¿estamos ante una nueva enfermedad profesional?» *Medicina y Seguridad del Trabajo* 54, n.º 210 (marzo de 2008). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2008000100001>.
4. Bru-Gorraiz, F.J., A. Comunión-Artieda, I. Bordel-Nieto, y A. Martín-Gorgojo. «Lipoatrofia semicircular: estudio y seguimiento clínico de 76 casos en Madrid, España. Propuesta de clasificación». *Actas Dermo-Sifiligráficas* 113, n.º 1 (enero de 2022): 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.05.013>.
5. Hauva Grone, Juan José. «Lipoatrofia Semicircular, Una Visión General a Una Patología Laboral Emergente En Chile». *Ciencia & Trabajo* 15, n.º 47 (agosto de 2013): 81-85. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492013000200008>.
6. Díaz Sarmiento, Rafael, Rafael Peña Rodríguez, y Ángel Asúnsolo Del Barco. «Lipoatrofia semicircular: una revisión sistemática de la literatura». *Medicina y Seguridad del Trabajo* 57, n.º 222 (marzo de 2011). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000100008>.
7. Protocolo de Actuación del IRSST sobre la lipoatrofia semicircular de la Comunidad de Madrid



CASOS CLÍNICOS

12. LEISHMANIASIS VERSUS TROMBOCITOS (POLICÍAS VASCULARES)

■ Paniagua-Ortiz I., Mansilla Martín T., Pamos García M.
Médicas adjuntas de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ángela Uriarte, Madrid.

Palabras clave

Trombopenia, leishmaniasis.

INTRODUCCIÓN

A propósito de un caso de leishmaniasis visceral (LV) planteamos la discusión sobre uno de sus efectos frecuente y con frecuencia no correctamente considerado, “**trombopenia**” a filiar, ¿patología autoinmune? ¿Síndrome arregenerativo medular? ¿Hepatopatía?... versus parasitosis.

Los trombocitos no intervienen solo en la coagulación, son verdaderos policías vasculares que regulan la homeostasis vascular y también detectan patógenos con sensores innatos inmunitarios. Leishmania y otros parásitos producen trombopenia en el huésped para tener éxito en su invasión.

La LV en nuestro medio es una enfermedad zoonótica transmitida por vectores flebótomos, que tiene como principal reservorio el perro, aunque también es posible la transmisión no vectorial. Su curso clínico habitual con fiebre, inflamación esplénica, hepática y pancitopenia, hace que si no es tratada pueda alcanzar una mortalidad del 100% a los 2 años. A nivel mundial el 90% de los casos de LV ocurren en países de América del sur, Asia y África. En Europa el 75% de los casos se dan en Italia, España, Albania y Georgia. La OMS ha planteado incluir la leishmaniasis visceral (LV) como objetivo para en 2030 conseguir su eliminación como problema de salud pública.

EXPOSICIÓN

Presentamos el caso de un varón de 78 años de edad, no alergias farmacológicas, intolerancia a omeprazol, HTA en tratamiento con enalapril 20mg/24h. No diabetes, no dislipemia. Exfumador de 20 cigarrillos al día (ahora 3 al día) y ex bebedor habitual de alcohol.

En 2010 seguido en Hematología durante 2 años por leucocitosis y macrocitosis crónicas leves, que se asociaron a alcoholismo y tabaquismo. En 2011 estudiado en Digestivo por hiperferritinemia (681ng/mL) e hipertransaminemia de bajo rango, que se atribuyó a la ingesta de alcohol. Ecografía abdominal sin datos de hipertensión portal. En 2021 el paciente consulta en Atención primaria por pirosis. Exploración general normal. Se pauta famotidina. En analítica presenta

Trombopenia (80.000 plaq/ uL), creatinina 1,5mg/dl con FGE 55,92ml/min/1,73m². En gastroscopia informan esofagitis leve (grado A de los Ángeles), hernia de hiato por deslizamiento. Pangastritis, sospecha de gastropatía por hipertensión portal vs gastritis en empedrado. Se descarta metaplasia, displasia e infección por helicobácter pylori.

Ante estos hallazgos es remitido a Digestivo y Hematología donde constatan **progresión de la trombopenia**, ampliando estudio con biopsia de médula ósea: No datos de SMD ni LMA, pero la Citología muestra plasmocitosis y **amastigotes** compatibles con infiltración por Leishmanias.

Diagnosticado de **leishmaniasis visceral** fue tratado con anfotericina B liposomal ajustando dosis a función renal, normalizando la cifra de plaquetas ya con la primera dosis. En el seguimiento se observó progresiva mejoría de la función hepática con ecografía normal y Fibroscan F2 (fibrosis hepática leve). En la actualidad, el paciente se encuentra asintomático.

REVISIÓN

Hablamos de leishmaniasis, enfermedad producida por un protozoo intracelular obligado (familia Trypanosomatidae) transmitido por vectores flebótomos, causando bien afectación cutánea (leishmaniasis cutánea, LC), mucosa (leishmaniasis mucosa, LM) o visceral (leishmaniasis visceral, LV).^{1,2,3} Existen más de 20 especies del parásito Leishmania que se transmiten por más de 70 tipos diferentes de flebótomos de la familia Psychodidae. Predomina L.

Donovoni como LV en el sur de Asia y *L. Infantum* en el Mediterráneo, Medio Oriente, Pakistán, Irán y Brasil.^{1, 6} En general afecta a poblaciones pobres y más en regiones tropicales. Su incidencia a nivel mundial oscila entre 700.000 casos/año de LC a 100.000 casos/año para la LV¹. En Europa la emergencia de otras enfermedades parasitarias como Dengue y Chikungunya ha llevado a un diagnóstico subóptimo de leishmaniasis.³

CICLO VITAL Y PATOGÉNESIS

La hembra del flebótomo, principalmente durante las horas nocturnas, transmite el parásito *Leishmania* a los humanos u otros reservorios animales. Hay dos fases distintas en su ciclo vital: promastigote en el intestino del flebótomo que inocula en la piel del huésped mamífero, donde es fagocitado por las células mononucleares transformándolo en la forma de amastigote, que se multiplica y desarrolla dentro del sistema retículoendotelial.

En la leishmaniasis los macrófagos actúan como presentadores de antígeno activando los linfocitos T mediante IL12, en particular los TH1, para eliminar el parásito mediante citoquinas. Además la producción de IFN γ por las células T CD4+ activa los macrófagos para eliminar parásitos en condiciones mediadas por óxido nítrico (NO). Si hay un desequilibrio de las células colaboradoras TH1 frente a las TH2 CD4+, se produce mayor carga parasitaria, desarrollando tanto formas cutáneas como diseminación vía hematológica y linfática con afectación de mucosas y/o enfermedad diseminada (LV).^{1,3,7} Por tanto el subtipo de enfermedad se relaciona con la especie de *Leishmania*, pero también con factores genéticos y estado inmunitario del huésped.² El ciclo vital se puede mantener entre humanos (*L. tropica* para la LC en el Nuevo Mundo, *L. donovani* para la LV en India), En el caso de *L. infantum*, el reservorio está representado por perros y, con menor frecuencia, liebres, conejos de monte y otros mamíferos salvajes, sobre todo en el área mediterránea y América Latina, donde la LV es predominantemente una zoonosis.³

CLÍNICA

Leishmaniasis cutánea (LC). Las lesiones suelen ser en el sitio de la picadura de la mosca, en áreas expuestas, una o múltiples pápulas solitarias no supurativas, que en semanas o meses progresan a úlceras indoloras con bordes elevados y que pueden sanar espontáneamente durante meses, quedando cicatrices y desfiguraciones.

Leishmaniasis mucosa (LM). Menos frecuente, se presenta con síntomas nasales crónicos con ulceración, hemorragia e inflamación, meses o años después de

la resolución de las lesiones primarias. No cura espontáneamente y provoca lesiones con destrucción local crónica del tejido de la nariz, orofaringe, nasofaringe y párpados.^{1, 2}

Leishmaniasis visceral (LV) (*kala-azar*). Es la forma más letal, como infección sistémica que afecta hígado, bazo, tejido hematopoyético y linfático. Cursa con fiebre prolongada, astenia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, anemia, leucopenia, **trombopenia**, elevación de enzimas hepáticas, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia. La insuficiencia hepática y la trombocitopenia pueden provocar complicaciones hemorrágicas. Además la pancitopenia e inmunosupresión los hace propensos a superinfecciones. En los pacientes con VIH, la leishmaniasis visceral se considera una infección oportunista.^{1, 2} Con frecuencia hay afectación renal por complejos inmunes responsables de glomerulonefritis proliferativa y nefritis intersticial.^{3,6} Se describen recidivas de leishmaniasis como síndrome post-kala-azar en forma de enfermedad cutánea en pacientes tratados de LV meses o años antes, relacionadas con una respuesta inmunitaria agresiva contra parásitos dérmicos persistentes mediante interferón gamma.²

Consideración especial merece la **trombocitopenia**, una de las características hematológicas dominante cuyo mecanismo no está del todo dilucidado. Las plaquetas, entre otras funciones tienen atribuida la tarea de verificar la integridad del espacio endotelial y participar en la homeostasis vascular. Su producción en el sistema hematopoyético a partir de células madre hematopoyéticas (HSC) pluripotentes es regulada por citoquinas y factores de transcripción específicos que ajustan el destino de cada célula progenitora. Las plaquetas también pueden detectar patógenos a través de sensores inmunitarios innatos como los receptores tipo Toll (TLR) generando respuestas cruciales contra el patógeno invasor. Por ello, el objetivo principal de muchas infecciones, incluida la *Leishmania*, es inducir trombocitopenia en el huésped infectado. También hay alta prevalencia de anticuerpos unidos a plaquetas, alteración de membranas de los megacariocitos y disminución de la producción de trombopoyetina plasmática (TPO), lo que favorece una mayor eliminación de plaquetas tanto en bazo como en hígado. Además en estos se producen importantes cambios en la microarquitectura, inflamación granulomatosa hepática, hipocelularidad o mielodisplasia de MO y remodelación de pulpa roja y blanca esplénica. Por lo tanto, múltiples vías contribuyen a la evolución de la trombocitopenia durante esta infección.^{4,5}

DIAGNOSTICO

La anamnesis, epidemiología, síntomas clínicos y exploración física deben llevarnos al posible diagnóstico

de leishmaniasis. En el caso de LC ante una úlcera cutánea indolora, no purulenta, en la cara o las extremidades de alguien que ha viajado a un área endémica. Síntomas como fiebre prolongada, astenia, pérdida de peso y datos de leucopenia, trombopenia, anemia, elevación de transaminasas, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia junto a hepatoesplenomegalia sugieren LV.^{1,3} A pesar de todo, el diagnóstico clínico requiere confirmación por la observación directa en tejidos del parásito (amastigotes). La biopsia esplénica da la tasa más alta de muestras positivas (> 90% de sensibilidad), pero tiene alto riesgo de hemorragia. Por ello la médula ósea es la fuente preferida a pesar de menor sensibilidad (50–80%). También se puede hacer cultivos de tejidos infectados.³

Hoy se dispone de pruebas moleculares PCR (reacción en cadena de polimerasa) más sensibles, pero a menudo no están estandarizadas y su disponibilidad se limita a grandes hospitales.

También se pueden hacer pruebas inmunológicas tipo ELISA (anticuerpos contra la proteína rK39 de la Leishmania), inmunofluorescencia y *Western Blot*. En general no son útiles en los casos de LC, pero son útiles en el diagnóstico de LM y LV. También han aparecido pruebas novedosas de antígenos para LC en muestras de úlceras. Por último, mencionar un test cutáneo intradérmico, la prueba de Montenegro (leishmanina), reacción de hipersensibilidad retardada similar a la prueba de la tuberculina. Útil en encuestas epidemiológicas para identificar poblaciones de alto riesgo, no para diagnóstico, pues LV activa y LC difusa generalmente dan negativo.^{1,3}

TRATAMIENTO

El tratamiento debe adaptarse al paciente y al tipo de leishmaniasis, así como a la subespecie del parásito, para lo que las pruebas de PCR son muy útiles. Las LC en individuos inmunocompetentes, sin enfermedad de mucosas y sin gran afectación, por lo general no requieren tratamiento pues se resuelven espontáneamente. El tratamiento sistémico con antimoniales pentavalentes se recomienda para LC complejas.

En el caso de LV se debe hacer tratamiento sistémico temprano, clásicamente con antimoniales pentava-

lentes, pero en prevención de no desarrollar resistencias se recomienda anfotericina B liposomal en pacientes inmunocompetentes, con la consideración de miltefosina en personas no embarazadas ni amamantando. Los pacientes inmunocomprometidos (VIH, trasplantados...) deben recibir idealmente anfotericina B liposomal y también se puede considerar la terapia combinada con miltefosina.^{1,2}

INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN

La vacunación es la mejor esperanza para controlar la leishmaniasis, sin embargo, a pesar de años de investigaciones, todavía no hay disponible una vacuna autorizada para humanos. Si para el reservorio animal (perro) hay vacunas como Leishmune, Cani-Leish (antígenos fraccionados de leishmania) y Leish-Tec (proteínas recombinantes de leishmania) que han demostrado eficacia.

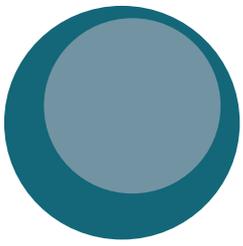
En humanos el Instituto de Investigación de Enfermedades Infecciosas (IDRI, Washington, Seattle) ha desarrollado una vacuna candidata (LEISHF3 +GLA SE) con proteínas recombinantes de Leishmania donovani e infantum que se está probando en ensayos clínicos. La Asociación Sabin PDP también está trabajando en una vacuna con proteína recombinante de L. donovani con antígenos salivales de flebótomos. Más recientemente, se desarrolló una vacuna contra la leishmaniasis de tercera generación, ChAd63KH, para inducir células T CD8+ específicas. La Vacuna Multivalente Europea para la Leishmaniasis Visceral humana (MeLeVaClin) también está basada en estrategias de vacuna de proteínas recombinantes.

Por último, se plantean vacunas de ARNm que permiten la expresión simultánea de múltiples proteínas. La tecnología de ARN tiene el potencial de ofrecer una solución práctica y eficaz para el desarrollo de vacunas, pues solo requiere el conocimiento de la secuencia del gen diana, lo que elimina la necesidad de cultivar patógenos o aumentar la producción de proteínas recombinantes.^{3,7}

La OMS se plantea la leishmaniasis como un gran problema de salud pública y en su última hoja de ruta para enfermedades tropicales desatendidas, se ha establecido como objetivo para 2030 el desarrollo de nuevas herramientas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y eliminación de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarah Mann & Katherine Frasca & Sara Scherrer *et al.* A Review of Leishmaniasis: Current Knowledge and Future Directions. *Curr Trop Med Rep* (2021) 8: 121–132.
2. B.S. McGwire and A.R. Satoskar. Leishmaniasis: clinical syndromes and treatment. *Q J Med* 2014; 107: 7–14.
3. Sara Scarpini, Arianna Dondi, *et al.* Visceral Leishmaniasis: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment Regimens in Different Geographical Areas with a Focus on Pediatrics *Microorganisms* 2022, 10, 1887.
4. Gulab Fatima Rani, Olivier Preham *et al.* Dissecting pathways to thrombocytopenia in a mouse model of visceral leishmaniasis. 23 MARCH 2021 Volume 5, Number 6.
5. Arkajyoti Mukherjee, Susmita Barik, Priyanka Sar, Arup Sarkar. Role of thrombopoiesis in leishmaniasis. *Cytokine* Volume 147, November 2021, 155310.
6. Habtu Debash, Habtye Bisetegn *et al.* Epidemiological, clinical and hematological profiles of visceral leishmaniasis among patients visiting Tefera Hailu Memorial Hospital, Northeast Ethiopia: a 4 year retrospective study. *Scientific Reports* (2023) 13: 931.
7. Rasit Dinc. *Leishmania* Vaccines: the Current Situation with Its Promising Aspect for the Future. *Korean J Parasitol* Vol. 60, No. 6: 379-391, December 2022.



CASOS CLÍNICOS

13. EL DIAGNÓSTICO DE UNA ÚLCERA CORNEAL CON UNA LUZ AZUL

■ R. Hernando Nieto R.¹, Millán Hernandez E.², Hurtarte Arroyo S.M³.

⁽¹⁾ Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

⁽²⁾ Tutora de residentes, médico especialista en medicina familiar y comunitaria en CS Monterrozas y tutora pregrado de la Universidad Francisco de Vitoria.

⁽³⁾ Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras o erosiones corneales son una afección común que lleva a muchos pacientes a buscar atención médica en el ámbito de la atención primaria. Estas lesiones implican la pérdida de la capa epitelial de la córnea sin daño al estroma subyacente. Pueden ser causadas por cuerpos extraños que ingresan al ojo, el uso incorrecto de lentes de contacto o incluso pueden aparecer de forma espontánea sin una causa aparente. Es importante abordar adecuadamente estas úlceras o erosiones corneales para prevenir complicaciones y promover una recuperación rápida.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: ojo derecho rojo

Enfermedad actual: mujer de 51 años de edad que acude al centro de salud por picor, ojo rojo y secreciones en ojo derecho desde hace 12 días. La paciente refiere que el cuadro clínico comienza 12 días antes con secreciones matutinas en el ojo derecho, que se han ido haciendo más frecuentes y abundantes y que tras ello comenzó a ponerse el ojo rojo. Refiere prurito intenso y sensación de cuerpo extraño, “como si tuviera arenilla”.

Refiere que pasó hace 2 fines de semana con su hermana que estaba con una conjuntivitis vírica y sus sobrinos.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas
- Factores de riesgo cardiovascular:
- Hábitos tóxicos: fumadora de un paquete diario desde hace 20 años.
- No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva hiperemia conjuntival en ojo derecho intensa y leve en ojo izquierdo. No signos de quemosis conjuntival. No secreciones en el momento de la exploración. Se objetiva una pseudomembrana en párpado inferior que se retira parcialmente. Se decide teñir con fluoresceína y se objetiva un defecto epitelial parapupilar nasal con la luz azul (como se observa en la imagen)

JUICIO CLÍNICO

- Conjuntivitis viral complicada con pseudomembranas
- Úlcera corneal secundaria a lo previo

EVOLUCIÓN

Ante los hallazgos obtenidos en la exploración física se decide derivación a urgencias de oftalmología del

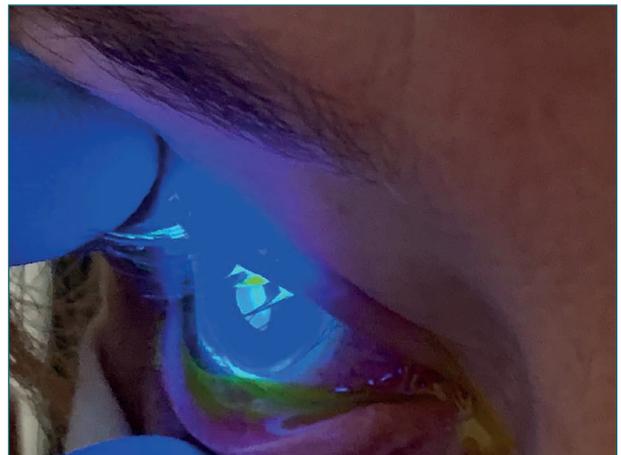


Figura 1. Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

hospital de referencia para valoración de la úlcera corneal. Allí se valora a la paciente y se retira una pseudomembrana del párpado superior y se termina de retirar la pseudomembrana del párpado inferior. Por otro lado, ante el tamaño de la úlcera corneal (4,4x2,5 mm) se decide iniciar tratamiento antibiótico y corticoide, tobramicina y dexametasona, tópico cada 4 horas durante una semana y revisión por su parte. Además de OZONEST (LipozonEye [aceite de semilla de girasol ozonizado, fosfolípidos de soja]), hidroxipropilmetilcelulosa, ácidobórico, tetraborato de sodio, edetato de sodio, PHMB y agua) colirio 1 gota cada 4 horas y lavados frecuentes con suero salino fisiológico. A la semana del tratamiento la paciente progresa adecuadamente por lo que reducen el colirio de tobramicina y dexametasona a 1 gota cada 6 horas 7 días y tras ello 1 gota cada 8 horas otros 7 días. Nueva revisión a los 15 días donde se retira el colirio de antibiótico y corticoide por la buena evolución de la úlcera.

DISCUSIÓN

El tratamiento de una úlcera corneal varía según la gravedad y la causa de la úlcera.

Tenemos diferentes tipos de tratamiento en función de esto.

- Antibióticos tópicos: para controlar y eliminar la infección bacteriana asociada a la úlcera corneal.
- Antivirales tópicos: en caso de una úlcera corneal viral, como el herpes simple, para tratar la infección y prevenir su propagación.
- Antifúngicos tópicos: si se sospecha o se confirma una infección fúngica.
- Agentes cicatrizantes y epitelizantes: pueden promover la cicatrización de la úlcera corneal y favorecer la regeneración del epitelio corneal.
- Medicamentos antiinflamatorios: se pueden recetar medicamentos antiinflamatorios tópicos para redu-

cir la inflamación, aliviar los síntomas y facilitar la curación de la úlcera. Como por ejemplo corticoides^{1,2,3}.

En casos más graves o cuando el tratamiento médico no logra mejoría, puede ser necesario considerar opciones quirúrgicas³.

Es fundamental destacar que el tratamiento específico de una úlcera corneal debe ser determinado por un médico, tras una evaluación y diagnóstico adecuado. Cada caso requiere un enfoque individualizado y personalizado^{1,3}.

CONCLUSIÓN

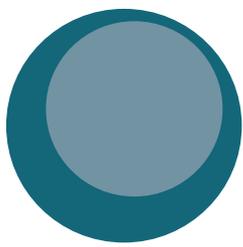
La anamnesis desempeña un papel crucial en el manejo de las úlceras o erosiones corneales. Se deben realizar preguntas específicas sobre el mecanismo de producción de la lesión, la naturaleza del cuerpo extraño (en caso de que este sea la causa) involucrado y el tiempo de evolución de los síntomas. La presentación clínica típica incluye sensación de cuerpo extraño en el ojo afectado, blefarospasmo (contracción involuntaria de los músculos del párpado), lagrimeo y dolor³.

Para confirmar la presencia de una erosión corneal, se realiza una tinción con fluoresceína, una sustancia que se adhiere a las áreas con pérdida de epitelio corneal. Si se confirma la erosión, el tratamiento consiste en la prescripción de una pomada epitelizante y colirio ciclopléjico para aliviar los síntomas y promover la cicatrización^{2,3}.

No se recomienda la oclusión ocular en estos casos. Sin embargo, es importante derivar al paciente al hospital si se sospecha que hay un cuerpo extraño impactado o intraocular, si la úlcera es grande y afecta la pupila, o si existe la sospecha de una perforación corneal. Estas situaciones requieren una evaluación y manejo más especializados por parte de un oftalmólogo¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Algarni AM, Guyatt GH, Turner A, Alamri S. Antibiotic prophylaxis for corneal abrasion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 May 27; 5(5).
2. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA.* 2013 Oct 23; 310(16): 1721-9. doi: 10.1001/jama.2013.280318. Erratum in: *JAMA.* 2014 Jan 1; 311(1): 95.
3. Wipperman JL, Dorsch JN. Evaluation and management of corneal abrasions. *Am Fam Physician* 2013; 87: 114.



CASOS CLÍNICOS

14. LESIÓN CUTÁNEA EN MAMA DERECHA. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Martín González M.¹, Pineda Torcuato A.², De Prada Rodríguez M.A.³, Chato Vázquez M.³
(¹) Médico Residente MFYC CS Collado Villalba Estación (Madrid)
(²) Médico Adjunto Sº Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid)
(³) Médico Adjunto MFYC CS Collado Villalba Estación (Madrid)

Mujer de 62 años que acude a consulta por lesión cutánea en mama derecha de seis meses de evolución con intenso prurito y exudado serohemático ocasional asociado. Como antecedentes personales no tiene alergias medicamentosas conocidas, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

A la exploración física se objetiva placa violácea con costras y erosiones en areola derecha. Exudado serohemático. Se palpan ambas mamas: sin induraciones ni nódulos o lesiones sospechosas de malignidad. Axila libre.

Se emplea dermatoscopio y se visualiza placa hiperqueratósica marronácea con quistes de milio y algún tapón córneo.

Ante lesión cutánea, se solicita mamografía bilateral sin hallazgos significativos, BIRADS 1.

Se envía fotografía a Dermatología para valoración que citan para biopsia.

Diagnóstico compatible con eccema crónico, se pauta tratamiento con fuorato de mometasona crema en oclusión con apósito durante 3 semanas.

Tras tratamiento tópico, escasa mejoría; por lo que se instauro ciclo de corticoide oral en pauta descendente.

DISCUSIÓN

Las lesiones dermatológicas en región mamaria abarcan no solo el área de la piel, sino también el complejo areola-pezones¹. Dentro de la patología a fiar se encuentran dermatosis inflamatorias como dermatitis atópica, herpes zoster o intertrigo; pero también der-



Figura 1. Biopsia de piel de complejo areola-pezones con lesión epidérmica erosivo-costrosa inespecífica asociada a hiperplasia, intensa inflamación dérmica linfocitaria inespecífica. No se identifican signos de malignidad.

Imagen correspondiente al caso clínico, se publica con consentimiento del paciente.

matosis tumorales como la enfermedad de Paget o metástasis de adenocarcinomas, entre otros.¹

LESIONES BENIGNAS:

- **Eccema:** placa eritematosa, liquenificada con exco-riaciones o fisuras. Suele presentarse de manera bilateral y responde a corticoide tópico/oral. En la anatomía patológica pueden encontrarse datos de espongirosis, hiperqueratosis, hiperplasia epidérmica o inflamación subepitelial.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la enfermedad de Paget, sobre todo en mujeres de edad media con afectación unilateral.¹

- **Hiperqueratosis nevoide:** entidad poco frecuente caracterizada por engrosamiento verrucoso y pigmentación de color marrónáceo (café) formando placas hiperpigmentadas. Suele presentarse de forma bilateral, afectando al pezón y la areola. Histopatológicamente se observa infiltrado linfocitario difuso. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la micosis fungoide.²
- **Infecciones**^{3,4}:
 - **Fúngicas:** Fundamentalmente candidiasis en pliegues (intertrigo mamario candidiásico), más frecuente en mujeres con mamas densas y voluminosas en tratamiento con fármacos inmunosupresores. Las lesiones se muestran como placas eritematosas con pústulas y/o vesículas pruriginosas con descamación en zonas que delimitan el eritema.³
 - **Herpes zóster:** Distribución metamérica con lesiones en diferentes estadios evolutivos: costras, vesículas...⁴
- **Hidradenitis supurativa:** Inflamación crónica de glándulas apocrinas. Se presenta en forma de comedones, nódulos, abscesos y trayectos fistulosos.⁴
- **Psoriasis:** Puede involucrar cualquier área de la mama o el complejo areola-pezón. La psoriasis inversa en la región mamaria debe diferenciarse del intertrigo candidiásico ya que se presenta en pliegues en forma de placa eritematosa.⁴

LESIONES MALIGNAS:

Entre un 6 y un 10% de los pacientes con cáncer de mama presentan afectación de piel y/o complejo areola-pezón, siendo más frecuente la afección dermatológica en cáncer de mama variante inflama-

toria⁴. Las lesiones que pueden presentarse varían desde eritema local a induración dolorosa; siendo algo inespecíficas.⁵

- **Enfermedad de Paget:** Representa en torno a un 1% de todas las neoplasias malignas de mama.⁶ La afectación cutánea del Paget consiste en eccema del pezón (siendo imprescindible realizar un diagnóstico diferencial con el eccema crónico). En la enfermedad de Paget el tratamiento con esteroides tópicos no será efectivo (si bien, hay casos que mejoran con el mismo).⁵ En casos de sospecha de Paget y como diagnóstico definitivo del mismo es imprescindible realizar una biopsia cutánea que mostrará células de Paget.^{5,6}
- **Micosis fungoide:** Linfoma primario cutáneo de células T. Se presenta como nódulos con coloración marrón rojiza que pueden ulcerarse.⁷ Histopatológicamente se observa un infiltrado linfocitario difuso con atipia linfocítica (células grandes con núcleo hiper cromático) y abundantes figuras de mitosis. Los microabscesos de Darier-Pautrier se observan en menos del 25% de los casos en fases iniciales.⁷

El diagnóstico diferencial entre hiperqueratosis nevoide y la micosis fungoide se basa en la inmunohistoquímica (IHQ) por presencia de células T.

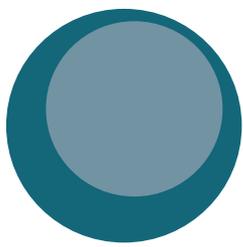
- **Adenocarcinoma metastásico:** Placas eritemato-es- camosas infiltradas, adheridas a planos profundos.¹
- **Tumores cutáneos**⁴
 - **Melanoma:** lesiones pigmentadas asimétricas con bordes irregulares.
 - **Cáncer cutáneo no melanoma:** Dentro de éstos, por un lado, el carcinoma basocelular que se presenta como una pápula perlada (color asalmonado) de crecimiento lento; por otro lado, el carcinoma de células escamosas en el que se visualiza una placa, pápula o nódulo indurado de bordes irregulares que en etapas tardías produce ulceración.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso clínico expuesto con el objetivo de realizar un diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en complejo areola-pezón en la mama: la importancia de un correcto abordaje inicial y orientación diagnóstica ante posibilidad de encontrar una neoplasia mamaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. De De México R de G y. O. Dermatitis en la región mamaria: estudio retrospectivo de 171 pacientes atendidas en el Hospital General Dr. Manuel Gea González [Internet]. Org.mx. [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/dermatitis-en-la-region-mamaria-estudio-retrospectivo-d>.
2. Guevara-Gutiérrez E, Tarango-Martínez VM, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola unilateral tratada con calcitriol tópico. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2008 [citado el 6 de junio de 2023]; 99(6): 500–1. Disponible en: <https://actasdermo.org/es-hiperqueratosis-nevoide-del-pezon-areola-articulo-S0001731008747321>
3. Garrote A. Micosis cutáneas. *Offarm* [Internet]. 2002 [citado el 6 de junio de 2023]; 21(8): 82–90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-micosis-cutaneas-13035868>
4. Pulusani S, Jones E, Throckmorton AD. Dermatological conditions of the breast. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2022 [citado el 6 de junio de 2023]; 102(6): 1043–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36335924/>
5. Waldman RA, Finch J, Grant-Kels JM, Stevenson C, Whitaker-Worth D. Skin diseases of the breast and nipple: Benign and malignant tumors. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio de 2023]; 80(6): 1467–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30452954/>
6. Martín Pérez A, Rodríguez Nevado IM, Chaves Álvarez AJ, Salguero Bodes I. Enfermedad de Paget mamaria. *Semergen* [Internet]. 2008 [citado el 6 de junio de 2023]; 34(9): 470–1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-enfermedad-paget-mamaria-13129705>
7. Muñoz-González H, Molina-Ruiz AM, Requena L. Variantes clínico-patológicas de micosis fungoide. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2017 [citado el 6 de junio de 2023]; 108(3): 192–208. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-variantes-clinico-patologicas-micosis-fungoide-articulo-S0001731016303428>



CASOS CLÍNICOS

15. PLEVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

- M. Yamina Romero-Barzola M.^a; Sierra Santos L.^b; Martínez Esteban C.^c
(^a) Médica de Familia. Médico del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112.
(^b) Médica de Familia del Centro de Salud San Agustín de Guadalix.
(^c) Médica de Familia del Centro de Salud Barrio del Pilar.

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide es una enfermedad cutánea rara inflamatoria y benigna de etiología desconocida y habitualmente autolimitada¹ que representa un reto diagnóstico y terapéutico para el médico de familia, el pediatra y el dermatólogo.

Fue descrita por primera vez por Neisser y Jadassohn en 1894² y actualmente se describen tres formas de presentación: pitiriasis liquenoide varioliforme aguda (PLEVA), pitiriasis liquenoide crónica (PLC) con exacerbaciones frecuentes y la tercera forma grave e infrecuente es la variante úlcero-necrótica febril que puede precisar ingreso y tiene peor pronóstico¹.

A continuación, describimos un caso de PLEVA.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 6 años, con antecedentes de importancia de deleción cromosómica 16p11.2 y retraso madurativo leve, que acude a consulta por un cuadro de un mes de evolución de lesiones cutáneas maculopapulosas eritematosas, algunas con discreta descamación y otras de tipo costroso (impresionaban de estar en diferentes estadios evolutivos) localizadas en tronco y extremidades, incluyendo áreas de flexuras, zona cervical y en la frente hasta el borde del cuero cabelludo. No

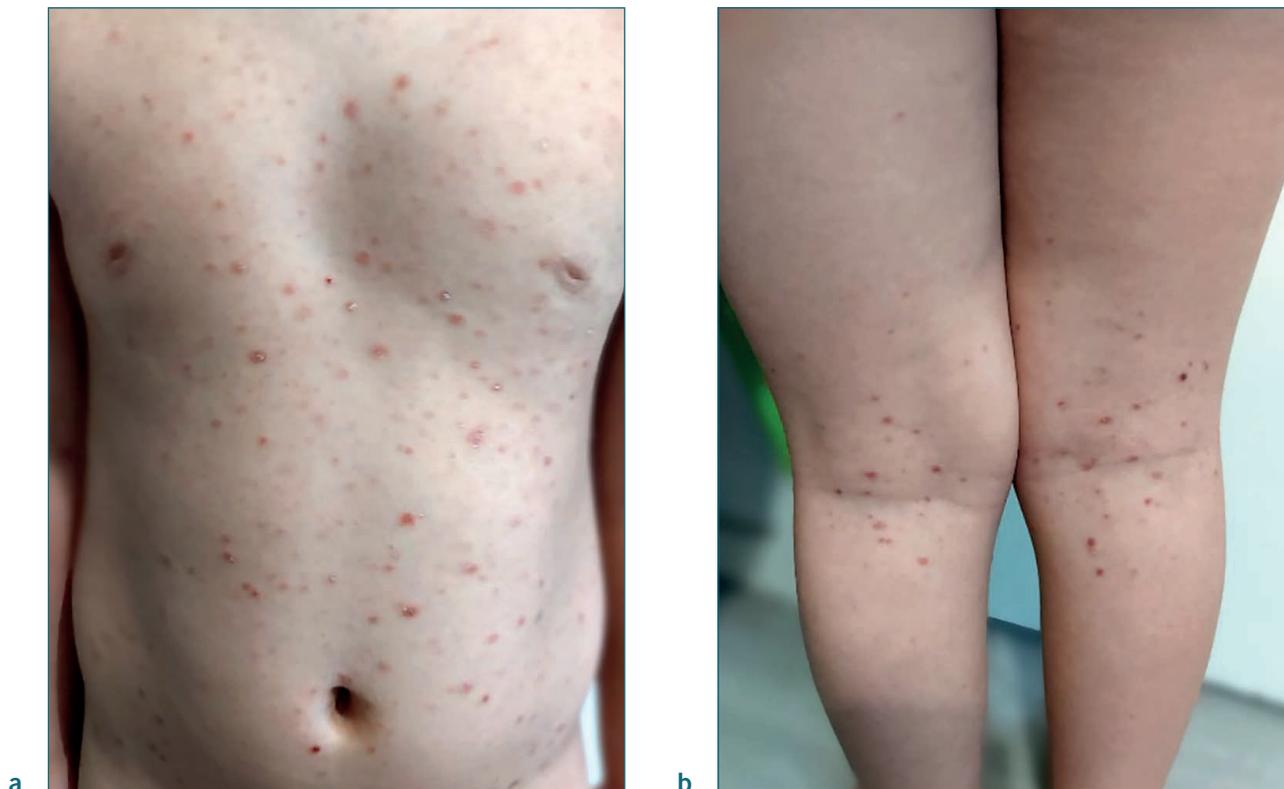


Figura 1. a) Imagen realizada al mes de la erupción de las lesiones, se observa mayor extensión de las lesiones y estas son maculopapulosas, algunas son de tipo costroso. b) Extensión a miembros inferiores incluyendo zonas flexoras.

Imágenes correspondientes al caso clínico, se publican con consentimiento del paciente.

se observaron en palmas ni plantas, no tenían distribución concreta ni eran pruriginosas. Estas lesiones fueron catalogadas previamente como pitiriasis rosada. Los padres no referían otra sintomatología o tratamientos médicos previos. Tras realizarse el seguimiento clínico en Atención Primaria, y ante la evolución de las lesiones, se deriva para su valoración por dermatología (figura 1). En esta consulta realizan analítica (hemograma, bioquímica sanguínea y proteinograma) con parámetros normales. La biopsia tomada de una lesión en el muslo izquierdo puso de manifiesto un infiltrado linfocitario liquenoide constituido sobre todo por linfocitos, hiperplásico y paraqueratósico compatible con pitiriasis liquenoide.

El paciente recibió tratamiento por 6 meses, en un primer momento se pautó azitromicina a dosis de 10mg/kg/ día por una semana. En el control a las 2 semanas cambian el esquema a 3 días consecutivos cada semana. Posteriormente se objetivó que aparecían nuevas lesiones a medida que se resolvían las lesiones anteriores generando una gran extensión de las mismas (figura 2) por lo que se agrega mometasona tópica y se pautan 2 sesiones semanales de fototerapia PUVA. La respuesta a este tratamiento conjunto fue lenta, proponiéndose incluso pautar metotrexato, sin embargo, al término del 4º mes de haberlo iniciado se observa buena evolución, con desaparición de dichas lesiones, apareciendo algunas zonas de hipopigmentación residual.



Figura 2. a, b y c: Imágenes realizadas al iniciar el tratamiento conjunto: se objetivan mayor extensión de las lesiones maculopapulosas abarcando tronco y extremidades.

Imágenes correspondientes al caso clínico, se publican con consentimiento del paciente.

REVISIÓN

La incidencia para la pitiriasis liquenoide es de 1 por cada 2000 habitantes y es más frecuente en varones tanto niños como adultos jóvenes¹.

Dada la incidencia mayor en otoño e invierno se piensa que su etiología puede tener influencia de ciertos agentes infecciosos como los virus (VIH, Parvovirus B19, Citomegalovirus, Epstein-Barr, virus Herpes, Hepatitis C, Adenovirus), bacterias (*Streptococcus*) y parásitos (*Toxoplasma*)^{1,3}. También puede ser inducido por fármacos, drogas, terapia hormonal, quimioterápicos y vacunas. Algunas teorías postulan que podría tratarse de una discrasia primaria de células linfocitos T^{3,4}.

Se caracteriza por una erupción de pápulas descamativas difusas en el tronco, parte proximal de los miembros y pliegues flexores y puede producir prurito, ardor o fiebre. Estas pápulas eritematosas pueden estar cubiertas de escamas finas de tres a cinco milímetros y evolucionan a vesículas o pústulas umbilicadas, quedan con necrosis, hemorragia y un aspecto purpuricocostroso que después caen dejando una cicatriz varioliforme o parche hipopigmentado. En general respetan las palmas las plantas y el cuero cabelludo^{2,4}.

La sospecha es clínica pero el diagnóstico definitivo es por biopsia cutánea. En la histología se observa un infiltrado mononuclear linfocitario perivascular en los vasos de la dermis superficial y linfocitos dispersos en la epidermis (CD8 fundamentalmente en PLEVA y CD4 en PLC)^{1,3}.

El curso de la PLEVA es de remisiones y recaídas, su duración antes de la curación es muy variable, puede ir de semanas hasta años. Se han encontrado escasos informes sobre el desarrollo de linfoma cutáneo de células T en pacientes con antecedentes de PLEVA, los signos que lo sugieren incluyen el desarrollo de placas o parches inflamatorios cutáneos persistentes o nódulos similares a tumores⁴.

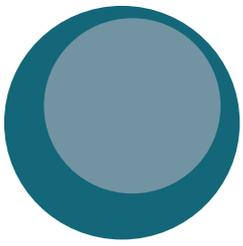
La información sobre las opciones de tratamiento para PLEVA es limitada². Dado que la enfermedad puede ser asintomática y autolimitada, no siempre se requiere tratamiento^{4,5}. Si es necesario, la primera línea son los antibióticos (tetraciclinas y eritromicina) y la fototerapia⁴. El tratamiento adyuvante consiste en el uso de corticoide tópicos y antihistamínicos para el prurito si lo hubiera. También se pueden usar inmunosupresores y tacrolimus tópico¹. En caso de PLEVA refractaria a los antibióticos orales y la fototerapia el metotrexato es una opción de tratamiento teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de su uso⁴.

Es una entidad infrecuente y compleja de difícil diagnóstico que requiere la coordinación del médico de familia, los pediatras y los dermatólogos y de la ayuda inestimable de la anatomía patológica.

Su seguimiento es fundamental debido al riesgo de transformación maligna en linfoma cutáneo de células T^{1,4,5}. Por lo que aunque es una entidad infrecuente la gravedad que conlleva y su seguimiento exhaustivo para prever y diagnosticar la evolución de la enfermedad requiere del conocimiento de la misma por todos los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zegpi MS, Ruiz FM, Porras NK. Pityriasis Lichenoides: Case report and review of the literature. *Rev. Chil. Pediatr.* 2015; 86(2): 121-125. Spanish. doi: 10.1016/j.rchipe.2015.04.024. PMID: 26235693.
2. Bordel Gómez MT, Santos Durán JC, Sánchez Estella J, Yuste Chaves M, Alonso San Pablo MT. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (Mucha-Habermann disease). *An Pediatr (Barc.)* 2007; 66(1): 98-100. Spanish. doi: 10.1016/s1695-4033(07)70310-7. PMID: 17266868.
3. Costa-Silva M, Calistru A, Sobrinho-Simões J, Lisboa C, Azevedo F. Pityriasis Lichenoides et Varioliformis Acuta Associated With Human Herpesvirus 7. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018; 109(7): e6-e10. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.03.023. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29221609.
4. Uptodate. Treat JR. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) [sede Web] Aug 13, 2021 [actualizado en mayo de 2023; acceso 14 de junio de 2023]. Disponible en https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/pityriasis-lichenoides-et-varioliformis-acuta-pleva?search=PITIRIASIS%20LIQUENOIDE%20&topicRef=15287&source=see_link
5. Corral MR, Foncubierta Boj G. Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda: a propósito de un caso. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria Supl.* 2020; (28): 89.



CASOS CLÍNICOS

16. DOCTORA, YO SOY ANTI-MÉDICOS

■ García de Prado Cwierz M¹, Alfonso Martínez P², Llorente de Santiago L³.

⁽¹⁾ Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Galapagar. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid Noroeste.

⁽²⁾ Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Colmenarejo. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid Noroeste.

⁽³⁾ Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Torreldones. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid Noroeste.

INTRODUCCIÓN

La isquemia arterial aguda de las extremidades se define como una disminución repentina en la perfusión de las extremidades, que generalmente produce síntomas y /o signos nuevos que empeoran y a menudo amenazan la viabilidad de las extremidades. La isquemia arterial aguda de las extremidades inferiores se relaciona generalmente con la oclusión arterial, aunque la oclusión venosa extensa (es decir, la flegmasia) también puede provocarla^{1,2}.

La descripción clásica de los pacientes con isquemia arterial aguda se agrupa en una nemotécnica conocida como las "6 P en inglés": dolor, palidez, parálisis, déficit de pulso, parestesia y poiquiloterma.

La enfermedad arterial periférica es responsable de entre el 12-15% de las muertes en Europa. La incidencia de isquemia arterial de las extremidades es de aproximadamente 1,5 casos por cada 10.000 personas al año. Las complicaciones en este tipo de pacientes son altas y, a pesar de la revascularización temprana, las tasas de mortalidad y amputación a los 30 días se encuentran entre el 10 y el 15%. Además, experimentan un aumento de los eventos adversos importantes en el hospital, como infarto de miocardio, exacerbación de la insuficiencia cardíaca congestiva, deterioro de la función renal y complicaciones respiratorias³.

EXPOSICIÓN

Caso clínico desarrollado en ámbito mixto entre Atención Primaria, Hospitalaria y Urgencias. Mujer de 63 años que acudió a consulta por dolor y cambio de coloración en miembro inferior izquierdo de cuatro días de evolución. No presentaba antecedentes personales ni familiares de interés. Respecto a los hábitos tóxicos, es fumadora de entre 1-1.5 paquetes al día. No usuaria de anticonceptivos orales, niega consumo

de otras drogas y/o tóxicos. No presenta otros factores de riesgo cardiovascular.

La paciente refería dolor, cambio de coloración, edema y frialdad en miembro inferior izquierdo desde hace 4 días, sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo. Hace 1 año comenzó con molestias en ese mismo miembro, fue tratada por el servicio de traumatología con diagnóstico de espolón calcáneo. En la exploración física, que se realizó en la consulta, la paciente presentaba buen estado general, estaba bien hidratada, consciente y orientada en las tres esferas. Tenía pulso presente en MID (miembro inferior derecho) y asimétrico con respecto a MII (miembro inferior izquierdo) donde el pulso poplíteo lo palpábamos muy débil. Limitación de movimiento de MII por dolor, no apreciamos deformidad ósea pero sí cambio de temperatura con respecto a la otra extremidad (frialdad en miembro afectado). Color cianótico en bipedestación y palidez cérea en decúbito supino con elevación a 45 grados. Al retirar el calzado se apreciaba palidez en la zona de presión (Figura1). La auscultación cardíaca era rítmica, sin soplos y en la pulmonar el murmullo vesicular estaba conservado y con roncus en ambos campos pulmonares. El abdomen era blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: Glasgow 15, sin alteraciones y sin focalidad, pares craneales normales y resto de exploración normal.

Ante la sospecha de isquemia arterial periférica en miembro inferior izquierdo, se derivó a urgencias para completar estudio y tratamiento.

En urgencias se realizaron las siguientes exploraciones complementarias. Una radiografía de tórax, que se informó como ICT dentro de la normalidad, con refuerzo de la trama bronquial, sin signos de derrame pleural. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 90 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Analítica con hematemetría y hemostasia dentro de la normalidad, bioquímica (glucosa, GOT y LDH elevadas, Na disminuido y resto normal).

Angio-TAC de miembros inferiores urgente que se informó como ateromatosis calcificadas en todo el eje aórtico e ilíaco. No se identificaron estenosis significativas en territorio iliaco. Miembro inferior derecho: Adecuada permeabilidad del territorio arteria femoral y del resto de ramas distales. Miembro inferior izquierdo: Oclusión de la arteria femoral superficial en su tercio distal sin identificarse flujo en el resto de ramas distales a dicha oclusión. Como conclusión, oclusión de la arteria femoral superficial izquierda.

Durante su estancia en urgencias la paciente presenta dolor intenso y se administra SSF 500 cc, Enoxaparina 80 y nolotil intravenoso.

En urgencias se confirmó el diagnóstico de obstrucción arterial aguda en miembro izquierdo y tras consultar telefónicamente con servicio de cirugía vascular se decidió derivar a Hospital Puerta del Hierro a cargo de dicho servicio.

Nueve días después, durante su hospitalización, se realizó TAC abdomino-pélvico por dolor agudo con impotencia funcional de miembro inferior derecho donde preserva pulsos, sospecha de hematoma en psoas y sospecha de patología aórtica abdominal. Se identifican ambos músculos ilio-psoas aumentados, con contenido heterogéneo y con nivel hemático de

predominio derecho con un espesor de 6cm de diámetro AP y del lado izquierdo de 5 cm de diámetro AP, que tras la administración de contraste se evidenció extravasación en fase arterial y que aumentaba en fase venosa, sugestivo de sangrado activo. En resumen, hematomas retroperitoneales en el espesor de ambos músculos ilio-psoas.

Se realizó también Angio-TAC aorta abdominal y de MMII con administración de contraste intravenoso, para realización de estudio en fases arterial y venosa. Se informó como ambos músculos ilio-psoas aumentados, más el derecho, con contenido heterogéneo en relación con episodio de sangrado ya conocido a nivel bilateral. Lengüetas de líquido libre. Sin extravasación de contraste intravenoso. Discreto derrame pleural derecho y colapsos pasivos. MII: Ausencia de repleción de contraste intravenoso desde femoral superficial distal. Se identificó escasa repleción distal por colaterales (vasos peroneos).

Durante su ingreso fue diagnosticada de isquemia aguda de origen trombotico en MII sin salida distal y se decidió manejo médico con perfusión de heparina sódica con buena tolerancia hasta inicio de dolor súbito y proximal en pierna contralateral, se sospechaba sangrado en psoas que confirmó el angio-TAC. Se suspendió la perfusión de heparina y se hizo control



Figura 1. Izq. Las extremidades de la paciente cuando llega a la consulta, no se aprecia el cambio de color que refiere. Dcha. Fotografía realizada tras elevar la extremidad 45 grados en decúbito supino y sentar a la paciente, se observa cambio de coloración en la extremidad afectada.

Imágenes correspondientes al caso clínico, se publican con consentimiento del paciente.

por si se anemizaba. Tras buena evolución se reinició la perfusión de heparina, sin nuevas complicaciones. Dada la evolución clínica se pasó a manejo con heparina de bajo peso molecular más bosentan. Recibió alta hospitalaria para manejo ambulatorio y se le informó que en caso de empeoramiento clínico de la extremidad, el planteamiento quirúrgico sería la amputación mayor (supracondílea).

REVISIÓN

Es importante identificar la isquemia aguda de las extremidades, debido a que es una afección grave asociada con altas tasas de mortalidad y amputación.³

La anamnesis y el examen físico son muy importantes en el manejo de la isquemia arterial de miembros. A menudo es difícil distinguir una etiología embólica de una trombosis in situ, pero es importante debido a las diferentes opciones de tratamiento en la fase aguda y a largo plazo.³

En la trombosis arterial, los pacientes pueden tener claudicación intermitente previa o antecedentes de revascularización de extremidades. Además, tienen comorbilidades significativas como enfermedad arterial coronaria, antecedentes de accidente cerebrovascular, diabetes e insuficiencia renal crónica. Dichos pacientes son ancianos, frágiles y vulnerables al sangrado. No obstante, la presencia de factores de riesgo ateroscleróticos (tabaquismo, diabetes, hipertensión, colesterol elevado, antecedentes familiares) puede sugerir una trombosis in situ.

Las oclusiones embólicas deben sospecharse en pacientes con las siguientes características: inicio repentino y grave (debido a la ausencia de vasos colaterales, el paciente a menudo puede precisar el momento del inicio del evento), antecedentes de embolia, arritmia

que sugiere fibrilación auricular, fuente embólica conocida (cardíaca, aneurisma) y sin antecedentes de claudicación intermitente.^{2,4}

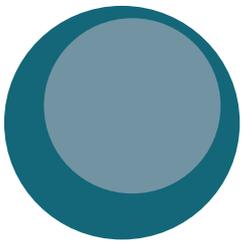
La oclusión arterial aguda conduce a un espasmo vascular intenso y la extremidad aparecerá de color blanco “mármol”. Las siguientes horas, los vasos se relajan y la piel se llena de sangre desoxigenada, lo que lleva a un aspecto moteado que palidece con la presión.

Desde nuestra consulta de atención primaria podemos realizar un examen vascular cuidadoso y sistemático. La palpación bilateral de los pulsos de la ingle, la rodilla y el tobillo puede orientar acerca del sitio de la oclusión y los trastornos del ritmo, como la fibrilación auricular. Un déficit de pulso unilateral con examen de pulso contralateral normal sugiere embolia. Un déficit de pulso bilateral sugiere una complicación aterosclerótica. El examen vascular debe incluir la palpación de las arterias braquial, radial y cubital en busca de posibles sitios de acceso y embolia multisitio. La medición del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con factores de riesgo es la prueba más asequible para una enfermedad que es mayoritariamente asintomática. Las capacidades sensoriales y el déficit motor deben evaluarse también reevaluarse periódicamente. Por último, ante una clínica compatible estaría indicado realizar ecografía Doppler, prueba que a día de hoy es cada vez más frecuente practicarla en Atención Primaria para buscar señales arteriales.

El médico de atención primaria ocupa un papel primordial en la enfermedad arterial periférica del que es ejemplo este caso, ya que podría modificar su pronóstico con diagnóstico precoz, control de factores de riesgo (en este caso el tabaco, siendo la medida preventiva más efectiva) y la implementación de ejercicio físico. Tiene la posibilidad de actuar de forma temprana y agresiva sobre los factores de riesgo, para evitar el primer evento cardiovascular y la pérdida de la extremidad.⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Marc E Mitchell, MD Jeffrey P Carpenter M. Clinical features and diagnosis of acute lower extremity ischemia. UpToDate [Internet]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia?search=isquemia arterial periférica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia?search=isquemia%20arterial%20perif%C3%A9rica&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
2. Rodríguez-Coronado J, García-Cano VA. Dolor en miembro superior [Internet]. [cited 2023 Jul 2]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100009
3. Olinic DM, Stanek A, T A Taru DA, Homorodean C, Olinic M. Acute Limb Ischemia: An Update on Diagnosis and Management. J Clin Med 2019, Vol. 8, Page 1215 [Internet]. 2019 Aug 14 [cited 2023 Jul 2]; 8(8): 1215. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/8/1215/html>
4. Núñez-Rojas G, Lozada-Martínez I, Bolaño-Romero M, Ramírez-Barakat E, Núñez-Rojas G, Lozada-Martínez I, et al. Isquemia arterial aguda de las extremidades: ¿cómo abordarla? Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2020 Mar 27 [cited 2023 Jul 2]; 35(1): 100–7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822020000100100&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Sánchez CSFFL. Guía española de consenso multidisciplinar en enfermedad arterial periférica de extremidades inferiores [Internet]. 1ª. 2012. 82 p. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/guia-consenso-enfermedad-arterial-periferica.pdf>



TABERNA DE PLATÓN

CARTAS A UN JOVEN POETA

“Cartas a un joven poeta” es un epistolario formado por diez cartas que Rainer Maria Rilke envió a Franz Xavier Kappus, un joven que se pone en contacto con él para solicitar sus consejos. Inicialmente le pregunta acerca de la creación poética, y técnicas literarias, pero sucesivamente van estableciendo una relación más personal entre ellos que les lleva a abordar en sus cartas temas como la muerte, el amor, la vida, la soledad, o la fe.

Es un libro que destaca en el género literario y también en el marco de la filosofía, pues el autor intenta responder a las cuestiones, planteando nuevas preguntas, como un humilde maestro haría a su pupilo. Para entender el contexto en el que se sitúa la obra es interesante conocer algo más del autor. Rainer María Rilke nació en Praga en 1875, con una infancia marcada por varias dificultades en el seno de la familia: Por un lado, los problemas de salud de su padre, un oficial ferroviario casado con una mujer de origen judío convertida al cristianismo (por el antisemitismo de la época) que acabaron por divorciarse durante la infancia de Rilke. Complicada fue la relación con su madre Sophie Entz, afectada por la temprana muerte de su primogénita, y que solo sobrevivió a su hijo cinco años. Durante su juventud Rilke ingresó en la escuela militar, por obligación de su padre, pero acabó abandonándola para ingresar en la Universidad de Praga y más tarde en Munich, para estudiar literatura, historia del arte y filosofía. Durante su prolífica vida literaria, se ve influido por múltiples artistas y llega a vivir en varios países de Europa, que marcan una trayectoria con distintas fases literarias en lo que cabría llamar su “pensamiento poético” que, en su caso, se identifica con “el arte poético”, su modo de sentir la vida y el mundo. A su vez Rilke contribuye en gran medida, con su producción literaria a influir en otros artistas. Durante la “etapa objetiva” de su poesía, convierte al poeta en un oráculo, como un visionario desvelador de la entraña del universo, que marcará también a otros filósofos posteriores como Heidegger. A comienzos de 1916, Rilke fue llamado a filas, y se vio obligado a incorporarse al ejército austrohúngaro en Viena. Amigos influyentes intercedieron por él, consiguiendo que unos meses después fuera dispensado del servicio militar. Tras una dura época marcada por la postguerra y la enfermedad, falleció en 1926 en el sanatorio suizo de Val-Mont de leucemia a la edad de cincuenta y un años. Enterrado en el cementerio de Raron (localidad del Valais). Él mismo escogió su

epitafio: “Rosa, oh contradicción pura, deleite de ser sueño de nadie bajo tantos párpados”.

“Cartas a un joven poeta” se presenta como un libro sencillo, austero, con frases claras y llanas que llegan directamente a la diana íntima del lector. Se trata de una lectura liviana, pero con presencia, consistente, en la que cada enunciado parece que se quedara haciendo eco en nuestra mente. Se trata de un texto atemporal, que habla de la vida, del arte, del sentir, del miedo y sorprende que enmarcándose en la complicada época de principios del S. XX, dilucida conceptos sobre la sexualidad o incluso el feminismo que bien podrían aterrizar en nuestro presente actual. Apto para todos los públicos, en especial amantes de la filosofía, la poesía y el arte en general. El núcleo central y constante de la actitud de Rilke es el sentido de su trabajo y de su vida, que podría caracterizarse como arte hecho religión. Según el autor, el poeta, es decir, “el artista”, ha de estar llamado por la vocación absoluta, por la conciencia de que se moriría si no escribiera, y debe aceptar esa exigencia vital sin preocuparse por lo que otros opinen sobre sus escritos. Tal destino impone soledad total y condiciona también su ideal del amor, y del destino ligado a su imagen de Dios, como fruto final de la creación de todas las generaciones humanas. El joven poeta de este epistolario, Franz Xavier Kappus, publicaría las cartas del maestro, después de la muerte de éste, a más de veinte años de distancia.

A modo de acercamiento a la lectura de este epistolario, podríamos hacer un recorrido por los principales temas que se tratan en el intercambio de las misivas entre los dos autores, y qué mejor forma que con su propia voz.

La vocación y la creación poética está presente desde las primeras cartas, donde Rilke habla con franqueza intentando aconsejar a su pupilo, sobre cómo alcanzar la verdadera esencia del poeta. “Entre en usted. Examine ese fundamento que usted llama escribir; ponga a prueba si extiende sus raíces al lugar más profundo de su corazón; reconozca si se moriría usted si se le privara de escribir. Pregúntese en la hora más silenciosa de su noche ¿debo escribir? Si responde con un enérgico y sencillo, debo entonces construya su vida según esa necesidad, aproxímese a la naturaleza”. “Si su vida cotidiana le parece pobre, no se queje de ella, quéjese de usted mismo, dígame

que no es bastante poeta como para conjurar sus riquezas: pues para los creadores ni hay pobreza, ni lugar pobre o indiferente". Para Rilke, una obra de arte solo puede ser válida, buena, cuando brota de la más profunda necesidad del autor por escribir, lo que exige un profundo autoconocimiento.

La soledad es uno de los hilos conductores que se pueden leer a lo largo de todos los pasajes. "En el fondo, y precisamente, en las cosas más profundas e importantes, estamos indeciblemente solos". El autor hace continuas referencias a la creación poética, el "ser" artista y el valor del maestro. "Viva usted algún tiempo en estos libros, aprenda lo que le parezca digno de aprenderse, pero, sobre todo ámelos". "Las obras de arte son de una infinita soledad y con nada pueden alcanzarse menos que con la crítica". Rilke aspira a una soledad que nace de lo más profundo del ser humano, y que para él resulta un valor fundamental hacia la verdad en el arte, y en la vida.

Otros temas destacados, que el autor presenta engranados entre sí, son la paciencia y la humildad, que están presentes sobre todo en las cartas segunda, tercera y cuarta, donde envuelve todo el discurso. "Todo es gestar y luego parir". "Aguardar con honda humildad y paciencia el descenso de una nueva claridad". "Querría rogarle que tenga paciencia con todo lo que no está resuelto en su corazón, y que intente amar las preguntas mismas, como cuartos cerrados y libros escritos en un idioma extraño". "Viva usted ahora las preguntas. Quizá luego, poco a poco, sin darse cuenta, vivirá un día lejano entrando en la respuesta".

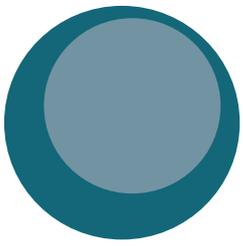
Del discurso de Rilke emana una fuerza, una energía esencial que quiere transmitir al destinatario de las cartas refiriéndose al esfuerzo, y a alcanzar "lo difícil" como un objetivo en sí mismo "Que algo sea difícil debe ser una razón más para que lo hagamos". "También amar es bueno, pues el amor es difícil". Y desde este amor, atraviesa un camino literario en sus consejos al pupilo, apelando a la infancia, a la maternidad, a la crianza y también al feminismo como una entidad a llamarse propia. "Un día existirá la muchacha y la mujer cuyo nombre no signifique meramente una oposición a lo masculino, sino algo por sí, algo que no se piense como un completamiento y un límite, sino solo vida y existencia: la persona femenina. Este progreso cambiará la idea del amor, que ahora está llena de error convirtiéndola en una relación que se entienda de persona a persona, no ya de hombre a mujer". Estos postulados, que bien podrían parecer unas reflexiones del tiempo presente, eran sin embargo revolucionarios para la época y sociedad de entonces, pues fueron escritos en la carta séptima del

epistolario, que está fechada en 1904, es decir hace más de ciento veinte años. Impresiona la visión abierta y crítica de la vida, el amor, las relaciones sociales que es capaz de alcanzar Rilke en sus reflexiones.

Se crea una bonita sensación al leer como las cartas que envía Rilke nacen desde distintas ciudades de Europa (Pisa, Berlin, Roma, Jonsered), como si fuéramos acompañando al autor en su viaje vital durante esos años y siendo testigos de su propia evolución. Por ejemplo, la carta cuarta la escribe durante su estancia en Roma, entre su impresión por la belleza artística en cada rincón y su rechazo a la costumbre y al "turbio ambiente de museo que exhala". Y en este viajar, también destacan las alusiones constantes entre la salud y la naturaleza "Hace unos diez días he dejado París, lleno de sufrimientos y fatiga, y he venido a una gran llanura nórdica, cuya amplitud, silencio y cielo me han de devolver la salud". Por otro lado, en cada una de las misivas además de presentar una consistente reflexión sobre el tema que quiere abordar, acompañamos al autor por su propio viaje emocional. Desde las primeras cartas enérgicas, que invocan a la esperanza, a la luz, a la vida, las últimas cartas ya dejan entrever un carácter más gris, y hondo, probablemente también en relación con su propio deterioro de salud. "Cuanto más silencioso, pacientes y abiertos estemos en la tristeza, más honda y certeramente entrará en nosotros lo nuevo". En este trance, sobre el miedo y lo inexplicable llega a evocar a Dios. Aconseja Rilke que estemos siempre dispuestos a una transformación, abiertos al porvenir, a "salir de nuestra zona de confort", porque es ahí donde encuentra la verdad.

En realidad, este sencillo epistolario en algunos momentos parece convertirse en un pequeño tratado de epistemología, pues aborda el conocer en sí mismo, y así describe en una de sus últimas cartas: "Y su duda puede llegar a ser una buena cualidad si usted la educa. Debe llegar a ser sabedora, debe llegar a ser crítica. Pero usted no ceda, exija argumentos y trátela así cada vez, atenta y consecuentemente, y llegará el día en que, de ser destructora, pasará a convertirse en su mejor trabajadora, quizá la más sensata de todas las cosas que trabajen en su vida". Y con este último consejo del maestro, que nos alienta a dudar, a dudar bien, con criterio y a perfeccionar cada día nuestro pensamiento crítico, se resumen el ánimo y la intención de este pequeño libro, cuyo análisis profundo podría ser más extenso que él mismo. Sigamos pues los consejos del maestro, quedando abiertos al futuro, al arte, a la filosofía y a la poesía, para que sepamos encontrarlas en todas las pequeñas cosas que nos rodean.

Beatriz García García
Grupo de Bioética de la SoMaMFyC



LECTURA COMENTADA

¿ES LA ASPIRINA DE TODA LA VIDA EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN TROMBÓTICA POST-FRACTURA?

■ Roviralta Abildúa B.¹, León Vázquez F.²

⁽¹⁾ Residente 3er año. MFyC

⁽²⁾ MFyC. Tutor de residentes

CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Hoy traemos a esta sección un sugerente ensayo clínico que compara el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) frente a heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la profilaxis antitrombótica después de una fractura¹. Como sabemos, la enfermedad tromboembólica venosa es una complicación potencialmente mortal que puede darse tras el tratamiento quirúrgico de una fractura. Y aunque actualmente existe un amplio consenso en práctica habitual, basado en las guías clínicas², para recomendar profilaxis antitrombótica con HBPM para reducir este riesgo, las guías más recientes incorporan las conclusiones de ensayos y metaanálisis que sugieren que el AAS podría ser una alternativa válida a la HBPM como profilaxis antitrombótica, incluso con un mejor perfil de seguridad³, además de añadir ventajas en cuanto a coste y comodidad para el paciente por su vía de administración oral en lugar de subcutánea.

En esta línea, hemos leído el ensayo PREVENT CLOT que nos ocupa, y que se llevó a cabo en 21 centros de traumatología de Estados Unidos y Canadá. Incluyó a 12.211 pacientes mayores de 18 años que presentaron una fractura tratada quirúrgicamente en una extremidad superior (desde muñeca hasta hombro), inferior (desde cadera hasta tobillo) o fractura pélvica o acetabular tratada o no quirúrgicamente. La mayoría de los pacientes fueron hombres (62,3%) con una media de 44,6 años y características demográficas, clínicas y quirúrgicas similares en el grupo control y de intervención. Fueron asignados de forma aleatoria 1:1 para recibir enoxaparina 30mg/12 horas subcutánea (6110 pacientes) o AAS oral 81mg/12 horas (6101 pacientes). Se trata de un ensayo clínico pragmático, multicéntrico y aleatorizado, analizado por intención de tratar; pero **no ciego**, pues tanto los pacientes como los médicos conocían el grupo asignado. La mediana de seguimiento fue de 90 días.

El objetivo primario del ensayo fue la muerte ocurrida en los primeros 3 meses por cualquier causa. Los objetivos secundarios fueron: muerte por tromboembolismo pulmonar (clasificada en tres tipos: relacionada con embolismo pulmonar, posiblemente relacionada

con embolismo pulmonar y poco relacionada con embolismo pulmonar), embolismo pulmonar no mortal y trombosis venosa profunda. Los resultados secundarios de seguridad fueron eventos hemorrágicos, complicaciones de la herida quirúrgica o infección de ésta.

La muerte por cualquier causa se produjo en 47 pacientes en el grupo de intervención con AAS frente a 45 en el grupo heparina, no hubo una diferencia significativa: AAS no fue inferior a la HBPM ($P < 0,001$) ni tampoco superior ($P = 0,63$) para prevenir cualquier evento fatal. Respecto a las muertes relacionadas directamente con embolismo pulmonar, los resultados fueron similares. La embolia pulmonar no mortal en los primeros 90 días ocurrió en el 1,5% de cada grupo. La trombosis venosa profunda sí tuvo diferencias, ocurrió en 151 pacientes (2,51%) en el grupo AAS y en 103 pacientes (1,71%) en el grupo heparina (diferencia del 0,8% con un IC del 95%).

Respecto a los resultados de seguridad, los eventos hemorrágicos, las complicaciones de la herida quirúrgica y la infección de ésta ocurrieron en 834, 8 y 103 pacientes en el grupo AAS respectivamente y en 869, 14 y 93 pacientes en el grupo HBPM respectivamente; sin diferencias estadísticamente significativas (figura 1).

El resultado del análisis *por protocolo* fue consistente con el hallazgo del *análisis por intención de tratar* y el hallazgo de no inferioridad de la AAS en la prevención de muerte por cualquier causa fue coherente con los resultados de los objetivos secundarios. Además, no se apreció mayor riesgo de seguridad en la tromboprofilaxis con AAS o evidencia de efectividad diferencial en relación con la edad del paciente.

Con todo esto, los autores de este estudio afirman que sus resultados se asemejan con los de un ensayo previo que sugiere que AAS es tan segura y eficaz como la HBPM para prevenir el tromboembolismo mortal tras una fractura⁴. La menor incidencia de trombosis venosa profunda observada en pacientes que recibieron HBPM frente a los de AAS coincide

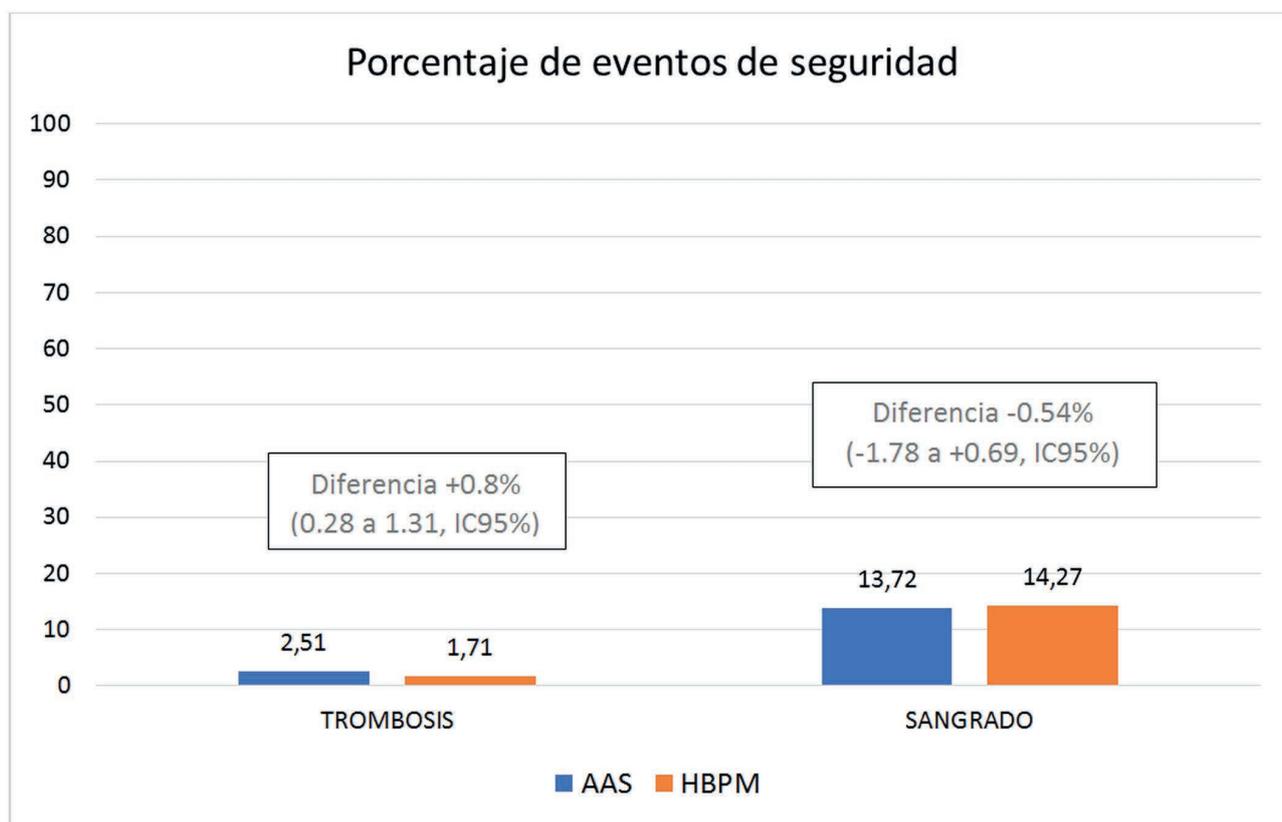


Figura 1. Diferencia porcentual de eventos de seguridad (trombosis venosa profunda y complicaciones hemorrágicas) a 90 días entre Ácido Acetil Salicílico (AAS) y Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM). Adaptado de referencia 1.

con la tendencia descrita en tres ensayos previos con pacientes que se habían sometido a una artroplastia de cadera o rodilla, aunque en aquellos estudios las diferencias no siempre fueron estadísticamente significativas⁵⁻⁷.

Cabe mencionar las limitaciones que reconocen los propios autores:

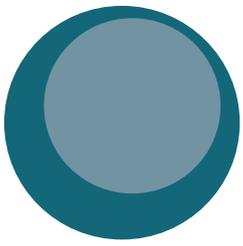
- El antecedente de fractura fue el único factor de riesgo para tromboembolismo solo en un cuarto de los pacientes, la mayoría tenían además otros factores de riesgo.
- Se administraron dos dosis de HBPM a todos los pacientes en un primer momento, antes de obtener el consentimiento para participar en el estudio.
- La duración de la profilaxis estuvo condicionada según el hospital donde se llevó a cabo el estudio.
- Existe un sesgo de vigilancia por el hecho de no ser un estudio ciego.
- Se modificó el objetivo primario una vez iniciado el estudio estuvo, de muerte relacionada con embolismo pulmonar a muerte por cualquier causa.

La necesidad de pincharse la “heparina” obliga a los médicos y enfermeras de familia y comunitaria a realizar una mínima formación al paciente (o familiar) y un seguimiento de la correcta aplicación del tratamiento, genera dependencia por parte del paciente cuando carece de la habilidad suficiente para administrarse la HBPM y ocasiona los inevitables hematomas abdominales que a menudo les preocupan. De confirmarse en otros estudios las conclusiones de este ensayo, podría cambiar el manejo postquirúrgico de las fracturas en pacientes que son atendidos en atención primaria una vez dados de alta hospitalaria tras la cirugía. Queda por resolver la mayor incidencia de trombosis venosas profundas con AAS. Cambiar esta rutina por una medicación oral, eficaz, segura y barata resulta atractivo, más aún cuando la tendencia en otros estudios es comparar HBPM con los nuevos anticoagulantes de acción directa, que cuando menos no tienen la ventaja del precio⁸.

Este ensayo clínico no ha permitido modificar aún nuestra práctica habitual, pero merece nuestra atención por el cambio de paradigma que esto supondría, su aplicabilidad y quizás la posibilidad de extender sus conclusiones a otros procesos de inmovilización posttraumática que no requieren cirugía (inmovilizaciones de tobillo, rodilla...) que hoy heparinizamos en paciente de riesgo y podríamos antiagregar como alternativa⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Major Extremity Trauma Research Consortium (METRC); O'Toole RV, Stein DM, O'Hara NN, Frey KP, Taylor TJ, Scharfstein DO, *et al.* Aspirin or Low-Molecular-Weight Heparin for Thromboprophylaxis after a Fracture. *N Engl J Med.* 2023 Jan 19; 388(3): 203-213.
2. Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, *et al.* Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012; 141: Suppl: e278S-e325S.
3. Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, Dentali F, Francis CW, Garcia DA, *et al.* American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv.* 2019 Dec 10; 3(23): 3898-3944.
4. Haac BE, O'Hara NN, Manson TT, *et al.* Aspirin versus low-molecular-weight heparin for venous thromboembolism prophylaxis in orthopaedic trauma patients: a patient-centered randomized controlled trial. *PLoS One* 2020; 15(8): e0235628.
5. Westrich GH, Bottner F, Windsor RE, Laskin RS, Haas SB, Sculco TP. VenaFlow plus lovenox vs VenaFlow plus aspirin for thromboembolic disease prophylaxis in total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2006; 21: Suppl 2: 139-43.
6. Zou Y, Tian S, Wang Y, Sun K. Administering aspirin, rivaroxaban and low-molecular-weight heparin to prevent deep venous thrombosis after total knee arthroplasty. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2014; 25: 660-4.
7. CRISTAL Study Group, Sidhu VS, Kelly TL, *et al.* Effect of aspirin vs enoxaparin on symptomatic venous thromboembolism in patients undergoing hip or knee arthroplasty: the CRISTAL randomized trial. *JAMA* 2022; 328: 719-27.
8. Hickey BA, Watson U, Cleves A, Alikhan R, Pugh N, Nokes L, Perera A. Does thromboprophylaxis reduce symptomatic venous thromboembolism in patients with below knee cast treatment for foot and ankle trauma? A systematic review and meta-analysis. *Foot Ankle Surg.* 2018 Feb; 24(1): 19-27.



CARTA AL DIRECTOR

MEDICINA DE FAMILIA

Me preguntabas hace algunos años sobre a qué especialidad me quería dedicar y medicina de familia nunca fue una respuesta. Hoy, lo tengo claro. En estos 3 años de práctica clínica, donde en muchas ocasiones he sentido que algunos han olvidado que alguna vez estuvieron donde yo estoy ahora, nunca había salido tan contenta de una rotación. Atención primaria ha marcado un antes y un después en mi formación. Ahora veo que la enseñanza de la medicina está en manos de quienes quieren curar y aman su profesión.

Durante este periodo, he compartido tiempo con muchos pacientes, ninguno igual que el anterior, y he podido comprender la importancia de esta especialidad, que aunque veces parezca ser la olvidada es indudablemente la más importante y la puerta de la medicina. Sin duda lo que más me ha robado el corazón son aquellos pacientes “de siempre”, los que depositan su confianza en su médico de cabecera y lo visitan con frecuencia, esos pacientes que piden cita para contarte una buena noticia o ponerte al día sobre su vida. Esa cercanía es lo que hace que medicina de familia sea la especialidad más bonita de todas.

Por otro lado, la atención primaria también tiene su parte negativa, como la inmensa cantidad de pacientes que se atienden por día, la frustración y la impotencia de no poder resolver ciertos problemas por no poseer las competencias o actuar como psiquiatra ante aquellos pacientes en paro, deprimidos o angustiados sin tener una clara respuesta sobre lo que les ocurre ni el tiempo necesario para poder hablar de lo que les preocupa. Estas limitaciones hacen que el médico de familia se vea obligado a derivar a sus pacientes a otro especialista, cuando quizás, no es realmente necesario.

El centro de salud “Segovia” me ha hecho parte desde el primer día. El ambiente cálido que existe entre cada uno de los profesionales que trabajan en él es lo que lo hace tan especial. Asistir diariamente ha sido para mí una motivación increíble para seguir formándome en lo que es mi vocación, la medicina.

Y a mi tutora, gracias, especialistas como tú son el claro ejemplo de la importancia de la atención primaria. Conoces a tus pacientes mejor que ellos a sí mismos y eres para ellos un pilar esencial. Es lo que me ha marcado profundamente, el vínculo médico-paciente tan bonito que se genera en el ámbito de la medicina de familia.

Lia Placeres Alfonso
Estudiante medicina 6º curso