MÉDICOS DE FAMILIA

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

Nº 1 • VOL 26 ABRIL 2024

5 **EDITORIAL**
Cotillas Rodero A.

6 **VOCALÍA DE RESIDENTES**
PRINCIPIOS Y FINALES. LAS ÚLTIMAS SEMANAS EN LA CONSULTA
Del Pozo Valero R.

7 **GRUPOS DE TRABAJO**
XXX CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "RECONSTRUYENDO LOS PILARES"
ACTUALIZACIONES "PLIS - PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.
1. **PLIS PLAS GDT NEFROUROLOGÍA. "LO QUE VALE UN RIÑÓN"**
Sanz Rodrigo M. C., Tsalavoutas Psarras K., Rubio Mancha I., Noguerol Álvarez M., Molero García J.M., Palancar de la Torre J.L.
2. **PLIS PLAS GDT SALUD MENTAL. ATENCIÓN PRIMARIA Y PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿CÓMO NOS VEN?**
Pelaez Laguno C.
3. **PLIS PLAS GDT SALUD LGTBIQ+. "QUÉ DEMASIAO, TODOS LOS PELIGROSOS NOS HEMOS JUNTAO"**
Cervera Centenero J.M.
4. **PLIS PLAS GDT DE MÉDICOS JUBILADOS: "NUESTRAS PROPUESTAS"**
Muñoz García J.C., de la Cámara González C., Agudín Rodríguez N., Álvarez Herrero C., Alzugaray García-Diego M.T., Cañas de Paz R., Casanova Corominas J.M., Lorenzo Cáceres Ascanio A., Sánchez Salvador J., Vallejo Sánchez-Monge P.
5. **PLIS PLAS GDT GAT. ACTUALIZACIÓN EN TABACO**
Serrano Serrano ME., Minué Lorenzo C., Olano Espinosa E., Camarelles Guillem F., Gámez Cabero MI., Granados Garrido JA., González Romo I., Suberviola Martínez J.
6. **PLIS PLAS GDT LEX ARTIS. EL NUEVO SISTEMA LEGAL DE "APOYO A LA DISCAPACIDAD" QUE SUSTITUYE A LA "INCAPACITACIÓN".**
León Vázquez F.

25 **INCIDENTE CRÍTICO**
1. **COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. "PREVENCIÓN Y SEGUIR EL PROTOCOLO EN SITUACIONES DIFÍCILES EN PEDIATRÍA"**
Llorente de Santiago L.; Crespo Oñate A.; Martínez Armas A.; Cáliz Rodríguez C. González Araujo I.; Casaseca García P.
2. **CUANDO LO ORGÁNICO Y LO MENTAL SE COMBINAN: LA ESQUIZOFRENIA EN LA URGENCIA**
González Araujo I., Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Ciria de Pablo C.
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., González Araujo I., Martínez Armas A., Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.
4. **DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DE RESISTENCIA Y COMUNICACIÓN EFECTIVA**
Crespo Oñate A., Caliz Rodríguez C., González Araujo I., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.
5. **DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA PRIMERA GUARDIA: MANEJO DE ITS Y COMUNICACIÓN EFECTIVA CON PACIENTES ALTERADOS**
González Araujo I., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.

35 **ORIGINAL**
1. **GASTO DE BOLSILLO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA CON DIABETES MELLITUS**
Tovar Méndez I., Villarreal Ríos E., Galicia Rodríguez L., Rosas Marín L.E., del Rayo Guerrero Mancera M., Franco Saldaña M.
2. **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA POR DEPÓSITO GRASO NO ALCOHÓLICA Y DE FIBROSIS AVANZADA EN PRINCIPALES GRUPOS DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
Maté Calvo I., Pardo Moreno G., Cordero Hoyo A.M.

49 **CASOS CLÍNICOS**
1. **¿ES SARNA PERSISTENTE?**
Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Rodríguez Arilla A., Rodríguez Cerro M., Bermejo Fernández F.
2. **HOLIDAY HEART SÍNDROME: PALPITACIONES Y ALCOHOL. UNA MALA MEZCLA**
Martín González M., Pineda Torcuato A., De Prada Rodriguez MA.
3. **MANEJO DE MUCOCELE SUBEPIDÉRMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
Sánchez Galindo B., Sánchez Galindo F.J.
4. **FRACTURA AVULSIÓN EPICONDÍLEA: NUEVOS HORIZONTES CON LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA**
Angulo García C., Cubero Sobrados C., García de Francisco S., Cardama Cabrera S., García de Francisco A.
5. **CUANDO LA PIEL HABLA: EL DESAFÍO CLÍNICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA DE DIFÍCIL CONTROL Y EL IMPÉTIGO CONCOMITANTE**
Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., González Araujo I., Marmolejos del Rosario R.K., Jorge Contreras M.V., Barrio Rufino A.
6. **MI HERMANO HACE SEMANAS QUE NO SALE DE LA CAMA...**
Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano H., Gil Cidoncha M.
7. **BAJO LA SUPERFICIE: LA BASE DEL CAMINO DIAGNÓSTICO**
Crespo Oñate A., Casaseca García P., Llorente de Santiago L.

SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria

8. **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA**
R. Hernando Nieto R., E. Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
9. **CÁNCER CUTÁNEO DE APARIENCIA BENIGNA: TUMOR DE CÉLULAS DE MERKEL**
Romero Barzola M.Y., Lucía Sierra-Santos L., Martínez Esteban C.
10. **RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN ADULTO**
Jiménez Jiménez E.M., Martín de Diego C.E.
11. **DOLOR EN GUILLAIN-BARRÉ, ¿UNA MANIFESTACIÓN DESAPERCIBIDA?**
Sansone C., Garcia R. Maria F., Valdes Villar M.
12. **"DOCTOR, ME DA MIEDO TOSER"**
Ondiviela Caja J. A., Calonge García M. E.
13. **¿NECESITA MÁS MORFINA?**
Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Rodríguez Arilla A., Ramos Caballero MJ., Bermejo Fernández F.

84 **TABERNA DE PLATÓN**

LOS HOMBRES NO SON ISLAS. LOS CLÁSICOS NOS AYUDAN A VIVIR
Fernández Vicente T.

86 **LECTURA COMENTADA**

¿RECETAREMOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS?
Llanes de Torres R.

88 **CARTA AL DIRECTOR**

1. **REFLEXIÓN SOBRE LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA**
Lopez Gil A.
2. **DENERVACIÓN RENAL. ESTAMOS REALMENTE ANTE EL FINAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE**
María Tablado M.A., Ponce Martín I.

SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria

MÉDICOS DE FAMILIA

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

Nº 1 • VOL 26 ABRIL 2024

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado
Comité Editorial: Javier Bris Pertiñez. Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes de Torres, Miguel Ángel María Tablado, Juan Carlos Muñoz García, Isabel Prieto Checa
Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

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

Presidencia: Alberto Cotillas Rodero. **Vicepresidencia:** Alejandra Montero Costa.
Secretaría: Andrea Artime Artime. **Tesorería:** Miguel Ángel María Tablado.
Vocalía de Investigación: Jaime Barrio Cortes y Rodrigo Medina García.
Vocalía de Formación: Cristina Cáceres Cortes y Lidia Arias Tobeña.
Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca.
Vocalía de Residentes: Almudena Castaño Reguillo. **Vocalía de JMF:** Iranzu Sánchez Los Arcos.
Vocal del PACAP: Adrián Carrasco Munera. **Vocal del Papps:** Raquel Cervigon Portaencasa.
Vocalía de Tutores: Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Cristina de la Cámara González.
Vocal Apoyo a Presidencia y Vicepresidencia: Paula Chao Escuer.

REVISTA EDITADA POR:
SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid
Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79
E-mail: somamfyc@somamfyc.com • 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**

Cotillas Rodero A.

6 **VOCALÍA DE RESIDENTES**

PRINCIPIOS Y FINALES. LAS ÚLTIMAS SEMANAS EN LA CONSULTA
Del Pozo Valero R.

7 **GRUPOS DE TRABAJO**

XXX CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "RECONSTRUYENDO LOS PILARES"
ACTUALIZACIONES "PLIS - PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.

1. **PLIS PLAS GDT NEFROUROLOGÍA. "LO QUE VALE UN RIÑÓN"**
   Sanz Rodrigo M. C., Tsalavoutas Psarras K., Rubio Mancha I., Noguerol Álvarez M., Molero García J.M., Palancar de la Torre J.L.
2. **PLIS PLAS GDT SALUD MENTAL. ATENCIÓN PRIMARIA Y PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE: ¿CÓMO NOS VEN?**
   Pelaez Laguno C.
3. **PLIS PLAS GDT SALUD LGTBIQ+. "QUÉ DEMASIAO, TODOS LOS PELIGROSOS NOS HEMOS JUNTAO"**
   Cervera Centenero J.M.
4. **PLIS PLAS GDT DE MÉDICOS JUBILADOS: "NUESTRAS PROPUESTAS"**
   Muñoz García J.C., de la Cámara González C., Agudín Rodríguez N., Álvarez Herrero C., Alzugaray García-Diego M.T., Cañas de Paz R., Casanova Corominas J.M., Lorenzo Cáceres Ascanio A., Sánchez Salvador J., Vallejo Sánchez-Monge P.
5. **PLIS PLAS GDT GAT. ACTUALIZACIÓN EN TABACO**
   Serrano Serrano ME., Minué Lorenzo C., Olano Espinosa E., Camarelles Guillem F., Gámez Cabero MI., Granados Garrido JA., González Romo I., Suberviola Martínez J.
6. **PLIS PLAS GDT LEX ARTIS. EL NUEVO SISTEMA LEGAL DE "APOYO A LA DISCAPACIDAD" QUE SUSTITUYE A LA "INCAPACITACIÓN".**
   León Vázquez F.

25 **INCIDENTE CRÍTICO**

1. **COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. "PREVENCIÓN Y SEGUIR EL PROTOCOLO EN SITUACIONES DIFÍCILES EN PEDIATRÍA"**
   Llorente de Santiago L.; Crespo Oñate A.; Martínez Armas A.; Cáliz Rodríguez C. González Araujo I.; Casaseca García P.
2. **CUANDO LO ORGÁNICO Y LO MENTAL SE COMBINAN: LA ESQUIZOFRENIA EN LA URGENCIA**
   González Araujo I., Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Ciria de Pablo C.
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., González Araujo I., Martínez Armas A., Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.
4. **DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DE RESISTENCIA Y COMUNICACIÓN EFECTIVA**
   Crespo Oñate A., Caliz Rodríguez C., González Araujo I., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.
5. **DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA PRIMERA GUARDIA: MANEJO DE ITS Y COMUNICACIÓN EFECTIVA CON PACIENTES ALTERADOS**
   González Araujo I., Llorente de Santiago L., Cáliz Rodríguez C., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.

35 **ORIGINAL**

1. **GASTO DE BOLSILLO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA CON DIABETES MELLITUS**
   Tovar Méndez I., Villarreal Ríos E., Galicia Rodríguez L., Rosas Marín L.E., del Rayo Guerrero Mancera M., Franco Saldaña M.
2. **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA POR DEPÓSITO GRASO NO ALCOHÓLICA Y DE FIBROSIS AVANZADA EN PRINCIPALES GRUPOS DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
   Maté Calvo I., Pardo Moreno G., Cordero Hoyo A.M.

49 **CASOS CLÍNICOS**

1. **¿ES SARNA PERSISTENTE?**
   Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Rodríguez Arilla A., Rodríguez Cerro M., Bermejo Fernández F.
2. **HOLIDAY HEART SÍNDROME: PALPITACIONES Y ALCOHOL. UNA MALA MEZCLA**
   Martín González M., Pineda Torcuato A., De Prada Rodriguez MA.
3. **MANEJO DE MUCOCELE SUBEPIDÉRMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
   Sánchez Galindo B., Sánchez Galindo F.J.
4. **FRACTURA AVULSIÓN EPICONDÍLEA: NUEVOS HORIZONTES CON LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA**
   Angulo García C., Cubero Sobrados C., García de Francisco S., Cardama Cabrera S., García de Francisco A.
5. **CUANDO LA PIEL HABLA: EL DESAFÍO CLÍNICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA DE DIFÍCIL CONTROL Y EL IMPÉTIGO CONCOMITANTE**
   Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., González Araujo I., Marmolejos del Rosario R.K., Jorge Contreras M.V., Barrio Rufino A.
6. **MI HERMANO HACE SEMANAS QUE NO SALE DE LA CAMA...**
   Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano H., Gil Cidoncha M.
7. **BAJO LA SUPERFICIE: LA BASE DEL CAMINO DIAGNÓSTICO**
   Crespo Oñate A., Casaseca García P., Llorente de Santiago L.
8. **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA**
   R. Hernando Nieto R., E. Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
9. **CÁNCER CUTÁNEO DE APARIENCIA BENIGNA: TUMOR DE CÉLULAS DE MERKEL**
   Romero Barzola M.Y., Lucía Sierra-Santos L., Martínez Esteban C.
10. **RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN ADULTO**
    Jiménez Jiménez E.M., Martín de Diego C.E.
11. **DOLOR EN GUILLAIN-BARRÉ, ¿UNA MANIFESTACIÓN DESAPERCIBIDA?**
    Sansone C., García R. María F., Valdes Villar M.
12. **"DOCTOR, ME DA MIEDO TOSER"**
    Ondiviela Caja J. A., Calonge García M. E.
13. **¿NECESITA MÁS MORFINA?**
    Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Rodríguez Arilla A., Ramos Caballero MJ., Bermejo Fernández F.

84 **TABERNA DE PLATÓN**

LOS HOMBRES NO SON ISLAS. LOS CLÁSICOS NOS AYUDAN A VIVIR
Fernández Vicente T.

86 **LECTURA COMENTADA**

¿RECETAREMOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS?
Llanes de Torres R.

88 **CARTA AL DIRECTOR**

1. **REFLEXIÓN SOBRE LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA**
   López Gil A.
2. **DENERVACIÓN RENAL. ESTAMOS REALMENTE ANTE EL FINAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE**
   María Tablado M.A., Ponce Martín I.

EDITORIAL

Hola a tod@s:

Los días pasan raudos y la actividad de la Sociedad se mantiene constante.

Y para ejemplo, la reciente indexación de esta revista que estáis leyendo en Dialnet gracias al trabajo del comité editorial de la misma.

En estos meses, hemos tenido muchos otros ejemplos de cambios en la Sociedad, pero también de cambios en el medio en que operamos.

En la primera parte tenemos el cambio de la sede que compartimos con semFYC. Como sabréis, en febrero hemos firmado la venta del histórico local de la sociedad en la calle Fuencarral y hemos adquirido un nuevo local en la calle Téllez en aras de poder realizar actividades formativas de mayor número de personas en nuestra sede. Estamos en el momento de decidir qué disposición del espacio deseamos, así que cualquier sugerencia que nos queráis hacer llegar es bienvenida.

También en esta parte interna cabe destacar que contamos con una persona encargada de la comunicación de la sociedad desde noviembre, María Gómez. Habréis podido notarlo en las redes sociales, que mantienen una cadencia regular en sus contenidos. En este sentido, os animo a avisar a María de aquellas actividades que realicéis y que entendáis puedan ser de interés para tod@s l@s demás soci@s de cara a su difusión.

Lo más importante, en cualquier caso, es que la sociedad se mantiene activa gracias a su valor más preciado, l@s profesionales que la componen, y es por esto que es de vital importancia lo que cada un@ de nosotr@s pueda aportar de manera individual y colectiva. Esto se ha hecho visible en diferentes actividades realizadas en los últimos meses: formación desde los grupos de trabajo, colaboración con otras organizaciones como el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, la jornada Apday, el visionado del documental “Estar ahí” y coloquio posterior; pero además con las que se acercan, entre las que destaca el XXXI Congreso anual de la Sociedad el 5 de junio bajo el lema olímpico “Citius, Altius, fortius” y las XXV Jornadas de Residentes y VI de Jóvenes Médicos de Familia el 17 de abril, que a buen seguro serán un éxito.

En la parte externa, se han producido diferentes cambios en el organigrama de la Gerencia de Atención Primaria, entre los que destacan el nombramiento de la nueva gerente, Charo Azcutia, y de directoras asistenciales, entre las que se encuentran Ana Ballarín y Mercedes Pérez. Nuestra más sincera felicitación a todas ellas, la labor que enfrentan requiere de gran valor para afrontar transformaciones de calado.

Estas transformaciones a las que me refiero pasan, en primer lugar, por asegurar la equidad en la asistencia para tod@s los ciudadan@s, con una distribución de recursos humanos que la permita: si bien hay centros con su dotación de personal completa y abundantes módulos de absorción, hay muchos otros donde miles de pacientes no tienen un profesional de referencia y la demora para una cita programada es de semanas. Pasan, también, por favorecer la cobertura de plazas en estos centros por grupos de profesionales que deseen trabajar en común, pero, además, por crear incentivos económicos y profesionales para la cobertura de centros con mayores necesidades asistenciales por falta de recursos humanos, ajustando también estos a los determinantes sociales de la salud de la población a la que se atiende. Asimismo, y en pro de mantener la longitudinalidad como uno de los atributos de la Atención Primaria en que queremos ejercer, plantear un incentivo por mantener la actividad en un mismo centro es aconsejable, así como fomentar la estabilidad en los contratos tendiendo a que el personal sea fijo y la posibilidad de conciliar la actividad laboral con la personal sea la máxima posible.

En otros campos, mantenemos la demanda de disponer de espacios concretos en la agenda para la formación, tutorización, coordinación intraequipo, investigación, gestión y acción comunitaria, sin que estos espacios sean eternamente sofocados por la demanda asistencial. Mantener la excelencia de los profesionales no debe ser un objetivo individual, sino de la organización en que trabajamos. En este mismo sentido opera el poder acceder a pruebas complementarias para el manejo de las patologías de nuestros usuarios y el liberar nuestras consultas de trámites burocráticos como son la gestión de las incapacidades laborales temporales de origen hospitalario o la emisión de las mismas en procesos leves de muy corta duración.

En la misma dirección apunta la petición de aumentar el presupuesto dedicado a Atención Primaria de tal manera que se puedan acometer las reformas necesarias.

Nos queda por delante un camino lleno de retos a resolver juntas en colaboración con los demás profesionales de los centros sanitarios y con la población. Os animo a mantener el paso en el desarrollo de la especialidad y de los ámbitos en que trabajamos.

Cotillas Rodero A.
Presidente de la SoMaMFyC

VOCALÍA DE RESIDENTES

PRINCIPIOS Y FINALES. LAS ÚLTIMAS SEMANAS EN LA CONSULTA

Del Pozo Valero R.
Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud de Lavapiés, Madrid

—Pues ya lo tiene todo en la tarjeta, si necesita algo…—Mi tutora se levanta y me interrumpe *—Bueno Pilar, pues yo ya me voy a despedir. No sé si lo sabes, pero ya me jubilo…*

A pocos meses de terminar la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria, a mi tutora le quedan solo días para poner fin a su carrera laboral. El cúmulo de sensaciones que se generan a diario en la consulta resulta difícil de describir.

—Ay, ¿no está hoy María?

—No bueno, yo soy su residente, creo que ya nos conocemos…

—Sí, sí, claro. Si solo es que hoy venía a despedirme de María, que me han dicho que se jubila y claro, son muchos años, ¡casi veinte ya!, con muchas cosas…

—Bueno sí que está, solo que a veces nos dividimos la consulta y vamos pasando… ¿entonces no necesitas nada? ¿solo venías a despedirte?

—Sí, sí, ¡para un día que estoy bien! —se ríe.

—Vale, vale, no te preocupes, que voy a decírselo—riendo yo también.

A veces llega un punto en que los detalles no caben en el armario…

—Mira María, te he traído un tarro de Kombucha… ¡ay es que me trataste tan bien! ¡Cómo me acuerdo de aquel día!, que vine llorando, y tú me ayudaste a ver mi problema y que necesitaba ayuda… Desde entonces ya no he vuelto a caer y estoy tan agradecido…

Seguidamente me miran, dando por hecho que yo, la residente que les ha atendido durante los últimos meses va a ser su nueva médica de cabecera.

—Bueno, ¿y tú eres la que se queda?

—No, no… yo soy residente—sonrío—, me quedan algunos meses todavía para terminar…

—¿No? Vaya qué pena, por unos meses ya ves… —se dirigen a mi tutora—¿Y María, sabes quién viene? ¿Qué tal es?

El miedo a lo desconocido hace que les cambie la cara. Muchos conservan el mismo centro de salud por su médico, a pesar de haberse mudado y tener otros centros mucho más cerca.

—Juan, Paca. Yo ya me voy a jubilar… Creo que es el momento de que se cambien de centro porque, para comenzar con un médico nuevo aquí ¿mejor ya en el suyo no? Está más cerca, y si algún día les tienen que ir a ver a casa…

Algunos pacientes te cuentan que ya lo sabían, que lo habían oído por el barrio.

—Si ya lo sabía doctora… el otro día donde Juan lo estaban diciendo, que usted se jubilaba.

Alguno se dirige a mí y me dice—*También he oído que tú no te quedas…*

Son estas frases las que revelan cuál es el papel del centro de salud en la sociedad. Los equipos de Atención Primaria sientan vida y sientan barrio. Así lo manifiestan los pacientes, que sienten una pérdida cuando uno de sus pilares, su médico de cabecera se va. ¿Qué pasa con aquellos que ni siquiera lo tienen? ¿Es permanente ese sentimiento de orfandad en ellos?

De todos los meses formándome en mi centro de salud como futura médica de familia me llevo muchas cosas. Entre ellas, la sensación de privilegio. Porque es difícil encontrar una posición en la que poder conocer tanto a las personas, en la que palpar de forma tan marcada el pulso de la sociedad que cambia. Porque como dice mi tutora…

—La verdad que de Medicina no sé si vas a aprender mucho… Pero desde luego aquí vas a aprender de la vida.

Cuando unos llegan, otros se van. A estos últimos, gracias por infundir en las nuevas generaciones la pasión de hacer una buena Medicina de Familia.

Dedicado a mi tutora, María Veredas González, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

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 NEFROUROLOGÍA

- Sanz Rodrigo M.C.[1], Tsalavoutas Psarras K.[2], Rubio Mancha I.[3], Noguerol Álvarez M.[4], Molero García J.M.[5], Palancar de la Torre J.L.[6]
  - (1) Médica de Familia. CS Puerta Bonita, Madrid.
  - (2) R4 de Medicina de Familia. CS Puerta Bonita.
  - (3) R1 de Medicina de Familia. CS Puerta Bonita.
  - (4) Médica de Familia. CS Cuzco, Fuenlabrada (Madrid).
  - (5) Médico de Familia. CS San Andrés, Madrid.
  - (6) Médico de Familia. CS Dr Cirajas. Madrid.

LO QUE VALE UN RIÑÓN

RESUMEN

La enfermedad renal crónica constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia, morbimortalidad y gasto sanitario. Podemos prevenir su aparición e influir en su evolución, actuando sobre los factores causales y de progresión. Hasta ahora los únicos fármacos disponibles para enlentecer la progresión de esta enfermedad eran los Inhibidores del sistema renina-angiotensina: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y los Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA2). En los últimos años han aparecido fárma-

cos que han demostrado beneficios renales y cardiovasculares en estos pacientes: los Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) y los Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1).

PALABRAS CLAVE: enfermedad renal crónica, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la incapacidad irreversible del riñón para realizar sus funciones.

Constituye un problema de salud pública por su elevada prevalencia y morbimortalidad y por el gasto sanitario que genera. Es la patología que más ha avanzado en los últimos años como causa de mortalidad y se estima que en 2040 será la quinta causa de muerte en el mundo[1].

La prevalencia de ERC en España es del 15,1%[2,3]. Es más frecuente en varones (3 a 1), aumenta con la edad (4,8% en < 44 años frente a 37,3% en ≥ 65) y en personas con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (hasta 10 veces más con varios FRCV) y en enfermedad cardiovascular (ECV) establecida (39,8% vs. 14,6%)[3].

La mayor parte de los pacientes con ERC sufrirán complicaciones cardiovasculares con alta morbimortalidad y reducción en la expectativa de vida. Aunque solo el 1% de los pacientes evolucionan a ERC terminal con necesidad de tratamiento renal sustitutivo o trasplante, resultan tratamientos muy costosos, de forma que menos de 0,1% de la población gasta el 3% del presupuesto sanitario total.

La buena noticia es que la ERC es prevenible y tratable. Esta enfermedad se asocia con condicionantes de salud no modificables, como el sexo, edad, raza o bajo peso al nacer, pero también con factores sobre los que podemos influir, como los FRCV (HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo, hiperuricemia) y la ECV establecida[3]. Estos pueden inducir o hacer que progrese el daño renal. La diabetes mellitus (DM) es la principal causa de enfermedad renal avanzada en todo el mundo y la HTA es la segunda causa atribuible de ERC.

El tratamiento de la ERC tiene como objetivos disminuir el riesgo cardiovascular (RCV) y enlentecer la evolución de la enfermedad[4]. Dados los factores causales y de progresión comentados, este tratamiento, en gran parte, compete a la Atención Primaria. Según el Documento de información y consenso para el manejo de la ERC de 2022, elaborado por 10 sociedades científicas entre ellas SEN (Sociedad Española de Nefrología) y semFyC, *la ERC es una prioridad para el sistema sanitario y la Atención Primaria es el lugar privilegiado para su prevención, detección precoz, manejo de los estadios iniciales, control de los factores de progresión y de sus complicaciones*[1].

La última Guía sobre prevención de ECV de 2021 de la Sociedad Europea de Cardiología[5], como la previa de 2016, considera la ERC como FRCV independiente. Introduce un cambio sobre la versión anterior que consiste en incorporar la albuminuria al concepto de ERC y así lo amplía. Aquella consideraba ERC moderada al descenso de tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) por debajo de 60 ml/min/1,73m^2 y ERC grave a la TFGe <30ml/min/1,73m^2. Al incorporar la microalbuminuria, enriquece esta definición e incorpora pacientes a las categorías de ERC moderada y grave, no considerados así antes. Asume la clasificación de gravedad y riesgo de las guías KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) que se establece en función de seis rangos de TFGe y tres de cociente albúmina creatinina (CAC). De forma que la disminución de la TFGe, igual que el aumento de CAC se asocian a eventos adversos: mortalidad global y cardiovascular y progresión a ERC avanzada (Tabla1).

Según esta guía, en personas con ERC moderada o grave, no es necesario estimar el riesgo de ECV mortal y no mortal a 10 años utilizando escalas (SCORE2 o SCORE2-OP). El riesgo de ECV ya se considera alto en pacientes con ERC moderada o muy alto en ERC grave, lo que justifica intervenciones preventivas.

De este modo, se establecen los objetivos de c-LDL en <70 mg/dL para los pacientes con ERC moderada y en <55 mg/dL para los de ERC grave.

Otras novedades fundamentales, según las guías KDIGO[4] y las guías NICE[6], entre otras, están en el tratamiento.

Hasta ahora solo teníamos una familia de fármacos, los Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina (ISRA): Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA2), que habían demostrado influir en la evolución de la ERC, enlenteciéndola.

Los ISRA están Indicados cuando existe proteinuria (CAC>300 mg/g), en pacientes hipertensos o normotensos, tanto en diabéticos como en pacientes sin DM[2,4]. Disminuyen proteinuria independientemente del control de la presión arterial[6]. El efecto sobre la proteinuria es dosis-dependiente, por lo que se recomienda iniciar dosis bajas e ir aumentando hasta la dosis tolerada por el paciente. Este efecto aumenta al asociar diuréticos y con dieta hiposódica. Su acción renoprotectora ocurre principalmente en ERC proteinúrica[4].

Los últimos años han aparecido nuevos fármacos que pueden retrasar la progresión de la ERC y a su vez disminuyen el RCV. Se trata de dos familias de fármacos

hipoglucemiantes: los Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 ISGLT2) y loa Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1). Los iSGLT2 están indicados, añadidos a IECA o ARA2, cuando persiste proteinuria a pesar del uso de dosis plena de estos. Pueden utilizarse en pacientes con y sin DM2 desde TFGe por encima de 20 ml/min (Empagliflozina) o TFGe>25 ml/min (Dapagliflozina) y albuminuria>30mg/g (Fuerza de recomendación A)[4,7]. Son efectivos independientemente de la reducción de HbA1c[4,7,8].

Han demostrado influir en la evolución de la ERC por su acción a distintos niveles. Enlentecen la progresión de la enfermedad renal, disminuyen ingresos por insuficiencia cardiaca y reducen mortalidad cardiovascular y global en pacientes con y sin DM (Fuerza de recomendación A). Y este efecto es independiente de la disminución de Hemoglobina Glicosilada. El grado de función renal influye en la eficacia hipoglucemiante, pues con TFGE por debajo de 45 ml/min tienen escaso efecto hipoglucemiante, pero mantienen su beneficio cardiovascular y renal.

La aparición de estos fármacos ha revolucionado el tratamiento de la Diabetes Mellitus, sobre todo en pacientes con ERC. Según las últimas guías de práctica clínica de tratamiento de la DM en ERC de KDIGO y ADA (American Diabetes Association)[7,8], se establece un tratamiento escalonado. En primera línea se encuentran ISGLT2 junto con metformina (que en ERC requiere ajuste de dosis a la mitad si TFGe<45 ml/min y suspenderse por debajo de 30 ml/min). En segundo escalón, análogos de GLP1, que han demostrado beneficios cardiovasculares y renales. En tercer escalón insulina, IDPP4, sulfonilureas, cuya dosis debe ajustarse a la TFGe y no han demostrado beneficios renales o cardiovasculares.

La evidencia en el efecto modificador de la ERC es muy clara en nefropatía diabética y esto se ha demostrado en diversos estudios: EMPA-REG OUTCOME, CANVAS, DECLARE, CREDENCE.

Dos estudios recientes, el DAPA-CKD[9] y el EMPA-KIDNEY[10], han demostrado beneficios similares también en pacientes no diabéticos.

De esta forma la Agencia Española del Medicamento (AEM) ha publicado en marzo/23 un informe de posicionamiento sobre dapagliflocina, refiriendo que ha mostrado ser eficaz y segura en el tratamiento de pacientes con ERC con TFGe≥25 y ≤75 ml/min/1,73m^2 y CAC ≥200 mg/g con o sin DM2, añadida al tratamiento estándar optimizado con IECA o ARA2[11]. Explica que esta conclusión se basa en los datos obtenidos en el ensayo DAPA-CKD, en el cual la dapagliflozina demostró una reducción relativa del riesgo del 39% (HR 0.61; IC 95% 0.51 -0.72; P P<0.001) de una variable compuesta por el descenso de TFGe de al menos el 50%, la ERC avanzada o la muerte por causa renal o cardiovascular, tanto en pacientes con DM2 como en no diabéticos.

Del mismo modo, en Junio/23, el Comité para productos médicos para uso humano de la Agencia Europea del Medicamento ha dado su opinión positiva para la indicación de empagliflozina en la ERC[12].

Como vemos, la AEM recomendaba la dapagliflocina para niveles altos de CAC (>200mg/g). El estudio EMPA-KIDNEY ha incluido pacientes con distintos grados de albuminuria, incluso normoalbuminuria, obteniéndose beneficios. También se ha utilizado en TFGe muy bajas, incluso en diálisis.

Las guías KDIGO recomiendan (grado de recomendación fuerte, calidad de la evidencia alta) que los pacientes con DM2 y ERC sean tratados con iSGLT2 en la mayoría de los estadios de filtrado glomerular estimado y albuminuria. Por el contrario, afirma que no hay suficientes datos para el uso de iSGLT2 en pacientes con DM1 con ERC, en pacientes dializados o en portadores de trasplante renal.

Otros fármacos que han demostrado beneficios CV y renales en nefropatía diabética son los Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (ARM): espironolactona y eplerenona. Están indicados si persiste albuminuria a pesar de IECA o ARA2, en TFGe >25 ml/min y potasio sérico normal[13]. Otro ARM, la finerenona, aún no comercializada en España, retrasa la progresión de la ERC en pacientes con DM y causa menos hiperpotasemia.

Es de esperar que, próximamente, asistamos al cambio de las recomendaciones en guías e indicaciones en fichas técnicas de estos medicamentos, pues hay diversos estudios que continúan en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):2052-2090.

2. García-Maset R, Bovera J, Segura de la Morena J, Goicoechea M, Cebollada del Hoyo BJ, Escalada J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2022;42(3):233-264.

3. Gorostidi M, Sánchez Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrología. 2018;38:606-15.

4. Stevens PE, Levin A; Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2013 Jun 4;158(11):825-30.

5. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022 May;75(5):429.

6. Martinez YV, Benett I, Lewington AJP, Wierzbicki AS; Guideline Committee. Chronic kidney disease: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2021 Sep 6;374: n1992.

7. De Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, Rosas SE, Rossing P, Bakris G. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care. 2022 Dec 1;45(12):3075-3090.

8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022 Nov;102(5S): S1-S127.

9. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF, et al. DAPA-CKD Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2020 Oct 8;383(15):1436-1446.

10. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group; Herrington WG, Staplin N, Wanner C, Green JB, Hauske SJ, Emberson JR, et al. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2023 Jan 12;388(2):117-127.

11. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Comisión permanente de farmacia PT 109-2023/V1/21032023 Informe de Posicionamiento Terapéutico de dapagliflozina (Edistride®/Forxiga®) en enfermedad renal crónica. 21/03/2023. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-109-2023-Edistride-Forxiga-dapaglifozina.pdf

12. European Medicines Agency. EMA/302815/2023. EMEA/H/C/002677. Jardiance (empagliflozina). Información general sobre Jardiance y sobre los motivos por los que se autoriza su uso en la UE. Disponible en https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/jardiance

13. Nauck MA, Quast DR, Wefers J, Meier JJ. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes - state-of-the-art. Mol Metab. 2021 Apr;46:101102.

TABLA 1. Clasificación en estadios de Enfermedad renal crónica

	Categorías albuminuria CAC mg/g. Etapas A / Categorías TFGe ml/min/1,73m2. Etapas G	A1 <30 Normal	A2 30-300 Aumento moderado	A3 >300 Aumento severo
G1	>90 (normal/alto)			
G2	60-89 (disminución leve)			
G3a	45-59 (disminución leve-moderada)			
G3b	30-44 (disminución moderada-severa)			
G4	15-29 (disminución severa)			
G5	<15 (fallo renal)			

CAC: cociente albúmina/creatinina. TFGe: Tasa de filtrado glomerular estimado.
Indica riesgo de progresión y complicaciones: bajo riesgo (verde), riesgo moderado (amarillo), alto riesgo (naranja), muy alto riesgo (rojo).

GRUPOS DE TRABAJO

2. *PLIS PLAS GDT SALUD MENTAL*

■ Pelaez Laguno C.
Especialista en MFyC C.S. el Greco.

ATENCIÓN PRIMARIA Y PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE: *¿CÓMO NOS VEN?*

INTRODUCCIÓN

Se define como Trastorno Mental Grave (TMG), a aquellos trastornos psiquiátricos graves en los que se producen alternaciones mentales de larga duración que producen discapacidad y disfunción social.

En la Comunidad de Madrid, la prevalencia en el año 2018 fue del 2-3% de la población, con lo que se estima que habría más de 100.000 personas afectadas (probablemente, tras la pandemia, la cifra actual sea mayor).

Las personas con TMG tienen entre 10 y 20 años menos de esperanza de vida, no solo a consecuencia del suicidio, sino también por mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer.

La alta prevalencia de estos trastornos y la gran cantidad de comorbilidades asociadas convierte a la Atención Primaria (AP), con su inherente característica del abordaje integral, en el lugar idóneo para el seguimiento de las personas que los padecen. Para ello es fundamental establecer una buena relación entre los profesionales sanitarios y estos pacientes crónicos.

Por todo lo expuesto, en el GdT de Salud Mental, nos pareció pertinente analizar la percepción y valoración que del trato en AP tienen los pacientes con TMG.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal a partir de una encuesta “on line” diseñada por el GdT y difundida a personas con diagnóstico de TMG de la Comunidad de Madrid a través de un contacto de muestreo de conveniencia a personas de asociaciones y también por bola de nieve y a través de redes sociales.

Las variables del estudio fueron las que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Variables del estudio

Sociodemográficas	o Edad sexo
Clínicas	o Tipos de diagnóstico o Más de un diagnóstico o Años desde el diagnóstico
De vínculo	o Relación con profesional de medicina o Relación con profesional de enfermería o Pertenencia a asociación/colectivo
Atención sanitaria	o Razón de la última visita al CS o Exploración física o Pruebas complementarias o Derivación a otro especialista
Valoración de la atención recibida	o Sentirse bien tratado/a o Sentirse escuchado/a o Percepción de formación suficiente de profesionales o AP lugar de referencia para problemas de salud o Percepción atribución de síntomas al diagnóstico

RESULTADOS

Participaron en el estudio 119 personas (66 mujeres y 52 hombres). La distribución de los grupos por edad se muestra en la figura 1.

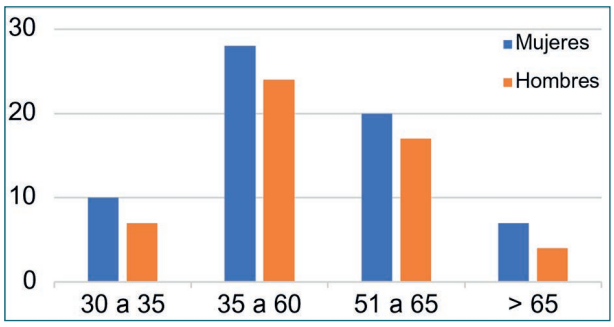


Figura 1. Número de personas por grupos de edad y sexo (en años)

Respecto a los diagnósticos, el más prevalente fue la depresión, entre las mujeres, y la psicosis, en los hombres (figura 2).

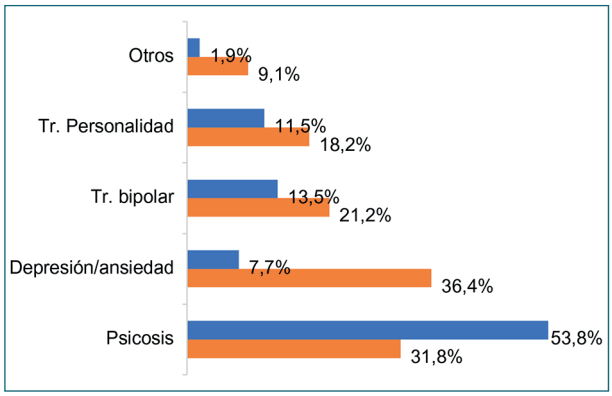


Figura 2. Diagnósticos por sexo

Conocimiento de los profesionales sanitarios

El 94% de los encuestados conocían a su médico/a, frente a un 58% que conocía a su enfermero/a.

Un mayor conocimiento de los profesionales se asoció de forma significativa con más de 10 años desde el diagnóstico (98% vs 90%, p=0.043), pertenecer a un colectivo o asociación (98% vs 85%, p = 0.03) y con ser hombre.

Última visita

El 83% de los encuestados habían consultado en la última visita por un problema físico.

El 61% fueron explorados, al 46% se le pidieron pruebas complementarias y el 53% fue derivado a otro especialista.

El 87% de las personas se sintieron bien tratadas. Esta percepción se relacionó de manera estadísticamente significativa con el hecho de conocer a los profesionales de AP, la realización de actuaciones específicas en la última consulta (exploración física, pruebas complementarias y derivación a otros especialistas), con pertenecer a una asociación o colectivo y con ser hombre.

APRENDIZAJES TRAS ESTE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal y, por lo tanto, habrá que realizar mas investigaciones para poder profundizar en los conocimientos sobre el tema, pero sí podemos reflexionar sobre algunas cosas que ya sabíamos y otras que aporta este estudio.

La OMS advierte que los pacientes con TMG tienen más dificultades para acceder al sistema sanitario y la atención que reciben es de peor calidad y que La AP es eslabón del sistema sanitario capaz de disminuir las desigualdades sociales.

Tras este estudio hemos aprendido es que la longitudinalidad que proporciona la AP incremente la satisfacción del trato recibido, que pertenecer a un colectivo en Primera Persona actúa como factor protector y que las mujeres declaran mayor atribución de sus problemas de salud a su diagnóstico psiquiátrico.

GRUPOS DE TRABAJO

3. PLIS-PLAS GDT. SALUD LGTBIQ+.

"QUÉ DEMASIAO, TODOS LOS PELIGROSOS NOS HEMOS JUNTAO"

Cervera Centenero J.M.
Especialista en MFyC, C.S. Los Angeles

La medicina de familia siempre ha destacado por su abordaje integral de la persona y no puede pasar por alto las realidades diversas que existen en la sociedad. Desde el grupo de trabajo Salud LGTBIQ+, hemos querido resaltar algunas novedades en el ámbito que nos concierne.

El primer orgullo en la ciudad de Madrid se llevó a cabo el 25 de junio de 1978. "Qué demasiao, todos los peligrosos nos hemos juntao", un cántico que podría escucharse hoy en día en otro desfile perfectamente. No se pretende justificar que seamos peligrosos, sino más bien señalar que la sociedad, en su conjunto, nos percibe de esa manera.

España ha sido el décimo país europeo en permitir la determinación libre de género con la nueva ley conocida como Ley "Trans". Esta legislación incluye la posibilidad de realizar el cambio de sexo registral en pacientes mayores de 12 años. Pero lo más significativo es la "despsiquiatrización" en este colectivo, ya que antes se requería una valoración psiquiátrica con un diagnóstico de disforia de género, además de una terapia hormonal previa.

Esta ley se implementa para garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales. Aunque parezca algo obvio, existen estudios que aseguran que un tercio de las personas LGTBI ha sufrido acoso o discriminación en los últimos 5 años, y hasta uno de cada diez ha experimentado agresiones físicas o sexuales. Estos datos contrastan con las cifras oficiales del informe de delitos de odio de España de 2022, cuyos números son menores, pero se pueden explicar por la infranotificación, ya que solo el 20% de las personas denuncian este tipo de prácticas. Aún así, la orientación sexual e identidad de género sigue ocupando un lugar destacado en las causas de delitos de odio, solo por detrás del racismo y la xenofobia.

El fenómeno ChemSex, entendido como encuentros sexuales con el uso concomitante de drogas, es una preocupación creciente para la salud pública en estos momentos. Nos concierne como grupo de trabajo debido a su fuerte vínculo con el mundo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas trans, y se presenta con mayor incidencia en áreas urbanas como Madrid y Barcelona.

El uso de drogas desinhibidoras aumenta las conductas sexuales de riesgo y, por ende, la transmisión de enfermedades como el VIH y el VHC. Dentro de estas drogas, el GHB (ácido gamma-hidroxibutírico), también conocido como "éxtasis líquido" destaca por ser una sustancia depresora muy potente, con capacidad, en su exceso, de inducir una disminución de la conciencia que podría llegar a un estado comatoso. Es importante no estigmatizar a estos pacientes; las vivencias dentro del colectivo trans y HSH, junto con el probable estigma social y, a veces, la falta de apoyo por parte de sus familias puede condicionar reacciones afectivas negativas de culpa y vergüenza. Esta situación puede desencadenar estrategias desadaptativas, como conductas sexuales impulsivas o prácticas de tipo ChemSex.

Las personas que practican el ChemSex utilizan estas tácticas para buscar placer, obtener sensaciones de pertenencia a una comunidad y enfrentar su malestar y problemas vitales. De hecho, en los HSH, existe una mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos depresivos y de ansiedad concomitantes, lo que se conoce como patología dual. Esto nos lleva a indagar en la entrevista clínica, preguntando por síntomas afectivos o de adicción a sustancias en pacientes que realizan estas prácticas

Hoy en día, contamos con terapias capaces de prevenir la transmisión del VIH en hasta el 100% de los casos, se trata de la terapia pre-exposición, comúnmente referida como PrEP. Consiste en la combinación de dos fármacos antirretrovirales: Tenofovir y emtricitabina y se puede aplicar con dos tipos de pautas, la diaria y la intermitente, siendo la diaria la única actualmente financiada.

Hay una amplia cobertura para la distribución de PreP a lo largo de la comunidad de Madrid, que queda circunscrita a la atención hospitalaria.

Dentro de la prevención de la salud, recordemos que existen 3 vacunas recomendadas en los HSH y las personas que ejercen el trabajo sexual: la vacuna de la hepatitis A, la del virus del papiloma humano (hasta los 26 años) y la del virus de la viruela del mono.

Alejemos esa percepción de peligrosidad de nuestras consultas y acerquémonos a los pacientes, indagando en sus preocupaciones y miedos. Si no lo hacemos, ¿realmente seremos peligrosos?

GRUPOS DE TRABAJO

4. PLIS PLAS GDT DE MÉDICOS JUBILADOS

■ Muñoz García J.C., de la Cámara González C., Agudín Rodríguez N., Álvarez Herrero C., Alzugaray García-Diego M.T., Cañas de Paz R., Casanova Corominas J.M., Lorenzo Cáceres Ascanio A., Sánchez Salvador J., Vallejo Sánchez-Monge P.
Miembros del GdT Apoyo a la jubilación. SoMaMFyC

NUESTRAS PROPUESTAS

Figura 1.

El GdT de Médicos Jubilados se formó en 2019 por un núcleo inicial de Médicos de Familia y Comunitaria jubilados y entusiastas de su especialidad y con ganas de ayudar a los compañeros al comenzar a jubilarse los primeros especialistas MIR en Medicina de Familia y Comunitaria.

Desde sus inicios se plantearon como objetivos:

1. Apoyar al colectivo de Medicina de Familia y Comunitaria en el periodo de la jubilación.

2. Plantear posibilidades de organizar el trabajo en las fases previas a la jubilación.

3. Colaborar con la Administración Sanitaria y favorecer el reconocimiento del trabajo realizado en los años de ejercicio.

4. Revisar el impacto del volumen de jubilaciones en el SERMAS y sugerir medidas de apoyo y colaboración para mantener el buen funcionamiento de la Atención Primaria.

5. Participación activa en la SoMaMFyC desde la vocalía de médicos jubilados.

6. Promover actividades comunitarias y de voluntariado como contribución de los médicos jubilados a la sociedad civil.

ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Encuestas: Se han realizado tres encuestas en los años 2019, 2021 y 2023 a los socios de la SoMaMFyC mayores de 59 años para investigar sobre las preferencias personales en el proceso de la jubilación.

2. Taller de apoyo al proceso de la jubilación: Se han llevado a cabo tres talleres con compañeros que se encontraban cerca de su jubilación y contando con la colaboración del GdT Salud Basada en Emociones.

Los talleres se han desarrollado en la SoMaMFyC con una duración de 15 horas divididas en dos mañanas y una tarde, con sesiones teóricas y prácticas y muy participativos. El programa se organiza en una parte de preparación a esta nueva etapa que es el dejar el trabajo activo y pasar a ser jubilado, en segundo lugar, comentar y compartir experiencias del momento de la jubilación, despedida del trabajo, de los compañeros, de los pacientes y, por fin, la fase postjubilación de aportar ideas y soluciones a la nueva situación que se presenta después de ese día. Por último, se desarrollaron distintas actividades individuales y grupales de cuidados dirigidas por el GdT Salud Basada en Emociones.

Los comentarios y evaluaciones recibidos han sido muy positivos y, con las oportunas actualizaciones y mejoras, nuestra intención es celebrar talleres anuales.

3. Documentos generados:

- Guía de trámites para el proceso de la jubilación (con las indicaciones para la realización de los necesarios documentos y sujeto a continuas y lógicas actualizaciones).

- Propuesta SoMaMFyC sobre la Jubilación Activa y otras propuestas remitidas a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.

- Documento informativo de Entidades para la posible colaboración como Médicos jubilados.

- Bibliografía de interés sobre la jubilación.
- Películas recomendables para el proceso de la jubilación.

OBJETIVOS, PROPUESTAS Y PLANES DE FUTURO

1. Realización de Taller anual.

2. Actualización continua de la guía de documentos para la jubilación.

3. Posibilidad de crear un Consejo de Sabios para transmitir a las nuevas generaciones los conocimientos y vivencias de los que se retiran.

4. Plantear la creación de un grupo informativo de nuestra especialidad para ayudar a la toma de decisión de especialidad de los estudiantes de Medicina.

5. Redactar un Documento semFYC de apoyo a la jubilación.

6. Informar e implicar a los compañeros en activo previamente a su jubilación.

7. Conseguir una interlocución adecuada con la Consejería de Sanidad y la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Seguimos y seguiremos apostando por la excelencia de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y por la calidad en la Atención Primaria de Salud en el Sistema Público.

Figura 2.

GRUPOS DE TRABAJO

5. PLIS PLAS GDT TABAQUISMO

■ Serrano Serrano ME., Minué Lorenzo C., Olano Espinosa E., Camarelles Guillem F., Gámez Cabero MI., Granados Garrido JA., González Romo I., Suberviola Martínez J.
GdT de Tabaco de la SoMaMFyC

PLIS-PLAS ACTUALIZACIÓN EN TABACO

1. NUEVAS FORMAS DE CONSUMO DE TABACO Y NICOTINA EN JÓVENES[1,2,3]

Sabemos que el tabaco es la primera causa de muerte evitable y que, además va a tener un impacto negativo sobre el medioambiente por la contaminación que produce. La industria tabacalera, sin embargo, en su empeño de enriquecerse con el sufrimiento de millones de personas a nivel mundial, se reinventa poniendo a la venta nuevas formas de consumo de tabaco y nicotina que, están especialmente dirigidas a la población más joven. Nuevos productos como vapers, cachimbas, tabaco de no combustión, se venden de forma impune y a falta de una regulación específica en su comercialización.

En España, 2,2% de los adultos son vapeadores habituales y hasta un 22% de menores han experimentado en el consumo de cigarrillo electrónico. Para iniciar y mantener a las personas en el consumo de tabaco y productos relacionados con la nicotina, las tácticas que utiliza la industria son variadas y apuestan por supuestas estrategias de reducción de daños, impulsando campañas de comunicación, en las que se manipula la evidencia científica sobre los supuestos beneficios de estos productos.

La encuesta para la XXIV edición de la Semana Sin Humo (SSH) del año 2023, alerta con sus resultados y nos permiten hacer un análisis para aplicar en medidas de prevención y el control del tabaquismo en nuestro país. Participaron 9.711 personas con sus encuestas. En los resultados, alarma el elevado consumo de tabaco y productos relacionados con la nicotina, especialmente entre los más jóvenes. Sobre todo, vapeadores y pipas de agua-cachimbas, por sí mismos perjudiciales para la salud y puerta de entrada al consumo de tabaco. Jóvenes, entre 14- y 18 años, fumaban el 19,2% y los nuevos dispositivos de tabaco y nicotina ocupan un lugar destacado, de manera que, hasta que hasta el 20,8% de los encuestados consumía cigarrillo electrónico, 13.1% pipas de agua superando, al cigarrillo convencional. Y, hasta un 7,5% realizaban un consumo dual de tabaco y cannabis.

En este contexto, resulta imprescindible legislar en medidas de prevención y control del tabaquismo orientadas a personas jóvenes, que regulen el uso del cigarrillo electrónico, dispositivos de tabaco calentado y uso de cachimbas, así como la creación de espacios libres de humo, procedentes de estos dispositivos.

Teniendo en cuenta los resultados de la encuesta, el Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), elaboró un documento en el que se incluían las claves y los riesgos de vapear y con el que se pretendía dar respuesta a la pregunta *¿qué debo saber sobre el vapeo?* El documento presta especialmente interés por los jóvenes vapeadores y responde, de manera muy concreta, a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué es vapear? Vapear es inhalar un aerosol generado desde un cigarrillo electrónico, que contiene un líquido que al calentarse con un batería genera el aerosol.

2. ¿Por qué empiezan a vapear los jóvenes? Tiene que ver con el entorno. Las principales razones que alegan los jóvenes que empiezan a fumar o vapear son que en su entorno otros lo hacen, por divertirse formando parte de un grupo o por ofrecer una imagen que les parece buena.

3. ¿Puede influir la publicidad y el marketing en el inicio del vapeo? Las estrategias de publicidad y marketing de la industria van a estar dirigidas principalmente a jóvenes no fumadores o fumadores ocasionales y adultos que desean dejar de fumar. Además de los puntos de venta son productos que se publicitan a través de redes sociales por influencers, patrocinio de eventos. Las estrategias comerciales, también presentan el vaper como un producto de bajo riesgo para la salud.

4. ¿Qué sustancias se pueden encontrar en el vaper? Dentro de las sustancias que incluye el cigarrillo electrónico, están la nicotina y sustancias que ayudan a general el aerosol. La glicerina y el propilenglicol son nocivas cuando se inhalan vía respiratoria. El vaper emite aerosoles que contienen nicotina propilenglicol, pequeñas partículas de metales pesados (cromo, cobre, zinc o estaño). Sustancias potencialmente cancerígenas generadas con la combustión de algunos componentes que se encuentran en el líquido: formaldehído, acetaldehído y acroleína.

5. ¿Qué efectos provoca el vapeo sobre la salud de quien lo utiliza? Vapear va a provocar efectos negativos para la salud tanto los relacionados con la exposición a la nicotina como al resto de sustancias. Los estudios realizados a corto plazo muestran: Adicción a la nicotina como los cigarrillos convencionales. Afectación del desarrollo del feto por efecto de la nicotina. La nicotina puede afectar el desarrollo del cerebro en adolescentes. Enfermedades cardiovasculares como infarto o angina. Agravamiento de enfermedades del aparato respiratorio como Asma, Fibrosis quística o EPOC. Incremento de la susceptibilidad a infecciones respiratorias. Irritación de los bronquios y bronquitis. Daño pulmonar que puede ser grave. Un estudio publicado en febrero de 2023 ha demostrado por primera vez un daño en el ADN de células de la boca en vapeadores que nunca han fumado cigarrillos convencionales.

6. ¿El uso del cigarrillo electrónico tiene efectos añadidos entre los vapeadores más jóvenes? En los más jóvenes, puede constituir una puerta de entrada al consumo de cigarrillos convencionales. Aunque no contenga nicotina puede normalizar el comportamiento de fumar y facilitar el inicio del cigarrillo convencional. La nicotina afecta el desarrollo del sistema de recompensa del cerebro y altera el desarrollo de los circuitos cerebrales que controlan el aprendizaje y la atención en los más jóvenes.

7. ¿El aerosol del vaper puede provocar daño a personas que no vapean? Las personas expuestas a estos aerosoles de forma pasiva pueden generan patología cancerígena debido al potencial efecto carcinogénico de algunas de las sustancias que se liberan en la combustión del líquido. Harían falta más estudios a largo plazo para conocer el alcance de los efectos nocivos en vapeadores pasivos.

8. ¿El cigarrillo electrónico tiene algún impacto sobre el medioambiente? Sobre el medioambiente, generan nicotina residual contaminante y basura electrónica contaminada que precisan de correcta eliminación que evite dicha contaminación.

9. ¿Es recomendable utilizar el cigarrillo electrónico o vaper para dejar de fumar? Sobre la reducción de riesgos, sociedades científicas de ámbito nacional e internacional, no recomiendan el uso de cigarrillo electrónico como método para dejar de fumar, no hay estudios suficientes que avalen su eficacia y seguridad y sí existen alternativas farmacológicas que sí han demostrado eficacia y son más seguras en el abandono del tabaco. Además, el patrón de consumo del cigarrillo electrónico dificultará desnormalizar el consumo de tabaco en general.

La llamada "reducción del daño del tabaco" es una campaña de comunicación impulsada desde la industria y apoyada por algunas personas y organizaciones con perfil sanitario que forman parte de su estrategia de manipulación científica.

2. TRATAMIENTO PARA LA DESHABITUACIÓN DE NICOTINA FINANCIADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD[4,5,6,7]

Tratar la dependencia a la nicotina como una enfermedad crónica precisa de un abordaje integral y multidisciplinar. Sabemos que los fármacos utilizados para la deshabituación del tabaco de primera línea, Vareniclina, Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), Bupropion y Citisina-Citisiniclina son eficaces y seguros para dejar de fumar. Además, la evidencia nos dice que, financiar estos fármacos es coste efectivo y que su correcto uso se asocia con una mayor tasa de abstinencia. En Atención Primaria sabemos además que, es coste efectivo ayudar a las personas a dejar de fumar con un consejo breve, claro, firme, personalizado y oportunista, de menos de 3 minutos, en pacientes fumadores. De igual manera, implementar terapia cognitivo conductual, como herramienta para la deshabituación del tabaquismo, incrementará las tasas de abandono.

Desde el GAT de Semfyc y Sociedades Federadas, se apuesta por la financiación de todos los fármacos de primera línea para dejar de fumar. Actualmente, están financiados por el Sistema Nacional de Salud: Citisina (Todacitan® 1,5 mg comprimidos), Citisiniclina (Recigarum® 1,5 mg comprimidos), Bupropion (Zyntabac® 150 mg comprimidos).

A modo de resumen, en la tabla 1, se describen las principales características de los fármacos comercializados y financiados por el Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

Tabla 1. Características de los fármacos comercializados y financiados por el Sistema Nacional de Salud para dejar de fumar

Citisina (TODACITAN®) Citisiniclina (RECIGARUM®)	Bupropion (ZYNTABAC®)
Agonista parcial selectivo α4β2	Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina/ dopamina
Eficacia y seguridad para dejar de fumar	Eficacia y seguridad para dejar de fumar
Efectos adversos: náusea, vómito, cefalea	Efectos adversos: insomnio (≥ 1/10), sequedad de boca, dolor de cabeza, urticaria, depresión, agitación. Riesgo de convulsiones muy bajo (0,1)
No recomendado en: embarazo, lactancia, <18 años, >65años, eventos cardiovasculares recientes	Contraindicado si riesgo convulsivo, tumores SNC, TCE, bulimia o anorexia nerviosa, t. bipolar, IMAOs. No indicado en embarazo. Se excreta por leche materna. Evitar con Tamoxifeno
Interacciones: Antituberculosos. Anticonceptivos hormonales	Interacciones: Con parches TSN→ elevación de tensión arterial
Posología: En pauta ↓ de 100 comprimidos/25 días. Dejar de fumar al 5º día del inicio **Días de tratamiento / Dosis recomendada / Dosis diaria máxima** Del 1.º al 3.º día / 1 comprimido cada 2 horas / 6 comprimidos Del 4.º al 12.º día / 1 comprimido cada 2,5 horas / 5 comprimidos Del 13.º al 16.º día / 1 comprimido cada 3 horas / 4 comprimidos Del 17.º al 20.º día / 1 comprimido cada 5 horas / 3 comprimidos Del 21.º al 25.º día / 1-2 comprimidos al día / Hasta 2 comprimidos	Posología: PAUTA: 7-12 semanas 150*mg = 300mg *En edad avanzada, I renal, I. hepática

3. NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO[8]

La inteligencia artificial ha venido para quedarse y no cabe duda de que va a tener también un papel destacado en el abordaje del tabaquismo. Al respecto, queremos hacer referencia al estudio de efectividad desarrollado por el Equipo Dejalobot para ayudar a las personas a dejar de fumar. El estudio publicado en junio del año 2022 midió la efectividad de una intervención basada en la evidencia para dejar de fumar en población adulta de 34 centros de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud, a través de un chatbot en teléfonos inteligentes y con resultados de evidencia respecto a la práctica clínica habitual del tratamiento del tabaquismo en atención primaria. El estudio proporciona una herramienta para ayudar a las personas a dejar de fumar con la que el paciente se comunica a través de una aplicación de mensajería instantánea, en línea (Telegram) con un bot conversacional. El Proyecto Dejalot supone una oportunidad, para la ciudadanía: como herramienta que permite empoderamiento y autonomía de las personas fumadoras, para profesionales: que podremos ofrecer un servicio basado en la evidencia, sin incremento de la carga asistencial, para el sistema de salud: ya que se trata de un sistema innovador, en la vanguardia, con uso de Inteligencia Artificial, único en su objetivo como primer proveedor de salud con estas características y por último, para la sociedad: porque va a permitir y facilitar la investigación y abordaje del tabaquismo y otros problemas de salud pública.

El proyecto recibió el premio a la innovación en el Health Start Madri+d 2022, de la Fundación para el Conocimiento Madri+d. Se trata de un programa de emprendimiento con el objetivo de crear start-ups tecnológicas en el sector de la salud en la Comunidad de Madrid, con equipos multidisciplinares de profesionales del ámbito de la investigación y del emprendimiento. La herramienta bot conversacional, procesa con un lenguaje natural, mediante programación PNL (Procesamiento Natural del Lenguaje) permitiendo imitar una conversación humana, analiza utilizando Inteligencia Artificial y propone acciones según las directrices marcadas en un guion científico previamente establecido. Este reconocimiento, debería conllevar la implementación de intervenciones con evidencia, como la descrita, a nuestro ámbito asistencial, ya que están realizadas por profesionales de atención primaria, conocedores de nuestras propias necesidades y que trabajamos con el compromiso de ayudar a las personas a dejar de fumar.

4. 9TH EUROPEA CONFERENCE ON TOBACO HEALTH[9]

Revisamos algunas de las principales conclusiones de la 9TH Europea Coference on Tobaco or Health (ECToH 2023), celebrada en Madrid del 26 al 28 de abril y durante el XIII Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), la reunión se desarrolló con el objetivo de generar un movimiento social para el control del tabaquismo que permita cumplir con la Unión Europea y llegar a una "Generación libre de Tabaco" en 2040, con una prevalencia de consumo menor al 5% en la población. Para que los profesionales sanitarios, podamos implementar y llegar al objetivo EndGame en el consumo de tabaco en nuestro país y hacer realidad una próxima generación sin tabaco en Europa, los participantes se comprometieron en adoptar y hacer cumplir las políticas de control del tabaco para garantizar la plena implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Durante la Conferencia, se evidenció como ciertos grupos de población son más vulnerables y sufren de manera más intensa esta amenaza, es por eso que son necesarias más medidas urgentes para reducir la desigualdad sanitaria en el control del tabaco.

Específicamente, en una de las mesas se abordó el tabaquismo desde una perspectiva de género. Expertos en la materia destacaron que el consumo de cigarrillos electrónicos en mujeres se está incrementando en Europa. Que la utilización de aromas y saborizantes en productos derivados del tabaco incrementan su uso en mujeres previamente no fumadoras. Hablaron sobre la mayor vulnerabilidad de las mujeres de la dependencia a la nicotina y la mayor dificultad para el abandono del consumo y de la necesidad de ofrecer a las mujeres un apoyo conductual más intensivo y personalizado. Recordaron la peor respuesta a los tratamientos con nicotina, y que en muchos casos precisan terapias combinadas para mayor efectividad en las tasas de abandono. Señalaron, la importancia de que los programas de salud reproductiva aborden sistemáticamente el consumo de tabaco y nicotina y la exposición al humo de estos productos. Pusieron de manifiesto, la importancia de desarrollar investigación y legislación específica de género, sobre todo para aquellas mujeres socialmente más vulnerables.

CONCLUSIONES

Como conclusiones de la exposición Plis-Plas: Actualización en tabaquismo, durante el XXX Congreso de SoMaMFyC 2023, decir que:

- El aumento de nuevas formas de consumo de tabaco y nicotina en jóvenes obliga a profesionales sanitarios a desarrollar nuevas formas de abordaje y a políticos a legislar cambios para el control y la prevención del tabaquismo.

- Los tratamientos farmacológicos de primera línea para la dependencia a la nicotina deben utilizarse en atención primaria de salud junto con el consejo breve y las terapias cognitivo-conductuales porque han demostrado ser eficaces y costo-efectivos.

- El tratamiento para dejar de fumar mediante chatbot es más eficaz que la práctica clínica habitual en atención primaria.

- Cumplir con el objetivo "generación libre de tabaco" < 5% para el año 2040 es posible y para ello se recomienda establecer e implementar todas aquellas medidas que lo permitan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad, 2022 https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/InformeCigarrilloselectronicos.pdf

2. ¿Qué debo saber sobre el vaper? Grupo de Abordaje al Tabaquismo de la SemFYC. Julio, 2023 https://www.semfyc.es/actualidad/que-debo-saber-sobre-el-vaper

3. Documento de consenso del CNPT sobre Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2020 https://cnpt.es/assets/docs/cnpt-consenso-ecigar-2020.pdf

4. Cigarrillos electrónicos ¿Cuál es la conclusión? Centros para el control y prevención de enfermedades CDC. Infografía resumen https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/los-riesgos-de-los-cigarrillos-electronicos-para-jovenes.html

5. Todacitan 1,5 mg comprimidos EFG. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Centro de información on line de medicamentos-CIMA https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83407/FT_83407.html.pdf

6. Recigarum 1,5 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Centro de información on line de medicamentos-CIMA https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/88780/FT_88780.html

7. Zyntabac 150 mg comprimidos de liberación prolongada. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios-AEMPS. Centro de información on line de medicamentos-CIMA https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63265/FT_63265.html

8. Olano-Espinosa E, Avila-Tomas JF, Minue-Lorenzo C, Matilla-Pardo B, Serrano Serrano ME, Martinez-Suberviola FJ, Gil-Conesa M, Del Cura-González I; Dejal@ Group. Effectiveness of a Conversational Chatbot (Dejal@bot) for the Adult Population to Quit Smoking: Pragmatic, Multicenter, Controlled, Randomized Clinical Trial in Primary Care. JMIR Mhealth Uhealth. 2022 Jun 27;10(6):e34273. doi: 10.2196/34273. PMID: 35759328; PMCID: PMC9274388. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35759328/

9. Camarelles Guillén, F. Necesidad e importancia del abordaje de género en prevención y control del tabaquismo (9th ECToH). Blog Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud (PAPPS) https://educacionpapps.blogspot.com/2023/05/necesidad-e-importancia-del-abordaje-de.html

6. PLIS-PLAS GDT LEX ARTIS. EL NUEVO SISTEMA LEGAL DE "APOYO A LA DISCAPACIDAD" QUE SUSTITUYE A LA "INCAPACITACIÓN"

■ León Vázquez F.
Grupo de trabajo Lex Artis. SoMaMFyC

Alguna vez los médicos escuchamos a un familiar decir que actúa como "tutor" de un paciente que ha sido "incapacitado" judicialmente, y que él tomará las decisiones en relación con su asistencia sanitaria. A veces la familia de un paciente con deterioro cognitivo nos pide un informe para el juzgado porque quieren "incapacitarle" para poder realizar algún trámite. Pues vamos a dejar de escucharlo.

Desde la entrada en vigor de la Ley 8/2021[1] se ha reformado la legislación civil referente a la incapacitación judicial, sustituyéndose por un sistema de apoyo para las personas con discapacidad, tanto en el ámbito personal como en el patrimonial[2].

El objetivo de esta reforma es adecuar el ordenamiento jurídico español a la *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*[3] de 2006, que establece que las personas con discapacidad han de tener la misma capacidad jurídica que el resto. Determina que los estados adoptarán las medidas oportunas para proporcionarles el apoyo necesario en el ejercicio de esa capacidad. Con este cambio legislativo se pretende proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio más amplio posible de su capacidad jurídica. Esta modificación aún suscita incertidumbre en su aplicación, especialmente para las familias con personas con discapacidad.

Del mismo modo, el 17 de febrero de 2024 se ha modificado el artículo 49 de la Constitución Española para cambiar el término de "disminuido" por el de "persona con discapacidad"[4] y darle un contenido más acorde con la defensa de la dignidad y los principios de proporcionalidad en el apoyo a su discapacidad.

> «Artículo 49. Constitución Española
> 1. Las personas con discapacidad ejercen los derechos previstos en este Título en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. Se regulará por ley la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio.
> 2. Los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles. Asimismo, fomentarán la participación de sus organizaciones, en los términos que la ley establezca. Se atenderán particularmente las necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad»[4].

La *capacidad jurídica* es la facultad de las personas para ser sujetos de derechos y obligaciones, es una cualidad intrínseca a la naturaleza humana. La *capacidad de obrar* es la facultad para ejercer dichos derechos y obligaciones. Un bebé puede ser propietario de un inmueble (porque lo haya heredado), pero no puede alquilárselo a alguien. Necesita un apoyo (o una sustitución) para completar su capacidad de obrar, alguien que supla esa facultad y que actúe en beneficio del incapaz.

Lo mismo ocurre en el ámbito sanitario, donde hablamos más que de *capacidad* de *competencia,* como aquella facultad para tomar decisiones informadas en el ámbito de su propia salud. El bebé necesita de un representante que decide por él, habitualmente serán sus padres. La valoración de la competencia es un problema complejo que excede los propósitos de este artículo[5]. Tan solo destacaré que la competencia no es un todo-o-nada; sino un continuo que va a depender de factores propios del paciente y de la naturaleza de la intervención sanitaria que se propone.

A través de esta reforma legal se crean o potencian cuatro figuras de apoyo a la persona con discapacidad, al tiempo que desaparece la patria potestad prorrogada:

1. Medidas voluntarias de apoyo
2. Guarda de hecho
3. Curatela
4. Defensor judicial

1. MEDIDAS VOLUNTARIAS DE APOYO

El propio paciente, ante la posibilidad de perder en el futuro su competencia y la capacidad para tomar decisiones, puede anticiparse y otorgar facultades a otra persona o personas que le auxilien para disponer de su autonomía en el ámbito personal. Esto lo hace mediante un documento otorgado ante notario y elevado a documento público, que se remite al Registro Civil. Es un procedimiento análogo al de otorgar "poderes" en materia patrimonial, solo que en este caso se trata de decisiones tan personales como las sanitarias. Este auxilio para decidir no comenzará mientras el paciente mantenga intacta su competencia.

Podrá establecerse de forma voluntaria el alcance de las facultades de la persona o personas que le hayan de prestar apoyo, la forma de ejercicio del apoyo y algún régimen de control. Puede adoptar todas las disposiciones que estime convenientes: quién será el que le auxilie, dónde quiere ser asistido, dónde residir o cómo deben de administrarse sus bienes.

Es el procedimiento más sencillo; pero requiere anticipación. Está especialmente indicado en enfermedades neurodegenerativas de pronóstico conocido.

2. GUARDA DE HECHO

Se refuerza la figura de la guarda de hecho, transformada de una situación meramente provisional a una institución jurídica de apoyo, válida mientras sea suficiente para la salvaguarda de los derechos de la persona con discapacidad. Nuestra realidad asistencial demuestra en muchos casos que la persona con discapacidad está adecuadamente asistida en la toma de decisiones y el ejercicio de su capacidad por un guardador de hecho, generalmente un familiar, que no precisa de una investidura judicial *formal*, algo que la persona con discapacidad tampoco desea. La ley dota al guardador de unos deberes (asistenciales y legales) y derechos (reembolso de gastos incurridos para atender a la persona con discapacidad), de forma que no resulta necesario un complicado proceso judicial si las cosas "están funcionando bien".

Para los casos en que se requiera que el guardador realice una actuación representativa, como un ingreso residencial, se prevé la necesidad de que obtenga una autorización judicial *ad hoc*, de modo que no será preciso que se abra todo un procedimiento general de provisión de apoyos, sino que será suficiente con la autorización para el caso. No es necesaria la autorización cuando el guardador solicite una prestación económica a favor de la persona con discapacidad, como la dependencia.

3. CURATELA

Se sustituye el antiguo sistema de incapacitación y tutela por uno nuevo de apoyo a la discapacidad y curatela. La diferencia no es solo nominal. El *tutor* SUSTITUYE la capacidad del *tutelado*, ya que se le considera incapaz de hacer algo. En cambio, el *curador* COMPLEMENTA la capacidad del *curado*, pues su discapacidad no le permite hacer algo por sí solo.

En los casos extremos, cuando la discapacidad sea máxima, obviamente, este complemento de capacidad será de hecho una sustitución. En el resto de los casos la decisión es compartida.

La persona con discapacidad es protagonista de sus decisiones. Si hay que firmar un documento, firman ambos, curador y persona con discapacidad (curado). Así se previenen abusos o manipulaciones en perjuicio de la persona con discapacidad. El curador ofrece un apoyo proporcional a la discapacidad y a la relevancia de la acción jurídica a tomar, siempre en beneficio de la persona con discapacidad.

Para declarar la curatela se requiere un procedimiento judicial análogo al que ya existía para declarar la incapacidad. Las personas ya incapacitadas a fecha de la entrada en vigor de la Ley quedan sometidas a este mismo régimen de curatela representativa; si bien existe un régimen de revisión en los plazos que la Ley establece.

También se regula la *autotutela*, la posibilidad que tiene una persona capaz de obrar de adoptar las disposiciones que estime convenientes en previsión de su propia futura incapacitación, lo cual puede ser especialmente importante en el caso de enfermedades degenerativas.

4. DEFENSOR JUDICIAL

La figura del defensor judicial, especialmente prevista para cierto tipo de situaciones de especial relevancia, como aquella en que exista conflicto de intereses entre la figura de apoyo y la persona con discapacidad. Por ejemplo, si hay una venta o una donación entre curador y curado. O si se trata de una decisión muy relevante, que no puede o no quiere tomar la figura de apoyo habitual, por ejemplo, el guardador de hecho. En este caso se requiere un procedimiento de jurisdicción voluntaria.

Una vez realizada su gestión, el defensor deberá rendir cuentas de ella, la defensa desaparece y se vuelve al régimen de apoyo preexistente.

INSTRUCCIONES PREVIAS

Además de las nuevas figuras del Código Civil, en el ámbito sanitario disponemos de la figura de las **instrucciones previas** (voluntades anticipadas, testamento vital…)[6], que suponen un procedimiento de anticipación a una situación de falta de competencia para la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Integradas dentro del proceso de planificación anticipada de la asistencia y los cuidados que se elabora junto con el equipo asistencial, las instrucciones previas son el documento médico legal que recoge la voluntad del paciente para el momento futuro en que pierda la competencia y tienen el mismo peso que la voluntad expresada por otro paciente que no haya perdido esta capacidad.

Existen varias formas de otorgarlas, dependiendo de cada Comunidad Autónoma[7]: ante tres testigos, antes personal de la administración o ante profesionales sanitarios en situaciones de urgencias. A través de ellas el paciente marca el curso de su futura asistencia para el caso de que perdiera la capacidad de decidir, incluso solicitando una eutanasia futura. Puede designar un representante que colabore en la interpretación de las instrucciones, aunque no sustituye la decisión preconfigurada del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233

2. Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-6963

3. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2024-3099

4. Reforma del artículo 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024. BOE 2024. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=-BOE-A-2024-3099

5. G.J. Palacios, P. Pinto, O. Márquez, B. Herreros. Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones, Revista Clínica Española. 2020; 220 (4): 256-262. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001425651930147X

6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188

7. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=-BOE-A-2017-7178

INCIDENTES CRÍTICOS

1. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. "PREVENCIÓN Y SEGUIR EL PROTOCOLO EN SITUACIONES DIFÍCILES EN PEDIATRÍA"

- Llorente de Santiago L[1]; Crespo Oñate A[2]; Martínez Armas A[3]; Cáliz Rodríguez C[4]; González Araujo I [5]; Casaseca García P[6]

(1) R2 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(2) R3 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(3) R4 MFyC. Centro de salud de Guadarrama (Madrid)
(4) R3 MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid)
(5) Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelodones (Madrid)

DESCRIPCIÓN

En una guardia de pediatría atendimos a dos hermanos que habían tenido un accidente de coche. Indagando en el suceso y en la familia, descubrimos que los padres estaban separados, y la madre refería haber sufrido violencia de genero por parte del padre. El incidente sucedió cuando la madre estaba llevando a los niños a casa del padre, ebria, y en un ataque de enfado chocó a propósito su coche con el de la pareja con los niños dentro. La hermana mayor había puesto el cinturón a su hermano pequeño y gracias a ello no sufrió más daños. Fueron traídos por la policía a la urgencia del Hospital. Tras examinarlos y realizar las pruebas pertinentes, descartamos patología grave, solo presentaban contusiones leves desde el punto de vista físico.

Durante su estancia en la Urgencias, estuvieron custodiados por la policía, pero los niños tenían que irse con alguien, y no nos parecía adecuado que siguieran con la custodia de la madre tras este suceso pero el padre, también ebrio en este episodio, era mejor opción. Contactamos con el juez de guardia para tomar decisiones legales sobre la situación.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿A quién dar la custodia de menores cuando se encuentran en una situación comprometida?

¿Cómo identificar malos tratos en menores de manera temprana?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Situaciones así con cierta frecuencia, y es algo a lo que no debemos dar la espalda. Es importante estar preparados y conocer las herramientas para identificar estos casos, pues muchas veces pasan desapercibidos, por un lado, y por el otro, saber cuales son las posibles soluciones o a quien tenemos que pedir ayuda (policía, juez, otros especialistas…).

MÉTODOS

1. Clases/cursos/seminarios
2. Talleres
3. Consulta de libros de texto
4. Consulta publicaciones formación continuada
5. Tutorización

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido que en situaciones de este calibre, se ha de contactar inmediatamente con el juez de guardia y con la policía si no se encuentran ya en el hospital, y manejar el caso con mucha delicadeza. Tener en cuenta que según el suceso y las consecuencias, habrá que contar con la ayuda de compañeros de otras especialidades (ginecología, radiología…).

También he aprendido signos de alarma para detectar estas situaciones con prontitud, y que no pasen desapercibidas.

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

Desgraciadamente, el mejor procedimiento para aprender estas cosas es que te ocurran para saber como tienes que actuar cuando te pasen y como identificarlas, pues no siempre son tan evidentes. También el estar acompañado de profesionales que tienen experiencia en estas situaciones, sin dejar dominarte por la emociones.

Registro del aprendizaje (de las evidencias). Sesión clínica en el hospital de El Escorial sobre malos tratos, con los distintos protocolos vigentes.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

El mejor podo de aplicar el aprendizaje en la práctica, es estar atenta a la hora de historia y explorar a los niños en la urgencia o en la consulta. Muchas veces presentan lesiones o comportamientos que deben de llamarnos la atención para poder actuar. Tratar de ponernos en acción antes de que ocurran los problemas, anteponernos a ellos.

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

Ser capaz de mantener la serenidad y la tranquilidad a la hora de actuar en casos así, además de aprender como funciona todo el circuito para diagnosticar y gestionar el suceso de la mejor forma posible.

INCIDENTES CRÍTICOS

2. CUANDO LO ORGÁNICO Y LO MENTAL SE COMBINAN: LA ESQUIZOFRENIA EN LA URGENCIA

- González Araujo I[1]., Crespo Oñate A[2]., Cáliz Rodríguez C[3], Martínez Armas A[4]., Llorente de Santiago L[5]., Ciria de Pablo C[6].

(1) R3 MFYC. Centro de Salud Hoyo de Manzanares (Madrid)
(2) R3 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(3) R3 MFyC. Centro de Salud de Galapagar (Madrid)
(4) R4 MFYC. Centro de Salud Hoyo de Manzanares (Madrid)
(5) R2 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(6) Especialista MFyC. Centro de Salud Hoyo de Manzanares (Madrid)

DESCRIPCIÓN

Paciente de 39 años que acude a urgencias en horas de la madrugada por dolor abdominal intenso y generalizado con cuadro de agitación psicomotriz en paciente con diagnostico conocido de esquizofrenia y tratamiento activo, en principio, era difícil discernir si era un dolor con causa orgánica real o se trataba de parte del cuadro psiquiátrico del paciente el cual se encontrara en un brote.

En principio, la exploración física era muy difícil de realizar puesto que el paciente no permitía se le explorará ya que forcejeaba e intentaba golpear constantemente.

Intenté en un inicio explicarle que necesitaba explorarle lo cual el paciente no escuchaba ni permitía mediar con el, recurrimos a su tutor con el cual tiene relación más cercana y de confianza, aun siendo imposible la exploración por lo que se interconsultó con servicio de psiquiatría de guardia quienes recomendaron exploración bajo toma de Diazepam.

Posterior a esto, se logró exploración física completa con hallazgos subjetivos de obstrucción abdominal por lo que se realizó estudio complementario con TAC abdominal confirmándose el diagnostico de sospecha.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo podría mejorar mis habilidades para el manejo y tratamiento de pacientes psiquiátricos frente a la estigmatización de los mismos y los supuestos riesgos que estos pueden representar para el profesional durante su exploración y tratamiento? ¿Qué estrategias podría implementar para el manejo de los mismos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Mejorar habilidades para una comunicación eficaz y asertiva en pacientes psiquiátricos.
2. Disminuir el estigma de este grupo de patologías durante el primer contacto.
3. Desarrollo de estrategias y técnicas exploratorias que permitan llegar a un diagnóstico oportuno y eficaz sin resultar inconfortables para el paciente.
4. Recordar que el trabajo interdisciplinario con otras especialidades facilita el manejo y brinda mejores resultados para el paciente.

MÉTODOS

1. Consulta a colegas otras especialidades.
2. Actividades de investigación.
3. Revisión del caso con compañeros
4. Consulta de libros de texto
5. Consulta de publicaciones formación continuada
6. Búsqueda bibliográfica
7. Consulta de protocolos/guías prácticas.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

He aprendido que los estigmas son solo barreras y dificultades antepuestas sin razón o fundamento las cuales, en primera instancia, resultan de gran dificultad para lograr de forma objetiva un diagnóstico o una exploración física de calidad para llegar al diagnóstico de forma rápida y eficaz. He recordado que siempre, ante la duda, podemos consultar a nuestros colegas para de este modo brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Además, he aprendido que siempre ante la dificultar por temor de nuestros pacientes, podemos recurrir a una figura de confianza para ellos (siempre que estos lo aprueben) que nos facilite conseguir los objetivos y respuestas de su visita a urgencias o al centro de salud.

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

El mejor procedimiento ha sido la ayuda brindada por mis colegas especialistas en psiquiatría por su formación profesional en esta área que resulta de gran ayuda para complementar la mía. Así como también, la revisión bibliográfica sobre el manejo de la parte emocional de estos pacientes.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

Retroalimentación por parte de colegas de otras especialidades, discusión científica con el resto de mis colegas y con mis tutores. He logrado mejorar el manejo farmacológico necesario para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, he intercambio ideas con psicólogos de centro de salud que me han permitido mejorar el manejo emocional y los estigmas que como persona, tenía frente a estos pacientes. Todo esto, ha permitido que mejore como profesional de forma integral, enfatizando mis virtudes y mis defectos como áreas de mejora.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

1. Empatía: los pacientes son reflejo de sus circunstancias y situaciones personales, debemos tratar de no ser contribuyentes, si no, atenuantes a las dificultades que presentan, escuchando y siendo la ayuda en el momento de necesidad sin prejuzgar.

2. Ambiente de confianza: la escucha activa de los problemas y el demostrar les entendemos, facilita la interacción, comprensión y tratamiento adecuado, puesto que, al confiar en nosotros, cumplirán las indicaciones de la mejor manera posible.

3. Manejo de rechazo: escuchar y explicar para tratar de solventar sus dudas y miedos, involucrar a terceras personas que resulten de confianza para el paciente.

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

El área de mejora es muy amplio aun, me gustaría enfocarme principalmente en:

1. Perdida de estigmas y miedos ante el manejo de pacientes psiquiátricos durante brotes de su enfermedad, aprendiendo técnicas de comunicación y exploración en estos momentos de dificultad.

2. Ampliar conocimientos sobre el manejo farmacológico en estas circunstancias y a su alta, para de este modo ser la mejor ayuda posible que estos pacientes necesitan.

Para esto, durante mi rotación de salud mental, me esforzare en obtener la mayor experiencia de parte de los especialistas del área para posteriormente aplicarlos en mi práctica clínica diaria, así como también, espero tener la oportunidad de aprender de psicólogos el manejo emocional. Además, hare revisiones bibliográficas de artículos científicos y actualizaciones de literatura especializada en esta área.

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]., González Araujo I[2]., Martínez Armas A[3]., Cáliz Rodríguez C[4]., Llorente de Santiago L[5]., Casaseca García P[6].

(1) R3 MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid)
(2) R4 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(3) R2 MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid)
(4) R3 MFyC. Centro de salud de Guadarrama (Madrid)
(5) R3 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(6) MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid)

DESCRIPCIÓN

En el pico de la pandemia de COVID-19, durante mi rotación por el Servicio de Medicina Interna, me vi en la difícil posición de informar a los familiares de un paciente con neumonía por SARS-CoV-2 sobre las estrictas medidas de aislamiento que prohibían todas las visitas. Un familiar, abrumado por la angustia, reaccionó con hostilidad, recurriendo a insultos y amenazas legales. Frente a la intensidad del conflicto, reconocí una falla en mi enfoque comunicativo y solicité la intervención del médico adjunto, cuya experiencia resultó crucial en la desescalada de la situación.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

Frente a la adversidad, me pregunté: ¿Cómo puedo mejorar mi competencia comunicativa para manejar de manera asertiva y efectiva las situaciones conflictivas con los familiares de los pacientes, en especial bajo el estrés adicional impuesto por una crisis de salud pública?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Refinar mis habilidades de comunicación para poder transmitir información desafiante de manera asertiva, preservando la dignidad y el respeto por los familiares de los pacientes.

2. Explorar y aplicar estrategias y técnicas de desescalada de conflictos en entornos de alta tensión, como los impuestos por la pandemia de COVID-19.

3. Crear un foro de discusión con colegas para intercambiar experiencias y desarrollar enfoques colaborativos frente a desafíos comunicativos.

MÉTODOS

- Sesión clínica
- Consulta a colegas de otras especialidades
- Aprendizaje asistido por ordenador
- Revisión del caso con compañeros
- Consulta de libros de texto
- Búsqueda bibliográfica
- Consulta de protocolos / Guías de práctica

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

He aprendido técnicas fundamentales para comunicar malas noticias con asertividad, manteniendo la calma y la claridad incluso bajo presión. He mejorado mi capacidad para escuchar y responder a las preocupaciones emocionales de los familiares.

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

Las discusiones grupales y el análisis de literatura especializada han sido cruciales, brindándome una base teórica sólida y permitiéndome aprender de las experiencias de otros.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

He alcanzado un dominio más refinado de las técnicas de comunicación asertiva y he mejorado significativamente en la resolución de conflictos, lo cual se evidencia en la disminución de incidentes durante las interacciones con familiares.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

Implemento un enfoque de comunicación más directo y claro, manteniendo siempre la empatía y validando las emociones del interlocutor en las interacciones diarias.

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

A pesar de los avances, reconozco la necesidad de perfeccionar aún más el manejo de situaciones de alta tensión. Para ello, continuaré mi formación a través de cursos especializados en comunicación médica y revisión constante de la literatura actual, con el objetivo de integrar las mejores prácticas en mi desempeño clínico.

INCIDENTES CRÍTICOS

4. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DE RESISTENCIA Y COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Crespo Oñate A[1]., Cáliz Rodríguez C[2]., González Araujo I [3]., Martinez Armas A [4]., Llorente de Santiago L[5]., Casaseca García P[6].

(1) R3 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(2) R4 MFyC. Centro de Salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(3) R2 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(4) R3 MFyC. Centro de Salud de Guadarrama (Madrid)
(5) R3 MFyC. Centro de Salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(6) Especialista en MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)

DESCRIPCIÓN

Durante la atención médica en Urgencias, se presentó un caso en el cual el paciente acudía de madrugada por una cefalea holocraneal de 15 días de evolución inicialmente aceptaba las intervenciones y la medicación propuesta, pero luego las rechazaba sistemáticamente frente a la enfermera o el técnico de rayos. Tras esto fui a hablar con él y refería frases como “me he apretado en este punto óseo, he abierto mi tercer chacra y el dolor ha cedido espontáneamente por lo que he rechazado la analgesia que habías pautado”, posteriormente refería que el dolor había recidivado y por lo tanto quería la medicación. Volví a reinterrogarle acerca del dolor y refería que no había cedido con la medicación por lo que volví a pautar medicación analgésica hasta en dos ocasiones más sin conseguir mejoría clínica significativa. Tras esto, le planteé realizar un TAC a lo que en un primer momento aceptó por lo que me comuniqué con el servicio de Radiología del HUPH que aceptó la prueba de imagen. Tras realizar la petición, los celadores se dispusieron a llevar al paciente al TAC y una vez en él se negó a realizárselo porque volvió a presionarse en un punto óseo cediendo el dolor espontáneamente. Ante estas situaciones presenté un gran estado de irritación y frustración por el que hablé mal al paciente y que me llevó a plantearme negarme a realizarle la prueba de imagen y dejar de infundirle analgesia. Traté de sosegarme y comenté el caso con mi adjunta que consiguió darme una perspectiva objetiva del porqué el paciente podría estar presentando tales conductas, así como tomar conciencia sobre mi propio estado al tratarse de un paciente que consulta de madrugada por lo que estaba realmente cansada y que no debía tomarme la situación como algo personal, si no como otro dato clínico más. Volví a hablar con el paciente el cual comentó que el dolor había recidivado, hablamos sobre los beneficios y riesgos de los procedimientos necesarios, y realizamos el TAC, en el que se visualizó un tumor cerebral lo que explicaba los síntomas y los cambios en la conducta del paciente.

Esta situación me llevó a sentir un gran sentimiento de culpa por haber hablado mal al propio paciente y a mis compañeros de esa guardia.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo podría haber manejado de manera más efectiva la resistencia del paciente a recibir el tratamiento propuesto? ¿Cómo puedo mejorar mis habilidades de comunicación y empatía para abordar situaciones en las que los pacientes inicialmente aceptan y luego rechazan los procedimientos médicos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Desarrollar estrategias efectivas para abordar la resistencia y el rechazo del paciente a los procedimientos médicos necesarios.
- Mejorar las habilidades de comunicación y empatía para establecer una relación de confianza con los pacientes y ayudar a superar sus dudas y temores.
- Aprender a reconocer los signos y síntomas que pueden indicar una condición subyacente grave y tomar medidas apropiadas para su diagnóstico y tratamiento.

MÉTODOS

1. Clases/cursos/seminarios
2. Revisión del caso con compañeros

3. Talleres
4. Consulta de libros de texto
5. Sesión clínica
6. Búsqueda bibliográfica
7. Tutorización

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

He aprendido la importancia de mantener una comunicación efectiva y empática con los pacientes, especialmente en situaciones en las que inicialmente aceptan un plan de tratamiento y luego lo rechazan. También he aprendido que debo intentar reconocer los signos y síntomas que pueden indicar una condición subyacente grave y la importancia de perseverar en la búsqueda de un diagnóstico preciso.

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

El mejor procedimiento para aprender en este caso ha sido la tutorización y supervisión por parte de profesionales experimentados en situaciones similares, en este caso la adjunta con la que estaba durante la guardia la cual supo manejar la situación más allá de la frustración y la irritación dándome una visión objetiva del caso. El tiempo invertido en discutir el caso con colegas y recibir su orientación ha sido valioso para obtener diferentes perspectivas y enfoques en el manejo de la resistencia del paciente.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

He registrado mi aprendizaje a través de reflexiones personales y notas sobre las interacciones con el paciente. También he mantenido registros de las discusiones con colegas y los recursos recomendados, tales como técnicas para el manejo de la situación tratando de separar lo profesional de lo personal y de tener en cuenta la situación de cansancio en la que me encontraba al tratarse de un paciente que consulta de madrugada, para no volcar todo esto sobre el paciente.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

Trato de aplicar el aprendizaje en la práctica centrándome en establecer una comunicación efectiva y empática con mis pacientes. Me esfuerzo por comprender sus preocupaciones y temores, y trabajar en colaboración con ellos para encontrar soluciones y abordar sus dudas. Además, estoy más atento a los signos y síntomas que podrían indicar una afección grave, y tomo las medidas adecuadas para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

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

Aún me queda mucho por aprender en términos de mejorar mis habilidades de comunicación y empatía, así como en el reconocimiento de condiciones subyacentes graves. Para incorporar esto, planeo asistir a cursos y talleres especializados en comunicación médica, leer más literatura relacionada y seguir buscando la puesta en común de estos casos con profesionales experimentados que puedan darme una visión más objetiva de la situación. También buscaré oportunidades para practicar y aplicar estas habilidades en situaciones clínicas reales.

5. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA PRIMERA GUARDIA: MANEJO DE ITS Y COMUNICACIÓN EFECTIVA CON PACIENTES ALTERADOS

■ González Araujo I[1]., Llorente de Santiago L[2]., Cáliz Rodríguez C[3], Crespo Oñate A[4]., Martínez Armas A[5]., Casaseca García P[6].

(1) R3 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(2) R2 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid)
(3) R3 MFyC. Centro de salud de Galapagar (Madrid)
(4) R3 MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid)
(5) R4 MFyC. Centro de salud de Hoyo de Manzanares (Madrid)
(6) Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelodones (Madrid)

DESCRIPCIÓN

En mi primera guardia como residente, acudió a Urgencias una pareja de hombres porque uno de los dos tenía síntomas compatibles con una infección de transmisión sexual. Tras consultarlo con la médica adjunta, pautamos tratamiento antibiótico al paciente con síntomas y al asintomático le recomendamos citarse en su Centro de Salud para realizarse una analítica con serología. El segundo paciente no consideró que la decisión médica fuese adecuada y después de volver a explicárselo y tratar de tranquilizarlo, nos gritó con mucha violencia verbal y nos puso una reclamación.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuáles son las indicaciones de tratamiento profiláctico ante una posible ITS?

¿Cómo manejar la entrevista clínica con un paciente muy alterado, que no escucha y solo quiere ser tratado sin importar las indicaciones?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Por un lado, en esta situación aprendí la importancia de estar muy actualizada como médico en cualquier tema que pueda surgir en Urgencias. Cuanta más formación y conocimiento mejor se trata al paciente, más seguro te sientes al explicar al enfermo y mejora la calidad asistencial.

Por otro lado, mejorar el manejo de un paciente en situación conflictiva, mediante la empatía y la buena entrevista clínica que son fundamentales, para poder ayudar a los pacientes y que entiendan su patología.

MÉTODOS

1. Clases/cursos/seminarios
2. Talleres
3. Consulta de libros de texto
4. Consulta publicaciones formación continuada
5. Tutorización

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido el manejo de ITS en la urgencia, como tratarlas y cuál es la indicación en casos de profilaxis.

También he aprendido herramientas para dirigir la entrevista clínica y mejorar la comunicación con el paciente.

¿CUÁL HA SIDO EL MEJOR/ MEJORES PROCEDIMIENTOS PARA APRENDER? (TIEMPO INVERTIDO, FECHAS)

El mejor procedimiento en este caso fue consultar el caso con los adjuntos de Urgencias, porque están muy formados tanto científica como humanísticamente. Aprendí mucho tras este incidente.

Además, poco después tuve un curso de Comunicación en la Práctica Clínica, en el que comenté el caso y fui guiada (21 y 22 de noviembre 2022).

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS). CURSO DE COMUNICACIÓN 21-22 NOVIEMBRE 2022

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

Cuando tengo un caso de ITS en la práctica clínica pues he estudiado este tema y me he actualizado.

También con el trato con cada paciente que atiendo practico la buena comunicación y trato de entablar una buena relación clínica.

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

Continuar mi formación en comunicación clínica, por ejemplo, al transmitir malas noticias. Sigue siendo un tema que me cuesta mucho y me bloquea en ocasiones. Seguiré formándome en el tema, con algún curso o un manual de comunicación.

ORIGINAL

1. GASTO DE BOLSILLO PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD DE LA FAMILIA CON DIABETES MELLITUS

- Iván Tovar Méndez I.[1], Villarreal Ríos E.[2], Galicia Rodríguez L.[2], Rosas Marín L.E[3], Guerrero Mancera M.[4], Franco Saldaña M.[5].

(1) Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 49, Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
(2) Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
(3) Dirección Unidad de Medicina Familiar 49, Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
(4) Coordinación en Educación e Investigación, Unidad de Medicina Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.
(5) Coordinación de Residencia en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 49, Celaya, Guanajuato, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el gasto de bolsillo para recibir atención en salud y el porcentaje en relación con el ingreso familiar, en la familia con diabetes mellitus.

Determinar el gasto de bolsillo y el porcentaje del ingreso de la familia con diabetes mellitus para recibir atención.

Metodología: Diseño de gasto de bolsillo para recibir atención en salud en la familia con diabetes mellitus, definida ésta como aquella en la que al menos uno de sus miembros fue identificado con el diagnóstico de diabetes mellitus 2. El tamaño de la muestra fue 269 familias. Las variables se estudiaron en la familia, incluyeron características generales, características sociodemográficas, ciclo vital familiar y rol familiar del paciente con diabetes. El ingreso familiar se identificó por trimestre, el gasto de bolsillo se definió como la cantidad de dinero gastado por la familia al trimestre para acudir a recibir atención incluyó siete dimensiones, transporte, alimento, medicamento, consulta, hospitalización, equipo médico y exámenes de laboratorio. El porcentaje del gasto de bolsillo se determinó con relación al porcentaje del ingreso familiar.

Resultados: El ingreso promedio trimestral familiar es €1,296.84, el gasto de bolsillo en salud €56.58 trimestral, cantidad que corresponde al 4.36% del ingreso total de la familia con diabetes mellitus.

Conclusión: El gasto de bolsillo en equipo médico y transporte aporta más del 50% del gasto de bolsillo, esta es un área de oportunidad para determinar fuente de financiamiento.

Palabras clave: Costo; gasto de bolsillo; familia; diabetes.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus una de las enfermedades crónicas no transmisibles con alta incidencia en el uso de los servicios de salud, representa uno de los mayores retos para las instituciones públicas por el incremento acelerado y la tendencia, afecta la salud de la población que la padece y a todo el núcleo familiar[1,2,3,4].

La diabetes mellitus es un reto para los sistemas de salud por la incidencia y la demanda de uso de los servicios de salud, para el paciente por las implicaciones clínicas y modificación en el estilo de vida, y para el núcleo familiar por la repercusión en la dinámica familiar[1,2,3,4].

El respaldo de la familia es trascendental para el paciente con diabetes mellitus, el diagnóstico en uno de sus integrantes modifica el comportamiento familiar, el rol de la persona enferma y del resto de los integrantes de la familia; incide en la relación al interior del grupo, afecta la dinámica de los integrantes y de los subsistemas que la componen[5,6,7,8].

Además de lo señalado, en la familia con diabetes mellitus la economía familiar también se afecta. Una parte de los ingresos familiares se destina para el acceso a los servicios sanitarios, y se identifican como gasto de bolsillo en salud, en él se incluyen gasto en medicamentos, honorarios médicos y atenciones hospitalarias, nominalmente los gastos de transporte y nutrición no son considerados dentro del concepto, pero representan un gasto en el proceso de atención del paciente e impactan en la asignación del ingreso familiar[9,10].

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020 (ENIGH), reportó el ingreso trimestral

promedio de los hogares de $50,309, el gasto promedio corriente monetario trimestral de $29,910, y el gasto en salud y cuidados de $1,266 trimestrales, cantidad que corresponde al 4.2% del gasto promedio corriente monetario[11].

El incremento del gasto de bolsillo en salud realizado por la familia genera mayor carga económica, desviando recursos originalmente asignados a cubrir necesidades básicas, entre ellas educación, vivienda y alimentación[12,13,14].

En este contexto el objetivo del artículo fue determinar el gasto de bolsillo para recibir atención en salud y el porcentaje en relación con el ingreso familiar, en la familia con diabetes mellitus.

METODOLOGÍA

Diseño de gasto de bolsillo para recibir atención en salud, la población de estudio fue la familia con diabetes mellitus 2 atendida en una institución de seguridad social de Celaya Guanajuato, México. Se analizó el comportamiento de un año calendario.

Se consideró como unidad de análisis a la familia con diabetes mellitus 2, definida ésta como aquella en la que al menos uno de sus miembros fue identificado con el diagnóstico de diabetes mellitus 2.

Se incluyeron familias que aceptaron contestar la encuesta, con al menos 1 año de diagnóstico y cuatro o más consultas anuales; fueron excluidas familias en las que el paciente con diabetes contaba con diagnóstico de enfermedad renal crónica; y se eliminaron las familias en las que el paciente con diabetes falleció durante el año de estudio.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de promedios para población infinita, con nivel de confianza del 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z\alpha$=1.64), asumiendo que el gasto promedio en trasporte fue €20.06 (x'=20.06), deviación estándar 2.006 (s=2.006) y margen de error 0.2006 (d=0.2006). El tamaño calculado correspondió a 269 familias (n=269).

La técnica muestral fue no aleatoria por casos consecutivos, empleando como marco muestral el listado de pacientes que acudieron a solicitar atención médica en la unidad de salud.

Las variables estudiadas incluyeron:

a) Características generales de la familia con diabetes mellitus (número de integrantes de la familia, edad de la familia —promedio de la edad de todos los integrantes—, número de integrantes con aportación económica y número de integrantes con diabetes);

b) Características sociodemográficas de la familia con diabetes mellitus (sexo de la familia -sólo mujeres, predominio de mujeres, igual número de hombres y mujeres, predominio de hombres, sólo hombres-, estado civil del integrante con diabetes, y escolaridad familiar —grado máximo de estudio de uno de los integrantes de la familia—).

c) Ciclo vital familiar de acuerdo con Duval[15] y el rol familiar del paciente con diabetes.

d) El ingreso familiar se identificó por trimestre, estableciendo el decil de ingreso de la familia con diabetes mellitus, empleando como referencia la Encuesta de Ingreso y Gasto del Instituto Nacional de Geografía y Estadística[11].

e) El gasto de bolsillo en atención a la salud se definió como la cantidad de dinero gastado por la familia al trimestre para acudir a recibir atención en la institución de seguridad social; el gasto de bolsillo incluyó siete dimensiones, transporte, alimento, medicamento, consulta, hospitalización, equipo médico (gasto en glucómetro y en tiras reactivas) y exámenes de laboratorio.

f) El porcentaje del gasto de bolsillo en relación con la atención a la salud se determinó para cada una de las dimensiones (transporte, alimento, medicamento, consulta, hospitalización, equipo médico y exámenes de laboratorio) y en total. En todos los casos correspondió al porcentaje del ingreso familiar total.

La información se obtuvo en entrevista directa realizada al paciente con diabetes mellitus y el gasto correspondió a lo que la familia erogó para acudir a recibir atención en la institución de salud.

El estudio se registró en el Comité de Ética e Investigación de la institución de salud, se solicitó consentimiento informado al paciente con diabetes mellitus quien proporcionó información en representación de la familia.

El análisis estadístico incluyó porcentajes, intervalos de confianza para porcentajes, promedios e intervalos de confianza para promedios.

RESULTADOS

a) Características generales de la familia

La edad promedio de la familia con diabetes mellitus es 52.10 años (IC 95%; 50.37-53.84) y el promedio de integrantes con diabetes en la familia es 1.23 (IC 95%; 1.18-1.28). En la tabla 1 se presenta el resto de la información.

Tabla 1. Características generales de la familia con diabetes mellitus

Característica	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad de la familia (años)	52.10	50.37	53.84
Integrantes de la familia (número)	3.07	2.90	3.25
Integrantes con aportación económica en la familia (número)	1.85	1.74	1.97
Integrantes de la familia con diabetes (número)	1.23	1.18	1.28

b) Características sociodemográficas de la familia

Predominan las familias con igual número de hombres y mujeres, 41.3% (IC 95%; 35.4-47.2), el estado civil del paciente con diabetes es casado, 69.9% (IC 95%; 64.4-75.4); y la escolaridad más alta de la familiar es universidad, 29.7% (IC 95%; 24.2-35.2). En la tabla 2 se presenta la información.

c) Ciclo vital de la familia con diabetes y rol del paciente con diabetes

En la familia con diabetes mellitus el ciclo vital predominante es familia con punto de partida (plataforma

Tabla 2. Características sociodemográficas de la familia con diabetes mellitus

Característica	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo familiar			
Sólo mujeres	11.4	7.7	15.3
Predominio de mujeres	25.3	20.1	30.5
Igual mujeres y hombres	41.3	35.4	47.2
Predominio de hombres	19.0	14.3	23.7
Sólo hombres	3.0	1.0	5.0
Estado civil del paciente con diabetes			
Casado	69.9	64.4	75.4
Viudo	18.2	13.6	22.8
Soltero	6.3	3.4	9.2
Divorciado	3.4	1.2	5.4
Unión libre	2.2	0.4	4.0
Escolaridad más alta de la familiar			
Sin escolaridad	2.2	0.4	4.0
Primaria	19.0	14.3	23.7
Secundaria	21.6	16.7	26.5
Preparatoria	26.4	21.1	31.7
Universidad	29.7	24.2	35.2
Postgrado	1.1	0.0	2.3

Tabla 3. Ciclo vital familiar y rol del paciente con diabetes de la familia con diabetes mellitus

	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Ciclo vital familiar			
Familia con hijos preescolares	0.4	0.0	1.2
Familia con punto de partida (plataforma de colocación)	62.1	56.3	67.9
Familia madura (nido vacío)	10.4	6.8	14.0
Familia anciana	27.1	21.8	32.4
Rol familiar del paciente con diabetes			
Madre	61.5	56.3	66.7
Padre	31.3	26.3	36.3
Hijo	5.4	3.0	7.8
Abuelo	1.8	0.4	3.2

de colocación), 62.1% (IC 95%; 56.3-67.9) y el rol familiar predominante del paciente con diabetes mellitus es madre, 61.5% (IC 95%; 56.3-66.7). Tabla 3.

d) Ingreso de la familia con diabetes

El ingreso promedio trimestral de la familia con diabetes mellitus es €1,296.84 (IC 95%; 1,180.88-1,412.81), el 24.5% (IC 95%; 19.4-29.6) de las familias con diabetes mellitus se ubican en el decil I, el 19.7% (IC 95%; 14.9-24.5) en el decil II. En la tabla 4 se presenta el porcentaje de familias con diabetes en cada uno de los deciles.

e) Gasto de bolsillo en atención a la salud en la familia con diabetes

El gasto de bolsillo para recibir atención por trimestre en la familia con diabetes mellitus es €56.58 (IC 95%; 46.68-66.47), el gasto más alto corresponde a equipo médico €28.51 (IC 95%; 25.62-31.40). En la tabla 5 se presenta la información.

Tabla 4. Ingreso trimestral de la familia con diabetes mellitus y decil de ingreso de la familia con diabetes mellitus

Ingreso trimestral de la familia con diabetes			
Ingreso Trimestral	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
Euros	1,296.84	1,180.88	1,412.81
Decil de ingreso de la familia con diabetes			
Decil	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
I	24.5	19.4	29.6
II	19.7	14.9	24.5
III	11.2	7.4	15.0
IV	14.9	10.6	19.2
V	8.9	5.5	12.3
VI	5.2	2.5	7.9
VII	8.6	5.2	12.0
VIII	3.0	1.0	5.0
IX	3.3	1.2	5.4
X	0.7	0.0	1.7

Tabla 5. Gasto de bolsillo en salud y porcentaje del gasto de bolsillo en salud al trimestre en la familiar con diabetes mellitus

Gasto de bolsillo en salud			
Tipo de gasto	Promedio	IC 95%	
		Inferior	Superior
Equipo médico	28.51	25.62	31.40
Transporte	9.22	8.41	10.03
Hospitalización	5.65	2.17	9.13
Alimento	4.71	3.87	5.54
Exámenes de laboratorio	3.19	2.46	3.91
Medicamento	2.88	2.25	3.50
Consulta	2.42	1.90	2.95
Total	56.58	46.68	66.47

Porcentaje del gasto de bolsillo en atención a la salud		
Tipo de gasto	En relación con el ingreso total familiar	En relación con el gasto total en salud
Equipo médico	2.20	50.39
Transporte	0.71	16.30
Hospitalización	0.44	9.98
Alimento	0.36	8.32
Exámenes de laboratorio	0.25	5.63
Medicamento	0.22	5.09
Consulta	0.19	4.28
Total	4.36	

f) Porcentaje del gasto de bolsillo en atención a la salud

El porcentaje del gasto de bolsillo en atención a la salud de la familia con diabetes mellitus en relación con el ingreso total es 4.36% y el porcentaje más alto corresponde a equipo médico con 2.20%. El porcentaje de gasto de bolsillo en atención a la salud en la dimensión transporte, en relación con el gasto de bolsillo total es 16.30%. En la tabla 5 se presenta el porcentaje del gasto por tipo de gasto.

DISCUSIÓN

En la actualidad el incremento de enfermedades crónico-degenerativas y el costo de la atención son retos que enfrentan los sistemas de salud y la familia, de igual forma, en el contexto de la economía de la salud, la asignación y el uso eficiente de los recursos son la prioridad. Es verdad que en poblaciones con seguridad social el acceso a los servicios de salud se establece en función de las aportaciones económicas generadas por el trabajo, pero también es una realidad que aún en esos casos acceder al servicio de salud implica gastos de bolsillo para complementar las acciones realizadas. En este contexto se ubica el artículo que aquí se presenta al identificar el gasto de bolsillo para recibir atención en salud en la familia con diabetes mellitus.

Los estudios de ingreso y gasto utilizan como unidad de análisis el hogar, en esta investigación la propuesta contempló a la familia como unidad de análisis, el concepto es el mismo pero la propuesta pretende aterrizar aspectos económicos en el ámbito de la salud familiar, aunado a ello, la definición de familia con diabetes abre la posibilidad de una línea de investigación con operacionalización específica de las variables, propuesta que transita del enfoque individual al enfoque familiar, y con ello, en este caso, caracterizar a la muestra estudiada desde la perspectiva familiar.

La edad de la familia con diabetes mellitus es similar a lo reportado para poblaciones en las cuales se analiza el individuo, en torno a la similitud se podía afirmar que la familia con diabetes mellitus es una familia en la que se ha iniciado la salida de los hijos del hogar, así lo revela el ciclo vital encontrado y con ello la permanencia de los integrantes de mayor edad[16,17].

En la muestra estudiada el decil de ingreso de la familia con diabetes mellitus es bajo, al respecto se sabe que a menor nivel de ingreso familiar mayor porcentaje del gasto de bolsillo en salud, condición que impacta en las condiciones generales de la familia y que puede llegar a tornarse crítica[18].

La contabilización en las Cuentas Nacionales de Salud[19] contempla como gasto de bolsillo en salud el realizado en medicamentos, honorarios médicos y atención hospitalaria, no obstante, es una realidad que en torno al acceso a la atención en salud existen gastos complementarios que realiza la familia para acceder al servicio, gastos sin los cuales el proceso de atención a la salud no se podría iniciar, entre ellos los gastos en transporte y alimentación realizados al acudir a los servicios de salud, por ello en este trabajo se incluyeron como gasto de bolsillo en salud, propuesta que puede ser ampliamente criticada por alejarse de la definición, pero que es totalmente real para la familia con diabetes mellitus que acude a solicitar atención[10,20]. Es verdad que estos gastos no intervienen directamente en el proceso de generación del producto salud, por ello no se contabilizan oficialmente en las cuentas de salud y son asignadas a las cuentas de transporte y alimentación, pero desde la perspectiva de la familia son necesarios.

El gasto de bolsillo más alto corresponde a equipo médico, específicamente gasto en jeringas, tiras reactivas y glucómetros, insumos no proporcionados por la institución de salud, en torno a ello se podría debatir si éstos son insumos indispensables para el tratamiento, derivado de ello la evaluación costo efectividad podría ser un referente para evaluar la asignación eficiente de recursos y determinar a qué agente económico corresponde el financiamiento.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el ingreso promedio trimestral familiar es €1,296.84 el gasto de bolsillo en salud €56.58, cantidad que corresponde al 4.36% del ingreso total de la familia con diabetes mellitus. El gasto de bolsillo en equipo médico y transporte aporta más del 50% del gasto de bolsillo, esta es un área de oportunidad para determinar fuente de financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra Valdés M, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev. Finlay, 2018; 8(2):140-148. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es.

2. Serra-Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. Revista Finlay, 2016; 6(2):[2]. http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418.

3. Mora-Morales, Eric. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. Acta Médica Costarricense, 2014, 56(2):44-46. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001&lng=en&tlng=es.

4. Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Publica Mex, 2007; 49(supl 3):S331-S337. https://www.scielosp.org/pdf/spm/2007.v49suppl3/s331-s337/es

5. Uribe Figueroa AM. La familia del paciente en enfermedad crónica. En: Obando Cabezas L, Ordoñez E. Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. pp. 112-134.

6. Jaime Montalvo R, Espinosa Salcido MR, Pérez Arredondo A. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Alternativas en psicología, 2013; 17(28): 73-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007&lng=pt&nrm=iso.

7. Mendizábal O, Pinto B. Estructura familiar y diabetes. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 2006;4(2):31-51. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612006000200003&lng=es&tlng=es

8. Vega Angarita OM. González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global, 2009;(16). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es.

9. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gómez de la Rosa F, Florez-Tanus Á, Moreno-Ruiz D et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. Rev Salud Pública, 2018; 20(5):591-598. https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61403.

10. Rivera-Almaraz AL, Salinas Rodríguez A, Manrique-Espinoza B. Gasto de bolsillo en salud por enfermedades crónicas en los adultos mayores: Implicaciones económicas para los hogares en México. Tesis de Grado de Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva, Instituto Nacional de Salud Pública. https://catalogoinsp.mx/files/tes/054376.pdf

11. Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. Salud Publica Mex. 2019; 61:504-513. https://doi.org/10.21149/10146

12. Pérez Valbuena GJ, Silva Ureña A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana; No. 218. 2015. https://doi.org/10.32468/dtseru.218

13. Tomasone AO. Ciclo Vital Familiar. https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/Ciclo%20Vital%20Familiar.pdf

14. Montes de Oca, Verónica, & Hebrero, Mirna. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. Papeles de población, 12(50), 97-116. Recuperado en 17 de noviembre de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional De Ingresos Y Gastos De Los Hogares 2020 (ENIGH). https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2020/doc/enigh2020_ns_presentacion_resultados_gto.pdf.

15. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. The Lancet 2006;368(9549):1828-1841. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69565-2

16. Salinas-Escudero G, Carrillo-Vega MF, Pérez-Zepeda MU, García-Peña C. Gasto 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000400006&lng=es&tlng=es.

17. Cuba-Fuentes, Maria, Romero-Albino, Zoila, & Cuellar-De la Cruz, Yuri. (2014). Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. Revista Médica Herediana, 25(2), 68-72. Recuperado en 17 de noviembre de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200003&lng=es&tlng=es.

18. Saenz Vela HM, Guzmán Giraldo AM. Determinantes del gasto de los hogares en salud en México. Problemas del Desarrollo, 2021; 52(205): 3-25. https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2021.205.69644.

19. Cuentas Nacionales de Salud: México. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/11-Cuentas_Nacionales_Salud-Mexico.pdf

20. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gómez de la Rosa F, Florez-Tanus Á, Moreno-Ruiz D et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. Rev Salud Pública, 2018; 20(5):591-598. https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61403.

ORIGINAL

2. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA POR DEPÓSITO GRASO NO ALCOHÓLICA Y DE FIBROSIS AVANZADA EN PRINCIPALES GRUPOS DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Maté Calvo I.[a], Pardo Moreno G.[b], Cordero Hoyo A.M.[b].
[(a)] Centro de Salud Martínez de la Riva, Comunidad de Madrid, España
[(b)] Centro de Salud José María Llanos, Comunidad de Madrid, España

CONSIDERACIONES ÉTICAS, FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Consideraciones éticas: El protocolo del proyecto fue aprobado por la Comisión Local de Investigación Sureste de Madrid y del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Gregorio Marañón.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

En todo momento se ha garantizado el anonimato de los datos recogidos según los criterios definidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y su capacidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición).

Financiación: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses: Ninguno.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: determinar la prevalencia de enfermedad hepática por depósito graso no alcohólica (EHGNA) y de fibrosis avanzada en pacientes obesos y diabéticos tipo 2 en Atención Primaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud José María Llanos, Madrid.

Participantes: se obtuvo una muestra de 90 pacientes con diabetes mellitus y/o con obesidad del centro.

Mediciones principales: se evaluó la presencia de EHGNA con el Fatty Liver Index (FLI) y se realizó una ecografía hepática dirigida. Posteriormente, en aquellos pacientes con EGHNA se estimó el riesgo de fibrosis avanzada mediante la escala FIB-4.

Resultados: de los 90 pacientes estudiados, 73 pacientes (81,1%) fueron diagnosticados de EHGNA. De estos, 19 (26%) presentaron riesgo de fibrosis avanzada. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las alteraciones ecográficas y el valor del FLI, siendo el FLI > 60 en el 94,5% de los participantes con alteraciones ecográficas, frente al 48,6% de los que presentaban una ecografía normal. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el IMC y el diagnóstico de EHGNA. El 88.75% de los pacientes obesos fueron diagnosticados de EHGNA, frente a 20% de los pacientes que no presentan obesidad. Las diferencias encontradas entre pacientes diabéticos y no diabéticos no fueron estadísticamente significativas. Todos los pacientes obesos y diabéticos fueron diagnosticados de EHGNA.

Conclusiones: la EHGNA es una enfermedad prevalente e infradiagnosticada. Existen métodos baratos y accesibles para su diagnóstico disponibles en Atención Primaria, siendo éste el lugar el más propicio para el tratamiento y seguimiento de los estadios más precoces.

ABSTRACT

Objective: to assess the prevalence of the non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and advanced hepatic fibrosis of obese and type 2 diabetic patients in Primary Care Medicine.

Design: cross-sectional descriptive study.

Emplazamiento: Primary Care Health Center José María Llanos, Madrid.

Participants: we selected a simple random sample of 90 patients from all the obese and diabetic patients in our Health Center.

Main measurements: the presence of NAFLD was assessed by using Fatty Liver Index (FLI) and an hepatic ultrasound. The diagnosis was established in case FLI score was higher than 60 or in case some ultrasound abnormalities were found. Finally, we assessed the risk of advanced fibrosis using the FIB-4 score.

Results: 73 out of 90 patients (81.1%) were diagnosed with NAFLD. From these, 19 (26%) had high risk of advanced fibrosis. We found an statistically significant association between the ultrasound findings and FLI score, meaning FLI was higher than 60 in the 94.5% of the participants with ultrasound abnormalities. The 48.6% had a normal ultrasound. There was also an statistically significant association between BMI and the presence of NAFLD. 88.75% of obese patients was diagnosed with NAFLD, while 20% of non-obese patients had NAFLD. All obese and diabetic patients were diagnosed with NAFLD.

Conclusions: NAFLD is a very prevalent and underdiagnosed disease. There are cheap and accessible methods for its diagnosis available in Primary Care Medicine, which is the best environment for its treatment and follow-up in its most early stages.

Palabras clave: enfermedad hepática por depósito graso no alcohólica, fibrosis hepática, Atención Primaria, diabetes mellitus, obesidad.

PUNTOS CLAVE

Qué aporta este estudio

- La EHGNA es una patología muy prevalente en nuestro medio, especialmente entre los pacientes obesos y en los pacientes obesos y diabéticos.
- La EHGNA es una patología infradiagnosticada en nuestro medio.
- Los protocolos basados en métodos no invasivos (escalas validadas y ecografía hepática) resultan muy útiles en el diagnóstico y manejo de la EHGNA en Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es, en la actualidad, la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica en los países occidentales[1,2,3]. Su prevalencia en los últimos años ha aumentado notablemente de la mano del síndrome metabólico y sus componentes, especialmente la diabetes mellitus (prevalencia 40-69.5% de EHGNA en diabéticos) y la obesidad (prevalencia en torno al 75% en obesos)[3,4]. Se estima que aproximadamente un cuarto de la población general en España podría presentar EHGNA[1,5].

La importancia de esta patología radica en su prevalencia, en la posibilidad de progresión del daño hepático y en su relación con la resistencia periférica a la insulina y, por tanto, con un mayor riesgo cardiovascular[1,3]. Estudios recientes han demostrado la relación de la EHGNA con el riesgo cardiovascular, la insuficiencia cardíaca y la mortalidad por todas las causas[6]. La supervivencia de los pacientes con EHGNA viene determinada por la presencia de comorbilidades, asociadas con un alto riesgo cardiovascular, siendo la enfermedad coronaria la principal causa de muerte en estos pacientes, seguida de las neoplasias extrahepáticas y las asociadas a cirrosis[1]. Es por ello que el abordaje terapéutico de esta patología está centrado en el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y los cambios en el estilo de vida con el objetivo de conseguir una pérdida de peso de al menos un 10%, reservándose el tratamiento farmacológico para casos seleccionados[1,7].

La EHGNA abarca un amplio espectro de lesiones histológicas que van desde la esteatosis simple hasta la fibrosis avanzada[8]. La biopsia hepática continúa siendo el *gold standard* para el diagnóstico de certeza de esta patología[1,8], pero dado que es una prueba cara y cruenta, en los últimos años se han estudiado distintas estrategias de cribado. De hecho, las últimas guías de práctica clínica recomiendan el empleo de métodos no invasivos para el cribado de EHGNA en poblaciones de riesgo[[1]1, 2,9,10]. Entre estos métodos no invasivos validados para el diagnóstico de EHGNA destacan el *Hepatic Steatosis Index* y el *Fatty Liver Index* (FLI) que han demostrado capacidad para determinar la presencia de esteatosis con una alta especificidad[10,11], siendo útiles para el cribado de EHGNA en pacientes de riesgo (diabéticos tipo 2 u obesos) o en la población general[1,12]. No obstante, estos biomarcadores no son capaces de cuantificar el grado de esteatosis, lo que supone un inconveniente con respecto a la biopsia hepática[13].

La ecografía sigue siendo fundamental en el abordaje diagnóstico inicial de estos pacientes, habiéndose desarrollado también en los últimos años escalas semicuantitativas, tales como el *Ultrasonographic Fatty Liver Indicator* (US-FLI), que permite reducir la subjetividad a la hora de valorar el daño hepático[11]. De este modo, el empleo conjunto de la ecografía y las escalas con biomarcadores podría suponer una aproximación inicial más completa a los pacientes con sospecha de EHGNA.

Existen también test validados para determinar el grado de fibrosis con un alto valor predictivo negativo (VPN)[1,14], lo cual es de gran relevancia clínica, puesto

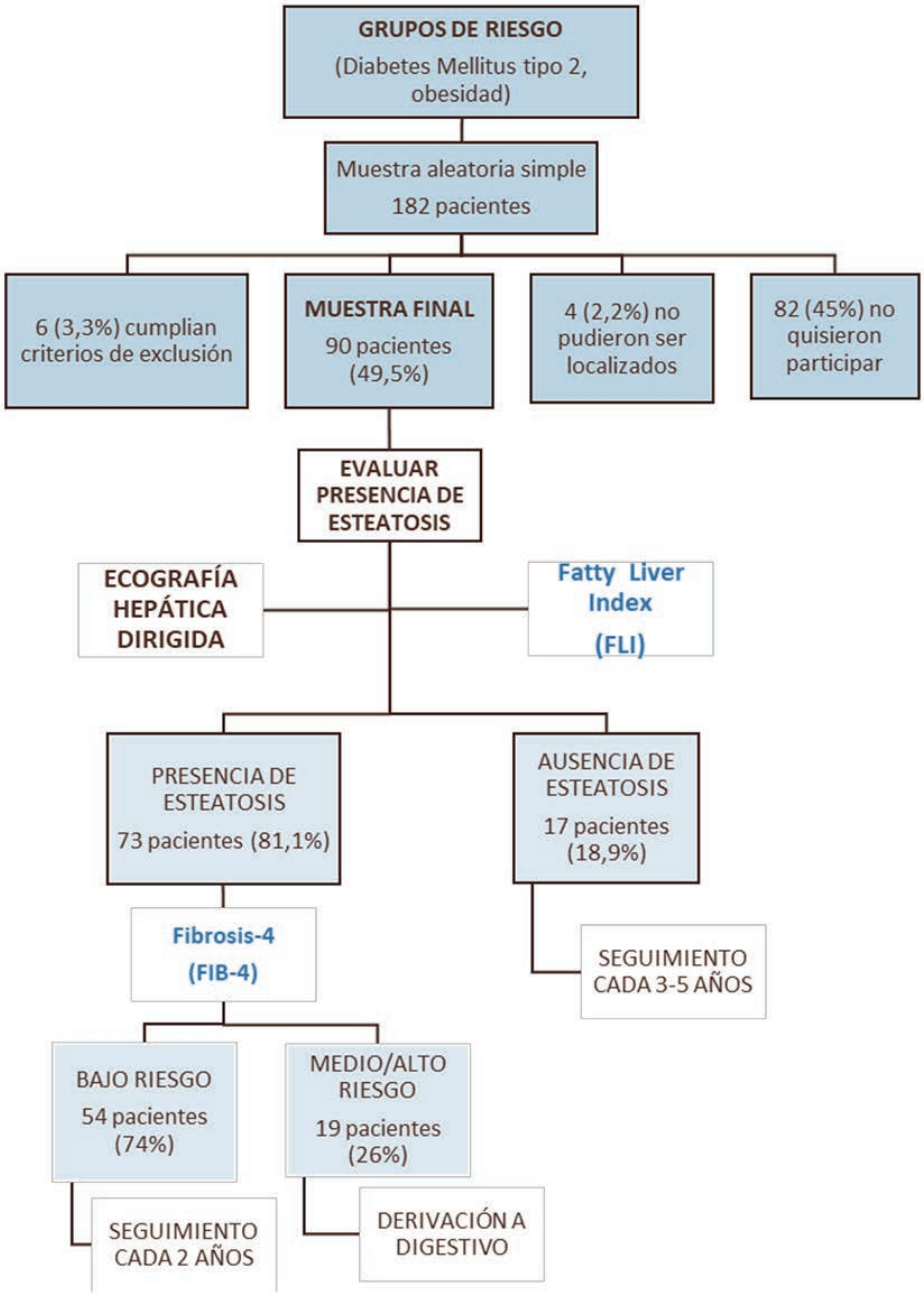
que la presencia de fibrosis es el indicador pronóstico más importante de esta patología. Entre estos test destacan el *NALFD Fibrosis Score* y el *Fibrosis-4* (FIB-4), que emplean datos clínicos y analíticos fácilmente disponibles en Atención Primaria para evaluar el riesgo de fibrosis[11]. Con ellos, podríamos detectar aquellos pacientes con bajo riesgo para fibrosis avanzada que podrían manejarse con seguimiento periódico en consultas de Atención Primaria y seleccionar aquellos pacientes de riesgo intermedio o elevado que requieran la derivación a servicios especializados para la realización de pruebas más específicas tales como el Fibroscan o la biopsia hepática.

A pesar de que el empleo estructurado de las distintas herramientas diagnósticas permite establecer un algoritmo que guíe la toma de decisiones en el abordaje de esta patología (*figura 1*)[1,2,15], por el momento hay pocos estudios acerca de su abordaje desde Atención Primaria.

ESQUEMA DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal acerca de la prevalencia de enfermedad hepática por depósito graso no alcohólica y de fibrosis avanzada en principales grupos de riesgo en un centro de salud de Madrid.

Este trabajo pretende, siguiendo el algoritmo planteado, estimar la prevalencia en un Centro de Atención Primaria de Madrid de EHGNA en los principales grupos de riesgo (pacientes diabéticos tipo 2 y obesos) y describir el riesgo de fibrosis avanzada en los pacientes con EHGNA.



MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud de Madrid.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (código T90 en AP-Madrid) u obesidad (índice de masa corporal mayor o igual a 30 registrado en el programa AP-Madrid) atendidos en el último año en el centro de salud.

Criterios de exclusión: Se excluyeron todos aquellos pacientes con un consumo perjudicial de alcohol (código P15), tratamiento en los últimos 3 meses con fármacos hepatotóxicos (amiodarona, glucocorticoides, tamoxifeno, diltiazem, metotrexato) y aquellos con episodio activo de VIH (código B90), VHA, VHB o VHC (código D72), celiaquía (código D99) y otras enfermedades como la hemocromatosis, enfermedad de Wilson y el déficit de alfa 1-antitripsina (código T99).

Selección de pacientes: Partiendo de la población total del centro de salud, y aplicando las prevalencias de diabetes mellitus del 8% y de obesidad en torno al 15%, se estimó una población de estudio de aproximadamente 2000 pacientes. Para un nivel de confianza de 95%, basándonos en cifras previas de prevalencia de esteatosis del 60%, asumiendo un error máximo de precisión de +-6%, obtuvimos un tamaño de muestra de 228 sujetos. Dicha muestra se obtuvo a partir de los listados de pacientes con diabetes mellitus (T90) y/o con obesidad de todo el centro obtenidos gracias a la aplicación Consulta Web. A partir del listado de todos los sujetos que cumplían criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión obtuvimos la muestra final aplicando un muestreo aleatorio simple. En la muestra inicial se incluyeron 228 pacientes de los cuales 90 (39.5%) accedieron a participar en el estudio, 6 (2.6%) fueron excluidos por distintas causas (principalmente consumo excesivo de alcohol), 50 (21.9%) no pudieron ser localizados y 82 (36%) no quisieron participar.

Recogida de datos: Los participantes fueron captados mediante llamada telefónica en la que se les invitó a participar en el estudio. Todos aquellos que accedieron firmaron un consentimiento informado, dando su consentimiento para el empleo de los datos registrados en su historia clínica informatizada en el programa AP-Madrid, así como para la realización de una ecografía abdominal y de una analítica sanguínea en caso de no disponer de una en el último año.

Variables analizadas:

— Variables sociodemográ*ficas:* Sexo y edad

— Variables clínicas:

- Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión (HTA), dislipemia o diagnóstico previo de EHDGNA.
- Consumo de alcohol: más de 30 gramos al día en hombres y más de 20 gramos al día en mujeres o episodio activo de alcoholismo.
- Datos antropométricos: Circunferencia cintura e índice de masa corporal.

— Variables de datos analíticos último año: GOT, GPT, GGT, triglicéridos, plaquetas, HbA1C.

Variables de respuesta principal:

— Diagnóstico de esteatosis: Para evaluar la presencia de EHDGNA se empleó el *Fatty Liver Index* (FLI) y se realizó una ecografía hepática dirigida. Se estableció el diagnóstico de EHDGNA ante la presencia de una puntuación en FLI mayor de 60 o ante el diagnóstico de esteatosis por ecografía. En la ecografía hepática dirigida por profesionales del centro de salud se estableció el diagnóstico de esteatosis hepática ante la presencia de los siguientes factores: hiperecogenicidad del parénquima hepático con respecto a corteza renal derecha y bazo y/o atenuación del hígado.

— Riesgo de fibrosis avanzada: En los pacientes diagnosticados de EHDGNA por cualquiera de estos métodos se evaluó el riesgo de fibrosis avanzada mediante la escala *Fibrosis-4* (FIB-4). Si FIB-4 menor o igual de 1,3 puntos se descartó fibrosis avanzada y se indicó seguimiento en 2 años. Si FIB-4 mayor de 1,3 se indicó a los pacientes que informasen a su médico para su derivación al servicio de Digestivo.

Estrategia de análisis: Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v26. Las variables continuas se describen utilizando la media y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos según la distribución de los datos. Las variables nominales se presentan como porcentajes o números absolutos. Para dar respuesta a los objetivos, se utilizaron estimaciones puntuales y los intervalos de confianza al 95%.

Aspectos éticos y legales: El protocolo del proyecto fue aprobado por la Comisión Local de Investigación Sureste de Madrid y del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Gregorio Marañón. No existen conflictos de intereses en la realización de este estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron 90 pacientes, 57 (63,3%) eran mujeres y 33 (36,7%) hombres, con una edad media de 57,3 +- 15,1 años y 60 +-16 años respectivamente. La *tabla 1* muestra las principales características clínicas de los pacientes incluidos.

Respecto a la presencia de obesidad y diabetes, al analizarla conjuntamente, 60 pacientes (66,7%) eran sólo obesos, 10 (11,1%) sólo diabéticos y 20 (22,2%) eran obesos y diabéticos.

Fueron diagnosticados de esteatosis, por ecografía hepática o por FLI >60 puntos, 73 pacientes (81,1%). De estos, 19 (26%) presentaron riesgo de fibrosis avanzada (FIB-4 >1,3 puntos).

De los 73 pacientes a los que se les diagnosticó de esteatosis en el estudio sólo 18 (24,6%) tenían un diagnóstico previo de esteatosis.

En cuanto a la ecografía hepática dirigida: 35 pacientes (38,9%) no presentaron alteraciones, mientras que en 55 pacientes (61,1%) se evidenciaron signos ecográficos de esteatosis. Al comparar las alteraciones ecográficas con los valores del FLI se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambos parámetros, siendo el FLI > 60 en el 94,5% de los pacientes con alteraciones ecográficas, frente al 48,6% de los que presentaban una ecografía normal (p< 0,000).

Tabla 1. Principales características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio(n=90)

	n	%
Diabetes	30	33,3
Hipertensión	46	51,1
Dislipemia	47	52,2
Circunferencia abdominal de riesgo (>88cm mujeres, >102cm hombres)	80	88,9
Normopeso-Sobrepeso (IMC <25)	10	11,1
Obesidad (IMC >30)	80	88,9
Diagnóstico previo de esteatosis	19	21,1

FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSIS Y RIESGO DE FIBROSIS AVANZADA

En la *tabla 2* se muestra el análisis univariado de la asociación entre distintos factores clínicos y el diagnóstico de esteatosis. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre el IMC y el diagnóstico de esteatosis (p 0,000). Se realizó, además, un análisis multivariado utilizando una regresión logística, observando nuevamente asociación significativa entre el IMC y el diagnóstico de esteatosis, con un OR de 35,8, IC al 95% (4,1 - 308,6).

En las *tablas 3 y 4* se muestra el análisis univariado de la asociación entre la presencia de los principales

Tabla 2. Factores clínicos asociados al diagnóstico de esteatosis (n=90). Análisis univariado:

Características clínicas		Diagnóstico de esteatosis		No diagnóstico de esteatosis		Total	P
		n	%	n	%	n	
SEXO	Hombre	28	84,8	5	15,2	33	0,491
	Mujer	45	78,9	12	21,1	57	
HTA	SI	39	84,8	7	15,2	46	0,363
	NO	34	77,3	10	22,7	44	
DM	SI	22	73,3	8	26,7	30	0,183
	NO	51	85	9	15	60	
DL	SI	38	80,9	9	19,1	47	0,947
	NO	35	81,4	8	18,6	43	
IMC	Normal-Sobrepeso	2	20	8	80	10	0,000
	Obesidad grado I	41	82	9	18	50	
	Obesidad grado II	27	100	0	0	27	
	Obesidad grado III	3	100	0	0	3	

Tabla 3. Presencia de esteatosis en función del diagnóstico de obesidad y/o diabetes (n=90). Análisis univariado

Características clínicas	No esteatosis		Esteatosis		Total	P
	N	%	N	%	N	
Diabéticos	8	80	2	20	10	0,000
Obesos	9	15	51	85	60	
Diabéticos y obesos	0	0	20	100	20	

Tabla 4. Riesgo de fibrosis avanzada en función del diagnóstico de obesidad y/o diabetes (n=90). Análisis univariado

Características clínicas N	Diagnóstico de esteatosis				Total	P
	No riesgo de fibrosis avanzada		Riesgo de fibrosis avanzada			
	N	%	N	%	N	
Diabéticos	1	50	1	50	2	0,735
Obesos	38	74,5	13	25,5	51	
Diabéticos y obesos	15	75	5	25	20	

factores de riesgo (obesidad y/o diabetes) y la presencia de esteatosis y riesgo de fibrosis avanzada.

OBESIDAD

Se diagnosticó de esteatosis al 87.5% de los pacientes que presentaban obesidad, frente a 20% de los pacientes que no presentan obesidad. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p 0,000). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el IMC y el riesgo de fibrosis avanzada.

Por otro lado, la circunferencia de cintura no se relacionó de forma estadísticamente significativa con la presencia de esteatosis ni riesgo de fibrosis avanzada.

DIABETES

Se diagnosticó de esteatosis al 73,3% de los pacientes con diagnóstico de diabetes, frente al 85% de los pacientes que no presentaban diabetes. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

De los 73 pacientes diagnosticados de esteatosis, presentaban riesgo de fibrosis avanzada el 27,3% de los pacientes que presentan diabetes, frente al 25,5% de los pacientes que no presentaban diabetes. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

DIABETES Y OBESIDAD

Al estudiar la presencia simultánea de diabetes y obesidad, el 100% de los pacientes obesos y diabéticos fueron diagnosticados de esteatosis en el estudio, frente al 20% de los pacientes sólo diabéticos y al 85% de los pacientes sólo obesos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p 0,000).

De los 73 pacientes diagnosticados de esteatosis, presentaron riesgo de fibrosis avanzada el 25% de los pacientes obesos y diabéticos, el 25,5% de los sólo obesos y 1 de los 2 pacientes (50%) sólo diabéticos. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (p 0,735).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son similares a los de investigaciones previas evidenciándose una alta prevalencia de esteatosis (81,1%) en los principales grupos de riesgo, siendo estadísticamente significativa su relación con la presencia de obesidad, lo que nos indica la importante relación con este grupo.

Llama la atención que en nuestro estudio no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre la diabetes mellitus y la presencia de esteatosis, pese a lo demostrado por diversos estudios (5,10,16-18), lo cual puede deberse a un menor tamaño muestral con pocos pacientes exclusivamente diabéticos. Sin embargo, sí que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia simultánea de diabetes y obesidad y el diagnóstico de esteatosis, siendo diagnosticados el 100% de los pacientes obesos y diabéticos de esteatosis, lo que señala la estrecha relación de la esteatosis con el riesgo cardiovascular siendo mayor su prevalencia a mayor número de FRCV.

Por otro lado, cabe destacar de nuestros resultados la alta prevalencia de riesgo de fibrosis avanzada identificada por un FIB-4>1.3 entre los pacientes con EHGNA (26%), los cuales requirieron una derivación a Digestivo para la realización de Fibroscan. De esta forma se pone de manifiesto la gran utilidad del FIB-4 como herramienta para guiar la toma de decisiones en el manejo de pacientes con EHNA en Atención Primaria, como ya señalaban otros estudios realizados en nuestro medio[19].

Finalmente hay que señalar el importante infradiagnóstico de esta patología. En nuestro estudio solo el 24,6% de los pacientes que fueron diagnosticados de esteatosis tenían un diagnóstico previo en la historia electrónica. Este dato pone el foco en la necesidad de desarrollar e implementar protocolos de diagnóstico y manejo de la esteatosis en Atención Primaria[16-19], ámbito en el que se dispone de los medios necesarios (incluyendo la ecografía, disponible cada día en más centros de salud) para el diagnóstico de EHGNA, así como para su seguimiento. Sin embargo, también hay que tener en cuenta las posibles limitaciones de costo-efectividad de estas estrategias, dados los escasos recursos terapéuticos de los que disponemos siendo las intervenciones sobre los estilos de vida dirigidas a una reducción de peso y control de los FRCV la principal estrategia de control y prevención de la EHGNA de la que disponemos en la actualidad[20-22], para cuya aplicación, el medio idóneo, también es la Atención Primaria por su fácil accesibilidad y posibilidad de realizar un seguimiento estrecho. Por todo ello, consideramos que es necesario llevar a cabo estudios que evalúen la costo-efectividad de la implantación de protocolos específicos para el diagnóstico de EHGNA en el ámbito de la Atención Primaria.

Entre las principales limitaciones de nuestro estudio cabe señalar, por un lado, el pequeño tamaño muestral. Esto puede deberse a que la recogida de datos del trabajo fue realizada durante la pandemia COVID, lo que ha supuesto una menor participación por las reticencias de muchos de los pacientes a acudir al centro de salud. Por otro lado, el FIB-4 tiene un alto VPN (>90%)[23,24], lo que tiene mucho valor en poblaciones con alta prevalencia de fibrosis avanzada, sin embargo, aplicado a la población general, en la que la prevalencia de fibrosis avanzada disminuye, el VPN es de menor utilidad[25].

CONCLUSIONES

- La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es una patología muy prevalente en nuestro medio, especialmente en el grupo de obesos y en el grupo combinado de obesos y diabéticos.
- Existe una alta prevalencia de riesgo de fibrosis avanzada, diagnosticada por un FIB-4>1.3 entre los pacientes con EHGNA en nuestro medio.
- La EHGNA es una patología infradiagnosticada en nuestro medio: sólo un cuarto de las personas con EHGNA tenía registrado este diagnóstico en su historia clínica al inicio del estudio.
- La Atención Primaria es el ámbito idóneo para el manejo de la EHGNA dada su accesibilidad a métodos no invasivos que permiten su diagnóstico y seguimiento.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo de todo el equipo del Centro de Salud José María Llanos y sin la ayuda de Sofia Garrido Elustondo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aller R, Fernández-Rodríguez C, lo Iacono O, Bañares R, Abad J, Carrión JA, et al. Consensus document. Management of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). Clinical practice guideline. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(5):328-49.

2. Marchesini G, Day CP, Dufour JF, Canbay A, Nobili V, Ratziu V, et al. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. Obes Facts. 2016;9(2):65-90.

3. Lazo M, Clark JM. The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease: A global perspective. Semin Liver Dis. 2008;28(4):339-50.

4. Williams CD, Stengel J, Asike MI, Torres DM, Shaw J, Contreras M, et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: A prospective study. Gastroenterology [Internet]. 2011;140(1):124-31. Available from: http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2010.09.038.

5. Caballería L, Pera G, Auladell MA, Torán P, Muñoz L, Miranda D, et al. Prevalence and factors associated with the presence of nonalcoholic fatty liver disease in an adult population in Spain. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2010;22(1):24-32.

6. Park J, Kim G, Kim H, Lee J, Lee Y, Jin S et al. The association of hepatic steatosis and fbrosis with heart failure and mortality. Cardiovasc Diabetol. 2021; 20:197. https://doi.org/10.1186/s12933-021-01374-8.

7. Ampueroa J, Sánchez-Torrijos Y, Aguilera V, Bellido F, Romero-Gómez M. Nuevas perspectivas terapéuticas en la esteatohepatitis no alcohólica. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(2):128-142. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.07.006.

8. Kleiner DE, Brunt EM. Nonalcoholic fatty liver disease: Pathologic patterns and biopsy evaluation in clinical research. Semin Liver Dis. 2012;32(1):3-13.

9. Wedemeyer H, Thursz M. The role of different EASL-papers: Clinical practice guidelines vs. position papers vs. conference summaries. J Hepatol [Internet]. 2010;53(2):372-84. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2010.04.008.

10. Corey KE, Klebanoff MJ, Tramontano AC, Chung RT, Hur C. Screening for Nonalcoholic Steatohepatitis in Individuals with Type 2 Diabetes: A Cost-Effectiveness Analysis. Dig Dis Sci. 2016;61(7):2108-17.

11. Machado M V., Cortez-Pinto H. Non-invasive diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease. A critical appraisal. J Hepatol [Internet]. 2013;58(5):1007-19. http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2012.11.021.

12. Chen J, Huang P, Chien C, Lin C, Chien R. A community-based study on the application of fatty liver index in screening subjects with non-alcoholic fatty liver disease. Journal of the Formosan Medical Association. 2020;119, 173-181. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2019.03.016.

13. Fedchuk L, Nascimbeni F, Pais R, Charlotte F, Housset C, Ratziu V. Performance and limitations of steatosis biomarkers in patients with nonalcoholic fatty liver disease. Aliment Pharmacol Ther. 2014;40(10):1209-22.

14. Lombardi R, Buzzetti E, Roccarina D, Tsochatzis EA. Non-invasive assessment of liver fibrosis in patients with alcoholic liver disease. World J Gastroenterol. 2015;21(39):11044-52.

15. Guía clínica de Enfermedad hepática por depósito graso no alcohólica [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/higado-graso-esteatosis-hepatica/

16. Samperio-González MA, Selvi-Blasco M, Manzano-Montero M, Méndez-Gómez J, Gil-Prades M, Azagra R. Prevalencia de la esteatosis hepática no alcohólica en población con hipertransaminasemia y grado de adecuación del diagnóstico registrado en atención primaria. Atención Primaria. 2016;48(5):281-7.

17. Sahuquillo Martínez A, Solera Albero J, Rodríguez Montes JA, Celada Rodríguez Á, Tarraga Marcos L, Tárraga López PJ. Esteatosis hepática no alcohólica y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria TT - Nonalcoholic Steatohepatitis and Cardiovascular Risk Factors in Primary Care. Rev colomb gastroenterol [Internet]. 2016;31(4):368-75. Available from:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572016000400007

18. L. Caballería, M.A. Auladell, P. Torán, D. Miranda, J. Aznar, G. Pera, et al. Prevalence and factors associated with the presence of non-alcoholic fatty liver disease in an apparently healthy adult population in primary care units. BMC Gastroenterol., 7 (2007), p. 41.

19. Davyduke T, Tandon P, Al-Karaghouli M, Abraldes JG, Ma MM. Impact of Implementing a “FIB-4 First” Strategy on a Pathway for Patients With NAFLD Referred From Primary Care. Hepatol Commun. 2019;3(10):1322-33.

20. Shimizu M, Suzuki K, Kato K, Jojima T, Iijima T, Murohisa T et al. Evaluation of the effects of dapagliflozin, a sodium-glucose co-transporter-2 inhibitor, on hepatic steatosis and fibrosis using transient elastography in patients with type 2 diabetes and non-alcoholic fatty liver disease. Diabetes Obes Metab. 2019;21(2):285-292.

21. Powell E, Wong V, Rinella M. Non-alcoholic fatty liver disease. Lancet. 2021; 5;397(10290):2212-2224. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32511-3

22. Gerges SH, Wahdan S, Elsherbiny D, El-Demerdash E. Non-alcoholic fatty liver disease: An overview of risk factors, pathophysiological mechanisms, diagnostic procedures, and therapeutic interventions. Life Sciences. 2021; 271(17 Suppl):119-220. https://doi.org/10.1016/j.lfs.2021.119220

23. Kumari B, Kumar R, Sharma S, Banerjee A, Kumar V, Kumar P et al. Diagnostic Accuracy of FIB-4 and FIB-5 Scores as Compared to Fibroscan for Assessment of Liver Fibrosis in Patients With Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. Cureus. 2021; 13(8): e17622. DOI 10.7759/cureus.17622

24. Mózes FE, Lee JA, Selvaraj EA; Jayaswal A, Trauner M, Boursier J et al. Diagnostic accuracy of non-invasive tests for advanced fibrosis in patients with NAFLD: an individual patient data meta-analysis. Gut. 2022;71:1006-1019. doi:10.1136/gutjnl-2021-324243

25. Graupera I, Thiele M, Serra-Burriel M, Caballeria L, Roulot D, Wong G et al. Low Accuracy of FIB-4 and NAFLD Fibrosis Scores for Screening for Liver Fibrosis in the Population. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2022; 1542-3565. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.12.034

CASOS CLÍNICOS

1. ¿ES SARNA PERSISTENTE?

■ Estefanía Hidalgo L.[1], Paniura Pinedo M.[1], Rodríguez Arilla A.[1], Rodríguez Cerro M.,[2] Bermejo Fernández F.[3]
(1) Residentes Medicina Familiar y Comunitaria, CS Torrelodones, Madrid.
(2) Médico de Familia. Hospital Doce de Octubre de Madrid.
(3) Médico de Familia. Directora del Centro de salud de Torrelodones. Tutora de residentes. Centro de salud Francia. Fuenlabrada. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La sarna es una afectación de la piel provocada por el ácaro Sarcoptes scabiei, que provoca lesiones típicamente pruriginosas de predominio nocturno en localizaciones características: muñecas, axilas, laterales de los dedos, extensor de los codos, aparato genital masculino (cabeza y espalda suelen estar respetadas en el adulto); debido a una reacción de hipersensibilidad retardada al ácaro, sus heces y/o huevos (en muchos casos, la clínica comienza 4-6 semanas posterior al contacto). Se conocen dos formas clínicas: la sarna clásica, que corresponde con lo descrito previamente; y la sarna costrosa/noruega/queratósica, típica en pacientes con inmunidad celular reducida, que se caracteriza por lesiones costrosas como su propio nombre indica.

Esta infestación se transmite por contacto directo y prolongado de la piel; por ello, es frecuente en condiciones de hacinamiento. Su prevalencia se estima en 200 millones de personas, siendo una afectación relativamente común[1].

CASO CLÍNICO

Varón de 19 años sin antecedentes personales de interés que acude al centro de salud por presentar "pequeñas lesiones rojas en la piel que le pican mucho por las noches desde hace una semana sobre todo en los brazos. Su hermano tiene síntomas similares". A la exploración, se objetivan pápulas eritematosas de predominio en muñecas, cara extensora de antebrazos y lateral de los dedos con signos de excoriación. Además, se observaba los clásicos "surcos acarinos" (líneas serpiginosas rojizas); por lo que la sospecha diagnóstica principal es sarna. Se pauta permetrina crema, una aplicación en toda la superficie corporal (con lavado posterior a las 8-12 horas) ese mismo día y a las dos semanas; y antihistamínico oral para el control del prurito. Se informa de la necesidad de tratar a los convivientes y realizar una adecuada higiene del entorno (lavado de toallas, sábanas o separarlo en bolsas durante 72 horas). Al mes el paciente acude de nuevo por persistencia de los síntomas. Asegura una realización adecuada de las medidas de higiene y del tratamiento. Se explora de nuevo. Se observa aumento de las lesiones por rascado. Al dermatoscopio no se percibe ningún dato destacable. Se decide repetir de nuevo el tratamiento. A las tres semanas, presenta claro empeoramiento clínico. Se aprecian placas eritematoso-descamativas generalizadas en toda la superficie corporal. Se solicita valoración por dermatología por "posible sarna persistente". Desde el hospital, diagnostican de "eccema por irritación secundario a tratamiento tópico con permetrina". Detienen la administración de permetrina, recomiendan corticoide tópico e hidratación abundante de la piel. Finalmente, el paciente presentó mejoría clínica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la sarna se basa principalmente en la historia clínica y la exploración física del paciente, ya que la visualización del ácaro a través del microscopio en muchos casos no es posible. El dermatoscopio puede emplearse como herramienta complementaria ("signo del ala delta": representa la cabeza del ácaro). La biopsia únicamente se reserva para aquellos casos refractarios y/o con dudas en el diagnóstico diferencial[1].

Su manejo se basa en tres pilares[2]:

1. Erradicación de la infestación: principalmente empleo de permetrina tópica y/o ivermectina oral.

    - La permetrina en crema se debe aplicar en toda la superficie corporal (desde cuello hasta planta de los pies; incluida la zona debajo de las uñas), manteniéndolo 8-12 horas hasta el lavado. Puede emplearse en niños (aplicación en cabeza) y embarazadas. Algunos estudios estiman una eficacia cercana al 90%. La realización de una segunda aplicación a la semana

o quincena es una práctica frecuente, aunque su eficacia relativa no está clara. Un potencial efecto adverso es la irritación de la piel, como el caso del paciente presentado.

- La ivermectina oral: destaca su menor coste y facilidad de uso (dosis oral única de 200 mcg/kg), por lo que es interesante su uso en instituciones con epidemias de sarna. En su caso, sí es necesario una segunda pauta tras una o dos semanas (actividad ovicida limitada).

  La eficacia de un tratamiento respecto al otro tiene estudios limitados; sin embargo, en un revisión sistemática y metaanálisis parecieron igualmente efectivas.

  Existen otras terapias disponibles como: benzoato de benzoilo, muy empleado en países de pocos recursos por su bajo coste; azufre tópico, empleado en recién nacidos y lactantes; espinosad; crotamitón, malatión; …éstas últimas con menor efectividad respecto al tratamiento de elección.

  En el caso de sarna costrosa se combina permetrina crema (cada 2-3 días durante una o dos semanas) e ivermectina oral (durante 3,5 o 7 días no consecutivos según la gravedad).

2. Tratamiento de los contactos cercanos: es importante destacar que el éxito terapéutico no solo depende de lo previo (erradicación de la infestación); sino también del tratamiento de los contactos personales cercanos.

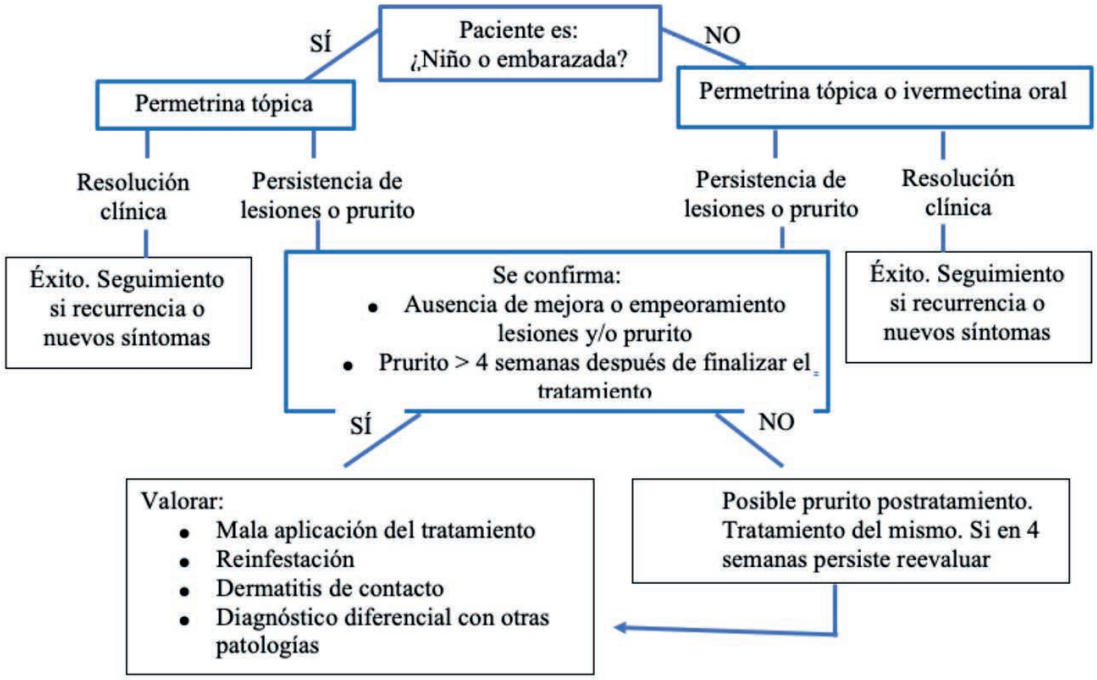
3. Control sintomático (prurito y/o complicación de las lesiones): **el prurito puede persistir hasta 4 semanas después de un tratamiento exitoso** (probablemente sería el caso del paciente descrito); para lo cual pueden emplearse antihistamínicos orales y/o corticoides.

Tanto el estado del prurito como el de las lesiones cutáneas se tiene en cuenta para valorar la evolución del paciente. Su persistencia o empeoramiento después de 4-6 semanas desde la administración del tratamiento justifica su reevaluación, haciendo un diagnóstico diferencial entre reinfestación, infestación persistente u otras entidades (dermatitis de contacto irritante). El régimen terapéutico a seguir en los casos persistentes no está estandarizado; generalmente se emplea el fármaco que aún no se haya usado o la combinación de ambos (permetrina e ivermectina).

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la sarna se basa en la clínica. Es fundamental hacer hincapié en las medidas de higiene y en el tratamiento de los contactos estrechos para obtener un éxito terapéutico. La persistencia de prurito durante 4 semanas después del tratamiento puede enmarcarse en la normalidad. Si persiste más de este tiempo se debe plantear una reevaluación del paciente.

Las principales líneas terapéuticas son la permetrina en crema y la ivermectina oral, con altas tasas de eficacia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Goldstein B.G., Goldstein A.O. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. [Internet]. UpToDate: Ofori A.O. [Revisado agosto 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=sarna%20piel&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

2. Goldstein B.G., Goldstein A.O. Scabies: management [Internet]. UpToDate: Ofori A.O. [Revisado agosto 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=sarna%20piel&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4097880160

2. HOLIDAY HEART SYNDROME: PALPITACIONES Y ALCOHOL. UNA MALA MEZCLA

Martín González M.[1], Pineda Torcuato A.[2], De Prada Rodríguez MA.[3]
(1) Médico Residente MFYC. CS Villalba Estación.
(2) Médico Adjunto del servicio de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda).
(3) Médico Adjunto especialista en MFYC. CS Villalba Estación.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es la arritmia más común en la población general, no obstante, su frecuencia aumenta con la edad. En pacientes jóvenes la aparición de arritmia sin antecedentes cardiológicos previos es excepcional.

A continuación, se presenta un caso clínico de fibrilación auricular inducida tras consumo excesivo de alcohol.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 31 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual, salvo consumo de tabaco (12-15 cigarros/día - IPA 9 paquetes/año) y consumo social de alcohol (fines de semana: 1-2 cervezas).

Acude a urgencias por palpitaciones de 3 horas de evolución. Refiere inicio de las mismas en reposo. No refiere dolor torácico, no sensación disneica. No fiebre ni distermia. Interrogando sobre las mismas, refiere haber consumido gran cantidad de alcohol (más de media botella de whisky) las horas previas al inicio de las palpitaciones. No refiere otra clínica a la anamnesis por aparatos y sistemas.

La exploración física fue completamente normal, salvo por auscultación cardiaca arrítmica sin auscultar soplos.

Se realiza un electrocardiograma que muestra fibrilación auricular a 159 lpm.

El paciente permanece monitorizado en urgencias; a las 3-4 horas de su llegada se objetiva reversión espontánea a ritmo sinusal.

DISCUSIÓN

El Holiday Heart Syndrome es una entidad descrita inicialmente por Ettinger en el año 1978 tras asociar ritmo cardiaco anómalo (fibrilación auricular) en 24 pacientes sin patología cardiaca previa tras consumo excesivo de alcohol[1].

Es una alteración transitoria del ritmo cardiaco que, por lo general, se autolimita en 24 horas; sin embargo, en 1/3 de estos pacientes la fibrilación auricular (FA) puede recurrir si se excede de nuevo en el consumo de alcohol[1].

La relación temporal entre el consumo excesivo de alcohol y el desarrollo de FA se ha demostrado desde el inicio del consumo hasta pasadas 36 horas del fin del mismo[1].

El desarrollo de la FA se justifica por los efectos del consumo agudo de alcohol sobre el sistema de conducción cardiaco: acortamiento de periodo refractario auricular, enlentecimiento de la conducción intraauricular y acortamiento de potenciales de acción auriculares; así como del aumento de la frecuencia cardiaca y la activación del sistema nervioso simpático junto con el efecto tóxico del acetaldehído y el aumento de ácidos grasos libres en plasma[2,3].

Se manifiesta clínicamente con síntomas propios de taquiarritmia: palpitaciones (lo más frecuente), mareo, disnea y síncope en personas sin cardiopatía previa conocida[4].

El diagnóstico se basa en la realización de un electrocardiograma que demuestra la presencia de FA[4].

Otros estudios complementarios pueden ser útiles para confirmar un elevado consumo de alcohol, como por ejemplo: niveles de etanol elevados en sangre, anemia con elevado volumen corpuscular medio (VCM), panel bioquímico con aumento de enzimas hepáticas con rango 2:1 aspartato aminotransferasa

(AST) frente alanina aminotransferasa (ALT), el magnesio y la tiamina bajos[4].

Una radiografía de tórax puede revelar cardiomegalia y un ecocardiograma debe realizarse para excluir patología estructural que justifique la presencia de la arritmia[4].

El tratamiento se basará en primer lugar en la abstención absoluta de consumo de alcohol[4,5].

El manejo de la frecuencia cardiaca en pacientes estables hemodinámicamente con betabloqueantes, bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridinicos o digitalicos.

En pacientes con inestabilidad hemodinámica el tratamiento de elección será la cardioversión[4].

En cuanto al pronóstico, suele ser excelente si se diagnostica de forma temprana y cesa el consumo de alcohol. Sin embargo, si no se detecta el problema a tiempo, pueden darse complicaciones como infarto agudo de miocardio, neumonía adquirida en la comunidad, tromboembolismo pulmonar[4].

CONCLUSIÓN

Debe tenerse en cuenta al evaluar a un paciente con evidente enolismo, palpitaciones y detección de FA, puede estar presentando un Holiday Heart Syndrome que, por lo general suele ser transitorio y benigno con un adecuado manejo del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linz B, Hertel JN, Jespersen T, Linz D. Mechanisms and therapeutic opportunities in atrial fibrillation in relationship to alcohol use and abuse. Can J Cardiol [Internet]. 2022 [citado el 30 de enero de 2023];38(9):1352-63. Disponible en: https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(22)00225-2/fulltext

2. Voskoboinik A, Prabhu S, Ling L-H, Kalman JM, Kistler PM. Alcohol and atrial fibrillation: A sobering review. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2016;68(23):2567-76. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109716364695

3. Aubin HJ, Bouajila N, Thomas D, Naassila M. Alcohol and atrial fibrillation. Rev Med Liege. 2022;77(10):565-70.

4. Brown KN, Yelamanchili VS, Goel A. Holiday Heart Syndrome. StatPearls Publishing; 2022.

5. Tonelo D, Providência R, Gonçalves L. Holiday heart syndrome revisited after 34 years. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 [citado el 30 de enero de 2023];101(2):183-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130153

3. MANEJO DE MUCOCELE SUBEPIDÉRMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sánchez Galindo B.[1], Sánchez Galindo F.J[2].
(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año Servicio Salud de Castilla la Mancha.
(2) Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria Servicio Murciano de Salud

INTRODUCCIÓN

El mucocele oral es una lesión benigna de la cavidad oral que se produce por la extravasación de material mucoso procedente de las glándulas salivales menores, predominantemente a nivel del labio inferior. Existen diversos tratamientos para estas lesiones, desde el manejo expectante hasta la intervención quirúrgica, todo ello depende de la clínica del paciente y del tamaño de la lesión. Presentamos el caso clínico de un varón de 9 años con mucocele en la mucosa labial inferior.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de un varón de 9 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de su pediatra por aparición de una lesión a nivel de la mucosa labial inferior de un mes de evolución. El paciente refiere molestias a dicho nivel por el roce con la arcada dental inferior. No refería antecedente traumático asociado a la aparición de la lesión.

En la exploración física se observan a nivel de la mucosa labial inferior una lesión papulosa de color azulado, consistencia blanda de 1cm de diámetro (Figura 1), asintomática, salvo por el roce con la arcada dental inferior, dadas las características de la lesión se llegó al diagnóstico clínico de mucocele.

Al tratarse de una lesión benigna y ya que causaba molestias al paciente se decidió realizar el vaciado de la lesión y posteriormente se aplicó crioterapia a nivel local para evitar la recidiva de la lesión. A los 2 meses de seguimiento la lesión había desaparecido, sin observarse recidiva de la misma.

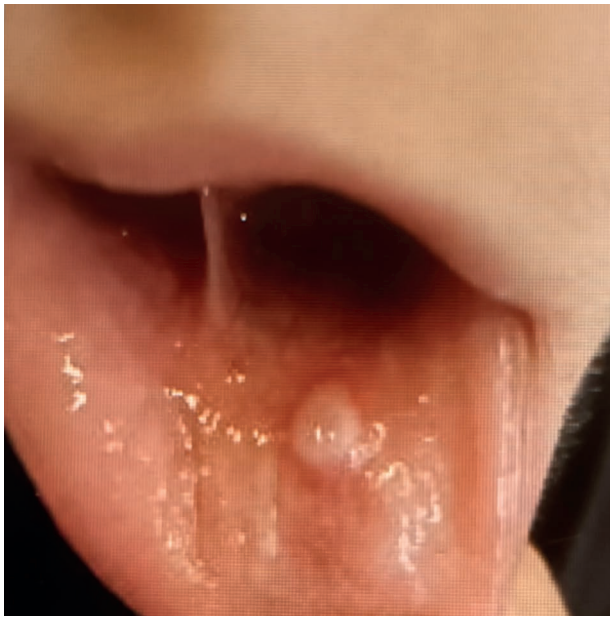


Figura 1. Mucocele subepidérmico en mucosa labial inferior.

REVISIÓN

El mucocele o quiste mucoso, se caracteriza por la aparición de una lesión papulosa hemisférica que suele aparecer a nivel de la mucosa del labio inferior, aunque también puede aparecer a otros niveles como el suelo de la boca, la mucosa oral o la lengua[1].

Es una lesión relativamente frecuente, y con tendencia a la recidiva, que se origina por la retención mucosa a nivel de las glándulas salivales menores en la cavidad oral. Las lesiones pueden ser subepidérmicas que aparecen como un nódulo translúcido de color rosado-azulado de 3-10mm de diámetro o intraepidérmicas[2].

Estas lesiones pueden ser muy superficiales o estar situadas a nivel intraepidérmico. Dependiendo de la localización presentan un aspecto variable. Por un lado, las lesiones superficiales aparecen como una vesícula circunscrita de color azulado y, por otro lado, las lesiones intraepidérmicas al ser más profundas, el aspecto es similar al de la superficie de la mucosa normal[3].

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, principalmente por su localización y aparición en sujetos jóvenes, aunque pueden presentarse en cualquier rango de edad[4].

Los mucoceles por lo general son lesiones asintomáticas. El tratamiento se realiza en aquellos casos en los que la lesión cause molestias o si adquiere un tamaño considerable. En el resto de los casos puede producirse una resolución espontánea[1].

Los mucoceles superficiales no suelen requerir tratamiento, ya que tienden a romperse de manera espontánea. En los que se mantienen o recidivan la extirpación quirúrgica junto con la glándula salival menor adyacente es el tratamiento de elección[2].

Una técnica utilizada en los pacientes pediátricos consiste en la colocación de una sutura de seda de 4/0s a través de la lesión durante 7 días, produciéndose así un nuevo conducto que permite la salida de la saliva de la glándula salival menor. No está recomendada está técnica en lesiones > 1cm[2].

Otros métodos que se pueden emplear para el tratamiento de estas lesiones son la crioterapia y la electrocoagulación. En los casos en los que la lesión sea de gran tamaño, resulta más eficaz si previamente se realiza una incisión en el mucocele para extraer su contenido, como se realiza en nuestro caso. La crioterapia es bien aceptada por los pacientes dada su comodidad y la ausencia de hemorragia. Otra opción son las inyecciones intralesionales de corticoides y el tratamiento con láser de CO2[2].

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdivieso M, Mauleón C, Balvín E, de la Cueva P, Hernanz JM. Mucocele en la mucosa labial. Acta Pediatr Esp. 2008; 66 (10): 502-3.

2. Sabando JA, Cortés M, Calvo D. Experiencia en el tratamiento de los mucoceles en atención primaria. Semergen. 2016; 42 (2): 114-6.

3. Cid AB. Sáez A. Tumoración en labio inferior: mucocele. Med Gen y Fam. 2015; 4 (3): 89-90.

4. Peña JF, García I, Ortega D, Robles D, Cerezo A, López A, et al. Mucocele de retención. Revisión a propósito de un caso. Cent Dent. 2020; 17 (2): 93-8.

4. FRACTURA AVULSIÓN EPICONDÍLEA: NUEVOS HORIZONTES CON LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA

Angulo García C[1]., Cubero Sobrados C[2]., García de Francisco S[3]., Cardama Cabrera S[4]., García de Francisco A[5].
(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, centro de salud Orcasitas, Madrid.
(2) Médico Adjunto de Pediatría, centro de salud Orcasitas, Madrid.
(3) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria, centro de salud Orcasitas, Madrid.
(4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, centro de salud Isla de Oza, Madrid.
(5) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria, centro de salud Isla de Oza, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo del codo en pacientes pediátricos es muy común, involucrando al epicóndilo medial en aproximadamente el 10% de los casos[1-3]. Las fracturas de epicóndilo medial humeral en la población pediátrica representan hasta el 20% de las fracturas de codo, de forma que se asocian a una luxación el 50-60% de las mismas[1,2,4]. Por otro lado, las fracturas del epicóndilo lateral representan el 10-15% de las fracturas pediátricas del codo[2].

La edad de presentación de las fracturas del epicóndilo lateral es de 6 a 10 años, y generalmente se asocian a una caída sobre una mano en extensión o a un traumatismo directo[1,2].

Clínicamente se presenta como dolor en la región lateral del codo, derrame articular y tumefacción de tejidos blandos, con limitación de la movilidad[1,2]. El compromiso neurovascular y la inestabilidad de la articulación de forma aguda son muy infrecuentes[1]. A la exploración física, además de la tumefacción y el balance articular limitado, puede existir crepitación a la palpación[4].

En lo referente a las pruebas complementarias, disponemos de radiografías del codo, con proyecciones anteroposterior, lateral y oblicua externa[1,4], aunque puede ser difícil evidenciar claramente la fractura, a lo que nos puede ayudar solicitar una radiografía contralateral del codo no comprometido, para resaltar la diferencias entre una fisis normal y una fractura[1]. La ecografía articular del codo supone una técnica de imagen complementaria que puede ayudarnos especialmente en caso de incertidumbre diagnóstica, ya que nos permite la evaluación de cartílagos parcialmente osificados y no osificados, valorando así la congruencia de la articulación[2,3].

El tratamiento principalmente es no quirúrgico, y consiste en analgesia, inmovilización con férula de yeso, seguida de movilización temprana (una semana tras la lesión) y seguimiento radiográfico estrecho[1].

Con respecto a las complicaciones, la principal es la rigidez articular; y con menos frecuencia se presenta la falta de consolidación ósea o alteraciones en el crecimiento normal presentando cubitus valgus[1]. Este tipo de fracturas presenta una evolución satisfactoria, sin importancia funcional a largo plazo[1].

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 9 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta del centro de salud por dolor en codo derecho. La paciente refiere cuadro clínico de aproximadamente dos semanas de evolución caracterizado por dolor en codo derecho intermitente, pero desde hace unas horas el dolor se ha intensificado, llegando a causar impotencia funcional, acompañándose de inflamación en la región externa del codo. La familia no recuerda que la niña haya sufrido algún antecedente traumático evidente. Niegan episodios previos similares. Niegan cualquier clínica por aparatos y sistemas.

A la exploración física presenta triángulo de evaluación pediátrica estable con buen estado general. A nivel del codo derecho presenta postura antiálgica, con ligero edema y tumefacción en borde radial del codo, con dolor a la palpación de epicóndilo, sin dolor en otros relieves óseos ni puntos de crepitación. Movilidad limitada por el dolor, con especial dificultad en la pronosupinación, logra flexo-extensión y abducción-adducción completas.

Ante dicho hallazgos clínicos, se decide derivación hospitalaria para realización de prueba de imagen

y valoración por Traumatología. En la radiografía del codo derecho (figura 1) se describe una fractura-avulsión de epicóndilo, a nivel del húmero derecho. Traumatología indica tratamiento conservador con inmovilización con férula braquioantebraquial, frío local, reposo funcional, analgesia convencional y control clínico en una semana y un mes. Se aprecia mejoría clínica, logrando movilidad completa, sin inestabilidad de la articulación, y con radiografías de control en las que no se evidencian alteraciones, por lo que se reincorpora con normalidad a su actividad previa.

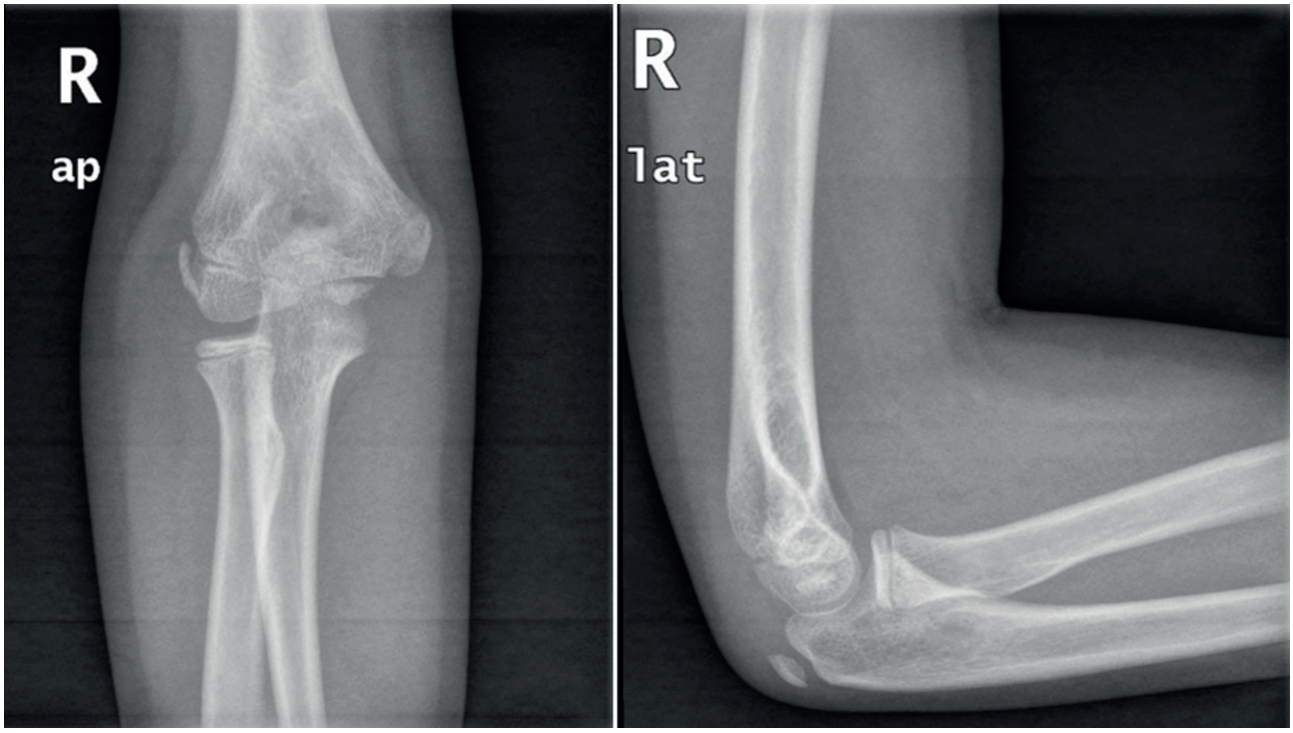


Figura 1. Radiografía anteroposterior y lateral de codo derecho, con fractura-avulsión de epicóndilo, a nivel del húmero derecho

DISCUSIÓN

Es importante destacar la dificultad de visualizar la fractura en la radiografía de codo, por lo que debemos apoyarnos en la solicitud de varias proyecciones (anteroposterior, lateral y oblicua externa) para obtener información complementaria. Cuando las fracturas son desplazadas se pueden evidenciar fácilmente en la radiografía. En algunos casos, si se produce un desplazamiento completo de un fragmento intrarticular, puede no evidenciarse claramente a nivel radiográfico, debiendo prestar especial atención a la irregularidad del espacio articular[1]. En caso de dudas diagnósticas, también se puede realizar radiografía del codo contralateral[1].

Además, queremos subrayar la importancia del uso de la ecografía como prueba de imagen adicional, ya que es una técnica segura, inocua, rápida, no invasiva y por lo tanto bien tolerada, que ayuda a mejorar nuestra precisión diagnóstica y la eficiencia de la atención prestada. Aunque su uso no esté protocolizado en este tipo de lesiones, creemos que su empleo puede ayudarnos en la práctica clínica habitual, especialmente cuando existen dudas diagnósticas con la radiografía simple, ya que nos permite la valoración del grado de osificación de los centros de osificación secundarios y por lo tanto la congruencia de la articulación[2,3].

CONCLUSIÓN

Las fracturas del epicóndilo lateral representan el 10-15% de las fracturas pediátricas del codo. Clínicamente suelen presentarse como dolor en la región lateral del codo, derrame articular, tumefacción y limitación de la movilidad.

La técnica diagnóstica de elección es la radiografía simple, sin embargo, puede resultar difícil evidenciar este tipo de fractura, por lo que queremos subrayar la utilidad la ecografía musculoesquelética, en concreto articular, en este tipo de casos, ya que es una técnica rápida, inocua y segura.

El tratamiento en este tipo de fracturas en conservador, con buen resultado funcional a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ryan LM. Epicondylar and transphyseal elbow fractures in children [Internet]. 2022 [consultado el 7 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epicondylar-and-transphyseal-elbow-fractures-in-children?search=lateral+epycondile+avulsion+children&topicRef=6524&source=see_link

2. Kim HH, Gauguet JM. Pediatric elbow injuries. Seminars in Ultrasound, CT and MRI. 2018;39(4):384-96. doi:10.1053/j.sult.2018.03.005

3. Lahfafa A, Dermesropian F. Medial epicondyle avulsion fracture with joint entrapment in children. Journal of the Belgian Society of Radiology. 2020;104(1): 53, 1-2. doi:10.5334/jbsr.2180

4. Gottschalk HP, Eisner E, Hosalkar HS. Medial epicondyle fractures in the pediatric population. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2012;20(4):223-32. doi:10.5435/jaaos-20-04-223

CASOS CLÍNICOS

5. CUANDO LA PIEL HABLA: EL DESAFÍO CLÍNICO DE LA DERMATITIS ATÓPICA DE DIFÍCIL CONTROL Y EL IMPÉTIGO CONCOMITANTE

■ Crespo Oñate A.[1], Cáliz Rodríguez C.[2], González Araujo I.[3], Marmolejos del Rosario R.K.[4], Jorge Contreras M.V.[5], Barrio Rufino A.[6]

(1) Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones, Madrid.
(2) Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar, Madrid.
(3) Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hoyo de Manzanares, Madrid.
(4) Médico residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Carlos de El Escorial, Madrid.
(5) Médico residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar, Madrid.
(6) Médico residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica[1] es una enfermedad inflamatoria crónica[2] de la piel que afecta a una proporción significativa de la población mundial y que, a menudo, es una condición que puede tener un impacto sustancial en la calidad de vida del paciente. Las complicaciones bacterianas secundarias, como el impétigo, son comunes y requieren de una intervención terapéutica óptima para evitar posibles comorbilidades y asegurar el bienestar del paciente. Esta revisión discute las implicaciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas.

Palabras clave: Dermatitis atópica, Impétigo, Inflamación cutánea, Complicación bacteriana, Calidad de vida, Terapia tópica, Terapia oral, Glomerulonefritis postestreptocócica, Glomerulonefritis Ig A.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No RAMc.
- **Alergia** al polen y al pelo de gato en tratamiento con Ebastina 20 mg 1-0-1.
- Exfumador de 10-15 cigarros diarios un año y medio.
- **Dermatitis atópica grave** en seguimiento desde el 2019 en HUPH en tratamiento con Upadacitinib[3] 30mg/dia, Mezcla al 50% de Propionato de Fluticasona[4] de hidratante.
- Valorado en neurología por **Cefalea migrañosa** episódica de baja frecuencia.

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 22 años que acude a Urgencias por presentar disnea, dolor en miembros inferiores, lumbalgia y cefalea de 24 horas de evolución y un empeoramiento de lesiones dérmicas generalizadas secundarias a su dermatitis atópica grave. Refiere que tras un evento estresante que tuvo lugar 4 semanas antes del inicio del cuadro (robo con violencia), presentó un empeoramiento de las lesiones. Tras ello que inició tratamiento ambulatorio no prescrito por un facultativo con prednisona 30 mg que fue reduciendo paulatinamente durante aproximadamente una semana hasta el día que tuvo cita con su dermatólogo habitual en HUPH donde le recetaron amoxicilina 875/125mg cada 8 horas durante una semana. Al terminar el tratamiento las lesiones empeoraron presentando supuración sobreañadida, por lo que acude a Urgencias de HUPH donde le vuelven a recetar prednisona 30 mg durante 3 días en pauta descendiente. Tres días después le recetaron prednisona 60 mg en su centro de salud sin notar mejoría significativa, del cual sólo recibió una toma y acudió al servicio de Urgencias donde lo valoramos. Refiere que desde ayer presenta disnea, dolor en MMII y en lumbares, cefalea. Niega fiebre ni otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

1. BEG, consciente, orientado, colaborador, normocoloreado, bien perfundido, bien hidratado, bien nutrido, afebril y eupneico en reposo.
2. AC: Tonos rítmicos sin soplos ni extratonos audibles.

3. AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.

4. Piel: a la inspección aprecio lesiones dérmicas descamativas generalizadas incluyendo cara, la mayor parte de ellas con costra melicérica sobreañadida. Destaca en región glútea. Presenta también lesiones escoriadas por rascado sobreañadidas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- HEMATIMETRÍA: Leucocit: 14.11 x10³/mm³ (4.00 - 11.00); % Neutrof.: 86.00 % (37.00 - 72.00).
- HEMOSTASIA: normal.
- BIOQUÍMICA EN SUERO: normal (PCR en rango normal).

Juicio Clínico: Impétigo[5] extenso en relación con dermatitis atópica de difícil control.

CONCLUSIONES Y REVISIÓN

En cuanto al tratamiento que pautamos, se basó en tres pilares fundamentalmente, el tratamiento tópico, el oral y las medidas físicas:

1. TRATAMIENTO TÓPICO

- En glúteo y en las lesiones con costra amarillenta: ácido fusídico[6].
- En las lesiones rojizas sin costra amarillenta: aceponato de metilprednisolona en crema.
- Tras finalizar aceponato de metilprednisolona, en la cara y en lesiones marronáceas: Tracrolimus[7] 0.1% hasta resolución. Una vez resueltas mantener tacrolimus cada 12 horas 2 días en semana (lunes y viernes).

2. TRATAMIENTO ORAL

- Prednisona 50 mg en pauta descendente durante 9 días.
- Cetirizina 10 mg en caso de prurito.
- Amoxicilina-clavulánico 875/125mg
- Mantener tratamiento habitual con Upadacitinib.

3. MEDIDAS FÍSICAS

- Si prurito o dolor, aplicar las cremas por la noche y sobre ellas y sin retirarlas, tapar con gasas humedecidas con agua y septomicina o clorhexidina acuosa.
- Cuando presente mejoría, en zonas de piel sana, administrar crema hidratante para pieles atópicas.

En revisiones posteriores por parte de atención primaria, queda reflejado que el paciente presentó una mejoría clínica significativa y en la cita de revisión en Dermatología del HUPH reflejan la resolución del cuadro impetiginiforme. Si bien es cierto, que revisando el caso pudimos observar que no realizamos una analítica de orina para descartar hematuria y proteinuria que hubiese sido importante para descartar una glomerulonefritis postestreptocócica[8] o una Glomerulonefritis Ig A[9] ya que el paciente presentaba dolor lumbar, ni tomamos una muestra de las lesiones para cultivo y así poder tanto ajustar el tratamiento antibiótico empírico prescrito, que ya había fracasado en la primera prescripción del mismo, como para realizar el diagnóstico diferencial entre la glomerulonefritis postestreptocócica (asociada a Estreptococos grupo A) y la Glomerulonefritis Ig A (asociada a Estafilococo Aureus) caso de haber presentado dicha complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1, 2 y 5. Campos M. Dermatitis atópica. En: Suárez Fernández R, editor. Manual de Dermatología: 15 diagnósticos básicos en Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: Faes Farma; 2018. p. 107-121

3. Hagino T, Saeki H, Kanda N. The efficacy and safety of upadacitinib treatment for moderate to severe atopic dermatitis in real-world practice in Japan. J Dermatol. 2022 Nov;49(11):1158-1167. doi: 10.1111/1346-8138.16549. Epub 2022 Aug 19. PMID: 35986480.

4. Rubio-Gomis E, Martinez-Mir I, Morales-Olivas FJ, Martorell-Aragones A, Palop-Larrea V, Bernalte-Sesé A, Cerda-Mir JC, Polo-Martín P, Febrer I, Aranda-Grau L, Llosa-Cortes I, Tejedor-Sanz MJ, Julia-Benito JC, Alvarez-de-Laviada-Mulero T, Planelles-Cantarino MV, Apolinar-Valiente E, Loriente-Tur M, Abella-Bazataqui AM, Alvarez-Gonzalez I, Morales-Carpi C, Burches-Greus ME, Ferrer-Bautista AB, Felix-Toledo R, Marmaneu-Laguia D, Garcia-Martinez VE, Beltran-Marques MA, Rodriguez-Gracia B. Fluticasone in mild to moderate atopic dermatitis relapse: A randomized controlled trial. Allergol Immunopathol (Madr). 2018 Jul-Aug;46(4):378-384. doi: 10.1016/j.aller.2017.12.001. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29373242.

6. Wilkinson JD. Fusidic acid in dermatology. Br J Dermatol. 1998 Dec;139 Suppl 53:37-40. doi: 10.1046/j.1365-2133.1998.1390s3037.x. PMID: 9990411.

7. Cury Martins J, Martins C, Aoki V, Gois AF, Ishii HA, da Silva EM. Topical tacrolimus for atopic dermatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 1;2015(7):CD009864. doi: 10.1002/14651858.CD009864.pub2. PMID: 26132597; PMCID: PMC6461158.

8. Chavarría-Núñez K, Tomy-Lei Liu HF, Navarro-Ureña MA, Seoane-Olivas Y, Torres-Caravaca D. Glomerulonefritis Postestreptocócica: una revisión sistemática para la atención en la consulta. Acta Acad [Internet]. 2023;(72):113-134.

9. Rodríguez-Iturbe B, Burdmann EA, Barsoum RS. Glomerular Diseases Associated with Infection. Comprehensive Clinical Nephrology. 2010:662-74. doi: 10.1016/B978-0-323-05876-6.00055-1. Epub 2010 Dec 27. PMCID: PMC7151996.

6. MI HERMANO HACE SEMANAS QUE NO SALE DE LA CAMA...

Ibáñez Delgado I.[1], Ortolá Cano H.[2], Gil Cidoncha M.[3]
(1) Residente de 2 año del centro de salud Cerro del Aire.
(2) Residente de 2 año del centro de salud Aravaca.
(3) Residente de 1 año del centro de salud Valle de la Oliva.

INTRODUCCIÓN

Ante un paciente con un comportamiento extraño, nos planteamos un diagnóstico diferencial muy amplio. Si bien es cierto que el rango de edad nos puede orientar ligeramente, encuadrando en "síndrome confusional agudo" patología del paciente anciano que tiende a manifestarse de esta manera, ante un paciente de mediana edad que además presenta antecedentes psiquiátricos, nos puede llevar a estigmatizar al mismo enmascarando una enfermedad aguda a tratar.

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias medicamentosas. No factores de riesgo cardiovascular. Fumador de 15 cigarrillos diarios. Hidrosadenitis crónica. En su historia psiquiátrica destaca episodio de amnesia psicógena en el año 98, y episodio depresivo mayor desde hace dos años.

TRATAMIENTO HABITUAL

Ibuprofeno 600mg (1-1-1) Ácido fólico 5mg (1-0-0) Colecalciferol (1-0-0) Trazodona 100mg (0-0-1).

SITUACIÓN BASAL

Independiente para actividades de la vida diaria. Tiene dos hijas. Doble continente.

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta: Varón de 52 años que acude acompañado de su hermana por cuadro de comportamiento extraño. Su hermana indica que se ha orinado en dos ocasiones en el pasillo durante la noche sin presentar otra clínica miccional. Llevaba semanas sin salir de la cama puesto que según indica el propio paciente, está sufriendo más ansiedad de lo habitual y presenta bloqueos para realizar actividades de la vida diaria, como utilizar su teléfono. Refiere relacionar su sintomatología a una recaída de su depresión. No dolor torácico ni disnea. No dolor abdominal. No alteraciones deposicionales. No refiere otra sintomatología.

Exploración física:

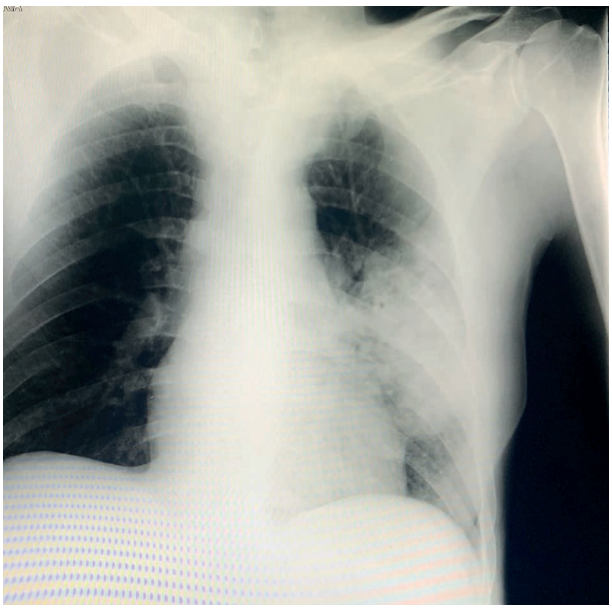
TA 156/87 FC 120lpm Sat02 96% T 38,1º

ACP: rítmico sin soplos. Crepitantes en campos medios de pulmón izquierdo.

NRL: Consciente, pero algo desorientado, no responde bien a ordenes simples (durante la exploración neurológica no entiende ordenes simples como cerrar los ojos) pupilas normocoricas, normorreactivas, MOES conservados, no alteraciones de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades, no dismetrías ni disdiacocinesias, no alteraciones de la marcha ni el lenguaje. No signos meníngeos.

Pruebas complementarias:

Se decide derivación al servicio de urgencias ante exploración neurológica alterada y temperatura axilar de 38, 1º realizando las pruebas a continuación descritas.



- Analítica: Sodio 125 mmol/L (135.0 - 145.0), proteína c reactiva 307.0 mg/L (0.1 - 10.0), Leucocitos 13.00 x10E3/microL (4.0 - 11.5), Neutrófilos 11.8 10E3/microL (1.5 - 7.5).

- Toxico y drogas de abuso: Cocaína Positivo, resto negativo.

- TAC CRANEAL: Sin signos de patología urgente intracraneal.

- Rx de tórax: ICT normal, SCF no pinzados, condensación en campo medio de pulmón izquierdo. No líneas de neumotórax.

Orientación diagnóstica:

Síndrome confusional agudo secundario a neumonía izquierda clínicamente sospechada en paciente con patología psiquiátrica crónica.

EVOLUCIÓN

En urgencias se pautó al paciente tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y levofloxacino y se ingresó en Medicina interna. Así mismo, se pautó sueroterapia para corrección progresiva de hiponatremia (216 mEq en 24 h, subida esperada de 5 mEq/día). Durante el ingreso se determinó antigenuria para legionela positivo, e hiponatremia secundaria a la misma, continuando el tratamiento con levofloxacino. El paciente presento buena evolución clínica con el tratamiento antibiótico, cediendo la fiebre y el síndrome confusional agudo. Durante el ingreso se decidió interconsultar a psiquiatría que, ante diagnóstico de trastorno depresivo mayor y trastorno por uso de sustancias (cocaína) decidieron añadir Venlafaxina 150mg en el desayuno con cita en el CAID (centro de atención integral a drogodependientes) de Villalba y seguimiento en el centro de salud mental de El Escorial. Así mismo, al alta se decidió seguimiento por parte de consultas externas de neumología y por parte del médico de atención primaria con repetición de analítica para valorar ferropenia detectada durante el ingreso no conocida hasta el momento.

REVISIÓN

La neumonía por legionella pneumophila es una enfermedad que representa entre un 4-6% de las neumonías adquiridas en la comunidad. Se transmite por inhalación de partículas de aguas contaminadas, no habiéndose descrito casos de transmisión de persona a persona ni con ingesta de agua.

Existen factores de riesgo para el contagio, como la edad (siendo poco frecuente en niños) el hábito tabáquico o el tratamiento con inmunosupresores, entre otros. Sin embargo, no son factores de riesgo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la leucemia aguda o la neutropenia[1].

En cuanto a las manifestaciones clínicas, en la mayoría de los casos suelen ser cuadros benignos[1] con desarrollo de clínica inespecífica similar a la gripal (tos, fiebre, mialgias, malestar general… etc.) y 4-5 días de evolución de media. Sin embargo, también pueden desarrollarse cuadros bruscos con fiebre elevada y evolución de 48h.

Es importante conocer que en ocasiones pueden desarrollarse manifestaciones extrapulmonares, y entre estas en un 40-50% son manifestaciones neurológicas[2], pudiendo mantenerse como secuela una encefalopatía difusa, que, aunque es rara, se recomienda el seguimiento desde atención primaria en los siguientes meses posneumonia[2]. No obstante, el cuadro neurológico también puede desarrollarse como en este caso, a la hiponatremia, alteración analítica que va frecuentemente asociada a esta infección por el SIADH que se desarrolla secundariamente.

Por último destacar el tratamiento de este tipo de infección, destacándose fluorquinolonas y macrolidos como alternativas similares para la misma[3].

BIBLIOGRAFÍA

1. Milian N. Milian G. Tabuenca M. Et al. Neumonia adquirida en la comunidad por legionella. A propósito de un caso. Revista sanitaria de investigación. 2023, marzo 26. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/neumonia-adquirida-en-la-comunidad-por-legionella-a-proposito-de-un-caso/?utm_content=cmp-true

2. Lopez-Marina V. Alcolea Garcia R et al. Encefalopatia tras neumonía por legionella pneumophila. Semergen. Vol 44. Num 7. 2018, octubre. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-encefalopatia-tras-neumonia-por-legionella-S1138359318302910#bib0070

3. Falco V. Molina I. Et al. Tratamiento de la neumonía por Legionella pneumophila ¿Macrolidos o quinolonas?. Enfermedades infecciosas y Microbiologia clínica. Elsevier. Vol 24. Num 6. Paginas 260-364. 2006, Julio. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-tratamiento-neumonia-por-legionella-pneumophila--S0213005X06738010

7. BAJO LA SUPERFICIE: LA BASE DEL CAMINO DIAGNÓSTICO

Crespo Oñate A.[1], Casaseca García P.[2], Llorente de Santiago L.[3]
(1) R3 MFyC. Centro de salud de Torrelodones (Madrid).
(2) Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelodones (Madrid).
(3) R2 MFyC. Centro de Salud de Torrelodones (Madrid).

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, ciertas afecciones dermatológicas pueden representar un desafío diagnóstico significativo, especialmente cuando los síntomas son inespecíficos o los signos se superponen con los de otras afecciones dermatológicas. Este caso clínico ilustra la complejidad del diagnóstico diferencial en un escenario de lesiones dérmicas persistentes y recurrentes, en el que, el correcto registro y seguimiento de la historia clínica es esencial para poder realizar un diagnóstico correcto, pautar un tratamiento dirigido eficaz asegurando la adherencia terapéutica del paciente al mismo, y para realizar una gestión de los recursos eficiente.

Palabras clave: Historia clínica, Diagnóstico diferencial, Lesiones cutáneas, Manejo clínico, Atención Primaria, Dermatología, Adherencia al tratamiento.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 51 años que acude a consulta refiriendo creer que le ha picado un insecto en la región malar izquierda.

AP

- No reacciones adversas a medicamentos conocidas (NRAMc).
- Exfumadora de 10-15 cigarrillos diarios.
- Alergia al polen y al pelo de gato en tratamiento con Aerius (Desloratadina).
- Episodios previos de lesiones cutáneas con diagnósticos variables.

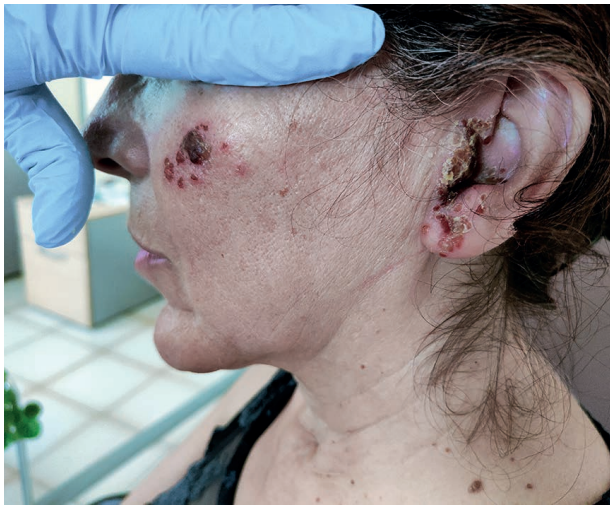
EXPLORACIÓN

A la exploración observamos una lesión dérmica que presenta intensa descamación, enrojecimiento, pústulas y heridas con costras melicéricas[1] sobreañadidas en la región malar izquierda. Además, al ir a explorar los ganglios observamos que también presenta dichas lesiones en ambos pabellones auriculares con adenopatías retroauriculares y preauriculares acompañantes. No pudimos realizar otoscopia debido a las lesiones que presentaba en el pabellón y CAE.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Realizamos un control tensional (TA 125/90 mmHg) y un combur test que resultó negativo tanto para proteinuria[2] como para hematuria.

JC: Impétigo en región malar y ambos pabellones auriculares



CONCLUSIONES / REVISIÓN

Tras la aplicación del tratamiento pautado (amoxicilina- clavulánico 875/125 mg, aplicación tópica de ácido fusídico y aplicación tópica de sulfato de cobre 1/1000) el cuadro se resolvió favorablemente.

La decisión de llevar a cabo un control de la evolución de las lesiones, realizando en las sucesivas visitas tanto el control de la tensión arterial como la realización del combur test, se basó en que nuestro objetivo iba más allá de asegurar un diagnóstico acertado y verificar la eficacia del tratamiento prescrito. Buscábamos adoptar un enfoque más holístico que nos permitiera excluir cualquier complicación adicional, como podría ser una glomerulonefritis postestreptocócica[3], formación de cicatrices ya que al presentar las lesiones en la región facial podría presentar complicaciones mayores.

Paralelamente, debido a que la paciente refería presentar lesiones dérmicas recurrentes con frecuentes complicaciones de las mismas, nos planteamos las posibilidades del diagnóstico diferencial de la patología del base que presenta la paciente entre las que se incluyen:

1. **Sebopsoriasis**[4]: Condición híbrida entre dermatitis seborreica y psoriasis, que cursa con prurito, descamación y lesiones rojizas con escamas en el oído.

2. **Psoriasis**: Enfermedad autoinmune que acelera la renovación de células cutáneas, provocando placas eritematosas con escamas en el oído, acompañadas de prurito y sequedad.

3. **Dermatitis Atópica**[5]: Trastorno inflamatorio crónico, afecta la barrera cutánea causando prurito, sequedad y piel enrojecida, seca y escamosa en el oído.

4. **Dermatitis Alérgica de Contacto**: Reacción inflamatoria por alergenos, causando prurito intenso, ardor, y piel enrojecida e hinchada.

5. **Otitis Externa**: Infección del oído externo con otalgia, prurito, otorrea, y posibles signos de inflamación como eritema, edema y descamación.

Por la clínica que presentaba la paciente y los signos exploratorios acompañantes, dudábamos entre una posible psoriasis o una dermatitis sebopsoriásica como etiología de base. Por ello, decidimos hacer una revisión acerca de los antecedentes dermatológicos y objetivamos que la paciente había consultado hasta en 40 ocasiones tanto por el eccema como por las complicaciones de este. Finalmente encontramos una biopsia de la lesión cutánea en zona esternal que filiaba la lesión como una enfermedad sebopsoriásica para la que había recibido tratamiento específico con 30 sesiones de fototerapia y habían pautado desde dermatología un tratamiento tópico. Esto nos permitió abordar la nula adherencia terapéutica que presentaba la paciente y facilitó que comprendiera que, sin un tratamiento de base adecuado, las complicaciones con sobreinfecciones seguirían siendo una constante y además nos permitió explicarle todas las posibles complicaciones que podría presentar derivadas de estas sobreinfecciones (celulitis, abscesos cutáneos, adenitis, linfangitis, cicatrices, glomerulonefritis o incluso una sepsis).

Esto nos hizo reflexionar acerca de la importancia de realizar un enfoque integral que incluya saber elaborar una buena historia clínica, indagar en profundidad acerca de los antecedentes personales y comprobar la adherencia al tratamiento de los pacientes que presentan complicaciones frecuentes de unas lesiones recurrentes que podrían traducir una condición crónica de base no tratada adecuadamente para poder realizar una gestión de los recursos diagnósticos y terapéuticos más eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campos M. Dermatitis atópica. En: Suárez Fernández R, editor. Manual de Dermatología: 15 diagnósticos básicos en Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: Faes Farma; 2018. pp. 107-121

2. Arroyo D, Mon C. Glomerulonefritis e Infecciones. En: Lorenzo V., López Gómez JM, editores. Nefrología al día. [Internet]. [citado 2023 Nov 22]. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/370; ISSN: 2659-2606.

3. Chavarría-Núñez K, Tomy-Lei Liu HF, Navarro-Ureña MA, Seoane-Olivas Y, Torres-Caravaca D. Glomerulonefritis Postestreptocócica: una revisión sistemática para la atención en la consulta. Acta Acad [Internet]. 2023;(72):113-134.

4. Nair PA, Badri T. Psoriasis. 2023 Apr 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 28846344.

5. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. Lancet. 2020 Aug 1;396(10247):345-360. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31286-1. Erratum in: Lancet. 2020 Sep 12;396(10253):758. PMID: 32738956.

CASOS CLÍNICOS

8. HTA. SECUNDARIA

R. Hernando Nieto R.[1], E. Millán Hernandez E.[2], Hurtarte Arroyo S.M.[3], Corella Fructuoso P.[3], Gallego Sánchez M.A.[2]

(1) Residente de Tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

(2) Tutora de residentes, médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Tutora pregrado de la Universidad Francisco de Vitoria.

(3) Residente de Primer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

CS Monterrozas

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy común de la vejez. A partir de los 60 años la prevalencia de HTA en la población aumenta de manera significativa. La HTA asociada a la edad es la primaria o esencial, pero también existen HTA secundarias. Generalmente cuando diagnosticamos a una persona de edad avanzada de HTA salvo resistencia el tratamiento o desproporción de la afectación de órgano de diana frente al control de la HTA y su tiempo de evolución no nos planteamos que estemos ante una HTA secundaria. En cambio, en menores de 40 años que se les diagnostique de HTA grado 2 (al diagnóstico tensión arterial (TA) por encima de 160-170 y 100-105) o menores de 35 años sin obesidad ni otros factores de riesgo cardiovascular o antes de la pubertad todos pensamos en una hipertensión secundaria.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: cefalea

Enfermedad actual: Varón de 18 de edad acude por cefalea holocraneal constante desde hace 2 meses. Niega fotofobia o sonofobia. Tampoco comenta lagrimeo intenso con la cefalea. No cede con analgesia y empeora con el ejercicio, por lo que ha tenido que dejar de ir al gimnasio y su entrenamiento de fútbol. No refiere episodios previos de cefalea. No pérdida de visión. No antecedentes familiares de migrañas.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Hábitos tóxicos: niega.
- No otras enfermedades médico-quirúgicas de interés.

Exploración física:

TA 150/90 mmHg FC 56 lpm T 36,2ºC.

Se objetiva hiperemia conjuntival bilateral.

Auscultación cardiaca: sin soplos ni extratonos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sin datos de irritación peritoneal:

Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP.

EVOLUCIÓN

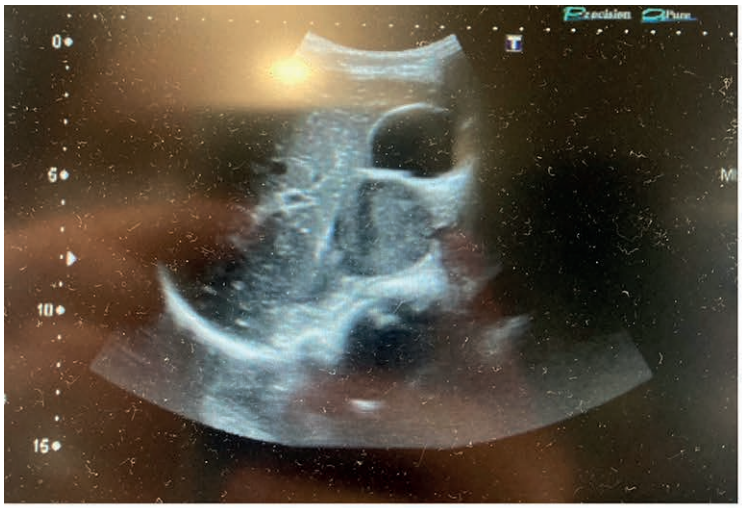
Lo primero que nos llamó la atención del paciente fueron sus cifras de TA. Se hizo una triple toma en la visita y en todas ellas la TA estaba por encima de 140/80 mmHg. Tras la primera visita se le cita al paciente con enfermería 3 días consecutivos para toma de TA. Además, se ajustó analgesia y se citó en la siguiente semana para control. En la segunda visita persistía cefalea y cifras de TA elevada tanto en esa segunda visita como en las visitas a enfermería. Revisando las últimas revisiones del paciente, entre ellas la de los 14 años, se objetiva cifras de TA elevadas en todas ellas junto con alguna consulta previa por cefalea.

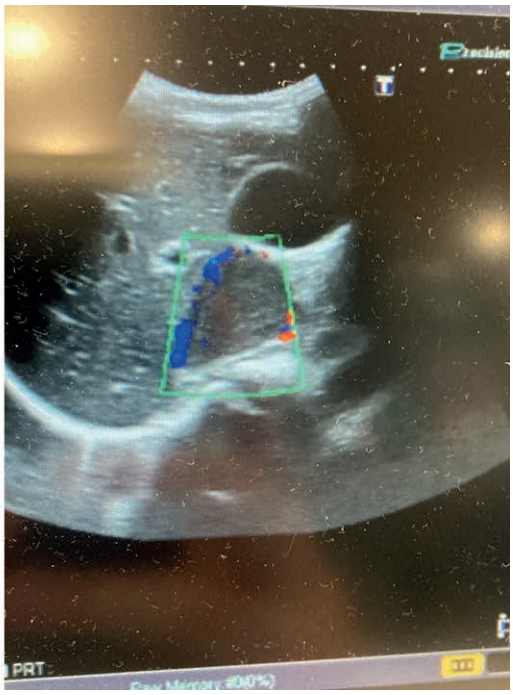
Se decide realizar una analítica completa, que fue normal, y una ecografía abdominal en el centro de salud.

Los hallazgos de la ecografía en el centro de salud se representan en las imágenes de abajo, y estos fueron completados con una ecografía preferente, que se citó en 2 semanas, realizada por un ra-

diólogo. El hallazgo impresiona de feocromocitoma (sospecha que aparece en el informe de radiología) por lo que realizamos e-consulta a endocrino e iniciamos tratamiento para la HTA, en lo que le llegó la cita, con propaponol 10 mg 1 comprimido en la mañana. Tras la primera visita a endocrinología en menos de 1 semana se indicó la intervención quirúrgica.

El paciente fue intervenido sin incidencias y mantiene seguimiento con endocrinología con buena evolución y desapareciendo la cefalea.





JUICIO CLÍNICO

- Hipertensión arterial secundaria por un feocromocitoma.

DISCUSIÓN

El manejo de la HTA secundaria varía en función de cada paciente y de la causa que provoque la HTA secundaria. Lo más importante es sospecharla para poder diagnosticarla. ¿Cuándo debo sospechar una HTA secundaria?

- Pacientes de menos 40 años con HTA grado 2 (TA entre 160-180/100-105 mmHg) o 3(TA superior a 180/105 mmHg) o HTA en menores de 35 años sin otros factores de riesgo cardiovascular o HTA en la infancia.
- Diagnóstico de HTA reciente, en pacientes con TA normal previamente y cuyas cifras se han elevado en poco tiempo y de manera “súbita”.
- Pacientes con muy buen control de TA con el tratamiento farmacológico y que de manera brusca se descontrolan.
- Hipertensión resistente en pacientes con buena adherencia al tratamiento, descartada la HTA de bata blanda y en tratamiento con triple terapia siendo uno de ellos un diurético.
- Emergencia hipertensiva.
- HTA grado 3 (TA superior a 180/105 mmHg), al diagnóstico.
- Clínica o analítica sugestiva de hipertensión secundaria a una enfermedad endocrinológica (ejemplo síndrome de Cushing).
- Sospecha de HTA secundaria a displasia fibromuscular u otro problema renal.
- Clínica sugestiva de síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- HTA superior 160/110 mmHg durante el embarazo o mal control de TA durante el embarazo en pacientes ya diagnosticadas de HTA[1].

En un paciente cuyo perfil se pueda encajar en los previamente descritos, como nuestro paciente. Además de las pruebas complementarias de rutina (analítica completa) debemos ampliar el estudio según

nuestras sospechas, generalmente la primera prueba suele ser una aerografía abdominal que incluya aparato renal, para descartar causas renales[1,2].

En el caso de nuestro paciente dado que la sospechas era de feocromocitoma, el manejo implica derivación a endocrinología (dado que se trata de un tumor productor de hormonas, las catecolaminas) para ajuste de medicación, solicitud de pruebas complementarias y derivación a cirugía. Hemos de tener en cuenta que el tratamiento de esta patología es el quirúrgico, pero para ello el paciente debe de llegar en las mejores condiciones a la cirugía. Esto implica manejo de la tensión arterial, este tipo de HTA no se maneja con los fármacos habituales si no que para su control se utilizan bloqueadores alfa y beta como la prazosina o el propanolol. Hasta que no se tiene controlada la TA no se realiza la intervención quirúrgica. Tras la adrenalectomía el seguimiento lo realiza endocrinología bien mediante análisis o con pruebas de imagen, según se considere[1,2].

CONCLUSIÓN

La HTA es una patología que vemos a diario en las consultas de primaria, siendo su manejo especificado en los protocolos de crónicos de atención primaria de las comunidades autónomas. Pero tan importante es saber que puedo manejar desde atención primaria como aquello que debo derivar para manejo por parte de los especialistas hospitalarios y no de los especialistas en atención primaria. Por eso es importantes estar atentos y en cuanto un paciente cumpla criterios de sospecha de hipertensión arterial secundaria ampliar estudio y en función de la sospecha derivar al servicio correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia (Chairperson) G, Kreutz (Co-Chair) R, Brunström M et al. ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071.

2. Smith J. Pheochromocytoma: Presentation, Diagnosis and Treatment. Endocrinol Metab Clin North Am. 2017;46:201-220.

CASOS CLÍNICOS

9. CÁNCER CUTÁNEO DE APARIENCIA BENIGNA: TUMOR DE CÉLULAS DE MERKEL

Romero- Barzola M.Y.[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

El cáncer de células de Merkel es una neoplasia cutánea maligna poco común, muy agresivo y que frecuentemente presenta diseminación ganglionar o metástasis al diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 75 años, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión de 12 x 11 mm en la cara medial de la muñeca izquierda, de aspecto eritematoviolácea, nodular, de consistencia gomosa, bien delimitada, redondeada, no adherida a planos profundos, vascularizada en superficie y que como primera impresión sugiere ser de etiología vascular. (Figura 1)

Figura1. Lesión observada en el paciente: nodular, bien delimitada, erotematoviolácea

Fue derivado a dermatología donde se decide biopsiar. La descripción microscópica corresponde a una lesión de crecimiento nodular, no infiltrativa, con proliferación difusa y con grandes nidos de células con escasos citoplasmas, núcleos atípicos y numerosas mitosis y apoptosis. Expresa marcadores neuroendocrinos (cromogranina, sinaptofisina, CD56 e INSM1). En la anatomía patológica se observó una lesión que infiltra el tejido subcutáneo localmente, con ausencia de lesión infravascular, linfocitos que infiltraban el tumor con crecimiento nodular y un índice proliferativo Ki-.67 del 85%. Los márgenes profundos se encuentran afectados en extensión lineal 5 mm y los márgenes laterales libres. Estos hallazgos corresponden con un carcinoma de células de Merkel. La exploración física no detectó adenopatías flexurales ni axilares. Se le realizó un primer PET-TAC que no mostró alteraciones. Al mes de la cirugía se realizó una ampliación de los márgenes.

En medicina nuclear se solicitó una linfografía de detección de ganglios centinelas en la cual se identificaron 2 ganglios posibles: uno epitroclear y otro axilar izquierdo. El primero fue normal y en el segundo se objetivó metástasis. En un segundo PET- TAC se observan alteraciones a distancia. Ante dichos hallazgos el comité de tumores ha indicado la extirpación completa de los ganglios axilares e iniciar radioterapia.

REVISIÓN

En 1972 Toker describió por primera vez al Tumor de Células de Merkel (TCM) como un carcinoma trabecular relacionado con la edad avanzada y de extensión a través de las vías linfáticas[1]. Éste es un tumor de origen epitelial y neuroendocrino raro, los estudios españoles, el de Vilar- Coromina en 2005 señala una incidencia de 1,3 casos/ 100 000 habitantes /año y el de García- Zamora en 2018 otra de 0,29 - 0,32 casos / 1000 habitantes/año.[2,3]

Al inicio se pensó que este tumor provenía de las células neurosensoriales de Merkel pero a día de hoy su célula de origen es desconocida. Múltiples factores parecen contribuir a su etiología incluido el polioma-

virus de células de Merkel (MCPyV) presente en el 60-80% de los casos, la exposición a la radiación ultravioleta (RUV) y la inmunosupresión (SIDA/VIH, neoplasias malignas o trasplante de órganos sólidos)[4].

Este tumor se observa generalmente en pacientes mayores con tonos de piel claros como un nódulo intracutáneo de rápido crecimiento, solitario, firme, bien delimitado, no doloroso, de color entre rojizo y violáceo que a veces puede presentar ulceración y costras. Los TCM varían en tamaño desde menos de 1 cm hasta más de 2 cm y se encuentran con mayor frecuencia en áreas expuestas al sol predominantemente en cabeza y extremidades superiores[4,5]. Muchas veces se le ha considerado como una lesión benigna (lipoma, granuloma, quiste, etc) por lo que es importante unir las características clínicas y los factores de riesgo (edad, inmunosupresión, exposición a RUV) para tener un alto índice de sospecha y actuar rápidamente. El diagnóstico definitivo lo dan el estudio de anatomía patológica y el estudio inmunohistoquímico que lo diferencia de otros tumores siendo los marcadores más específicos la queratina de bajo peso molecular Cam 5.2, la citoqueratina 20 y los neurofilamentos[4,6].

El TCM es un tumor con alta agresividad, entre un 27-32% de los pacientes presenta diseminación linfática al diagnóstico con propensión por lo que se debe realizar[6.7]:

- Examen completo de la piel y ganglios linfáticos regionales.
- Estudio de imágenes, no existe un consenso sobre cual es mejor, por lo que se puede realizar un PET TAC de cuerpo entero o una TC de abdomen, tórax y pelvis.
- Serología para el papilomavirus de células de Merkel para determinar la serología inicial y la de la evolución con el tratamiento.

El tratamiento de la lesión primaria es la escisión amplia, con 1- 2 cm de margen, junto a la biopsia del ganglio centinela. La realización de radioterapia del lecho quirúrgico, así como la linfadenectomía se llevaran a cabo de acuerdo a los hallazgos del estudio inicial y estadiaje del paciente. En cuanto al tratamiento posterior actualmente se recomienda radioterapia en todos los estadios. La quimioterapia se considera de uso paliativo.[5,7E]

El pronóstico es variable dependiendo de factores como la edad del paciente, estado basal, enfermedades concomitantes y la diseminación del TMC, en los casos de enfermedad localizada la supervivencia a los 5 años fue de 35,4%, en aquellos con ganglio linfáticos regionales positivos fue de 26,8 y en el caso de enfermedad con metástasis a distancia fue de 13,5%[7].

Se realizará un seguimiento intensivo los primeros 3 años, cada 1- 6 meses, después de ese tiempo será cada 6 -12 meses y, a partir de los 5 años será anual[6].

En conclusión, el TCM es una neoplasia rara pero muy agresiva que, muchas veces es confundida con lesiones benignas por lo que es necesario estar atentos a las características clínicas y los factores de riesgo para tener la sospecha clínica e iniciar los estudios con rapidez. A menudo precisa tratamiento quirúrgico con extracción de ganglios regionales para su estadiaje y radioterapia posterior. Presentamos el caso de un TCM en muñeca el cual ha sido tratado con cirugía local y está en tratamiento con radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toker C. Trabecular carcinoma of the skin. Arch Dermatol. 1972;105(1):107-110.
2. Vilar-Coromina N, Pérez Bueno F, Alsina Maqueda M, Vilardell Gil L, Izquierdo Font A, Marcos-Gragera R. Carcinoma de células de Merkel cutáneo: incidencia y supervivencia poblacional, 1995-2005. Med Clin (Barc) 2016;132(18):701-703.
3. García-Zamora E, Vela Ganuza M, Martín-Alcalde J, Miñano Medrano R, Pinedo Moraleda F, López-Estebaranz JL. Merkel Cell Carcinoma: A Description of 11 Cases. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2021;112(1):63-68.
4. Uptodate. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of Merkel cell (neuroendocrine) carcinoma [sede Web] [actualizado en octubre de 2023; acceso 20 de septiembre de 2023].
5. Berrocal A, Llombart Cussac B, Requena Cballero C, Muñoz -Couselo E, Espinoza E, Soria Rivas A. Carcinoma de Células de Merkel. Revista de Cáncer de Piel [Internet] 2019 [Consultado 2 de noviembre de 2023] Disponible en https://www.groupgem.es/wp-content/uploads/2021/04/CANPIEL1extra.pdf
6. Vázquez Doval J, Llombart Cussac B, Pérez Bustillo A, Paradela de la Morena S, Fuente González MJ, Fernández Figueras MT et al. Diagnosis and Treatment of Merkel Cell Carcinoma in Specialized Dermatology Units: A Clinical Practice Guideline of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019; 110(6):460-468.
7. Uptodate. Staging, treatment, and surveillance of locoregional Merkel cell carcinoma. [sede Web] [actualizado en agosto de 2023; acceso 20 de septiembre de 2023].

CASOS CLÍNICOS

10. RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN EL ADULTO

■ Jiménez Jiménez E.M., Martín de Diego C.E.
Médicos de Medicina de Familia. Centro de Salud La Plata; Torrejón de Ardoz.

RESUMEN

Hacemos referencia a un caso clínico que debutó con una sintomatología muy prevalente en nuestras consultas de Atención Primaria como es la lumbalgia, pero profundizando en su estudio etiológico nos llevó a un trastorno hereditario como es el Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X. Se manifiesta generalmente en la infancia con una afectación clínica variable, pero también existen formas de presentación tardía como es nuestro caso clínico con gran afectación de su calidad de vida[1.2.3].

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 35 años. Instalador informático. Antecedentes personales de miopía y fractura de muñeca en la infancia tras caída. No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares de madre con fractura vertebral lumbar tras caída por las escaleras.

Imagen 1.

Acude a consulta refiriendo dolor lumbar de 4 meses de evolución que se ha incrementado hace un mes tras el esfuerzo de coger a su hija de 14 meses. Dicho dolor no mejora con analgesia habitual por lo que se inicia tratamiento con Tramadol/dexketoprofeno 1comp cada 12 horas con regular control analgésico.

Se solicita radiografías de columna dorso- lumbar y una telerradiografía observando hipercifosis dorso-lumbar secundaria a fracturas múltiples.

Se realiza una densitometría que evidencia osteoporosis.

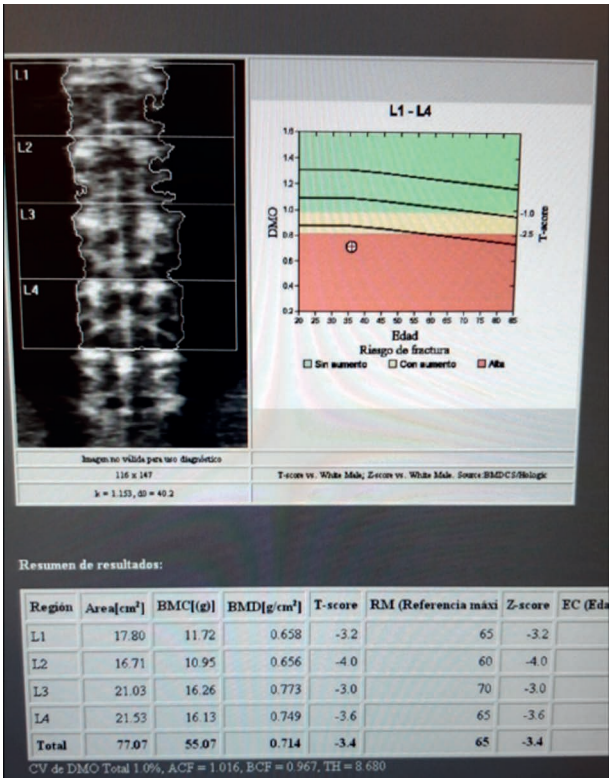


Imagen 2.

Se remite a traumatología que solicita RMN dorso-lumbar: acuñamientos vertebrales múltiples afectando a los cuerpos vertebrales D7, D8, D9, D10, D11, L1, L2, L3, L4 y L5 que pierden entre el 25-50% de altura.

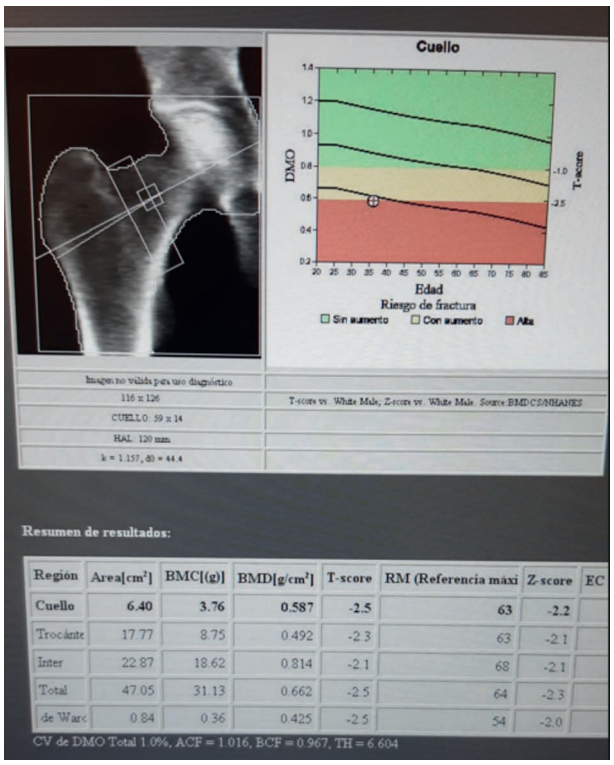


Imagen 3.

Protrusiones discales anulares en todos los espacios comprendidos entre L1 y S1 que condiciona leve estenosis foraminal bilateral.

Se recomienda pérdida de peso, evitar cargas, natación y fisioterapia.

El paciente es valorado por Endocrinología, Reumatología, Nefrología y Genética.

En analítica destaca alteración de marcadores de remodelado óseo con valores de Vit D 25-hidroxi 12.70ng/ml. (sup 30). Telopéptido Carboxiterminal del colágeno 0.77ng/ml (0.01-0.58). Propéptido aminoterminal del Procolágeno 100ng/ml (10.4-62).

Hormonas basales: Parathormona intacta 73.8 pg/ml (15-65). Testosterona 2.35ng/ml (2.49-8.36). Testosterona libre estimada 51.83pg/ml (54.7-190.6).

FGF-23 174 pg/ml (elevado).

Resto de valores analíticos dentro de rango.

Se inicia tratamiento para corregir el déficit de vit D con hiperparatiroidismo secundario con calciferol 0.266mg / semana, calcio carbonato/colecalciferol 1000mg/880UI diario junto con teriparatida 20mcg/día para la osteoporosis y Dexketoprofeno- Tramadol 25/75 cada 12h.

5 meses después se observa excelente evolución ponderal tras modificación de hábitos con peso 99.9 kg (anterior 120 kg), talla 188cm. IMC: 28.3. TA: 118/85. Con hiperparatiroidismo corregido.

Se remite a la consulta de Genética y se realiza estudio molecular mediante secuenciación masiva(NGS) con el resultado de duplicaciones de los exones 4 a 22 del gen PHEX reportado como Raquitismo Hipofosfatémico ligado al cromosoma X que explicaría las fracturas y osteoporosis del paciente.

El modelo hereditario de nuestro paciente para su descendencia será:

Todos sus hijos varones serán sanos.

Todas sus hijas serán portadoras de la enfermedad, en el caso de PHEX serán afectas, pero el grado de afectación puede ser leve y no requerir tratamiento.

La verdad es que el paciente no tiene el fenotipo clásico que se esperaría para un paciente con XLH, no presenta hipofosfatemia. FGF-23 está elevado lo que apoyaría el diagnóstico. La duplicación identificada del gen PHEX en el paciente y su hermana podría ser responsable del XLH junto con la afectación ósea pero no es posible confirmarlo actualmente.

¿Podrían estar implicados de otros factores genéticos o ambientales en la determinación del fenotipo de individuos con XLH?

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X es una enfermedad rara, con afectación multisistémica, que va desde la única aparición de hipofosfatemia leve con retraso en el crecimiento y talla baja hasta raquitismo u osteomalacia graves; también se puede observar nefrolitiasis y/o nefrocalcinosis [1.2.3.4].

Esta enfermedad se debe a una mutación genética del gen PHEX que ocasiona mayor secreción del factor de crecimiento de fibroblastos (FGF-23) lo que disminuye la reabsorción tubular de fosfato en los túbulos proximales renales y una disminución de la actividad de la alfa 1 hidroxilasa de la vitamina D, disminuyendo la absorción intestinal de fosfato y calcio. La consecuencia principal es una mineralización ósea anómala.

Diagnóstico diferencial sería con otros raquitismos carenciales de Vit D y con enfermedades renales tubulares primarias.

El tratamiento convencional es calcitriol y sales de fosfato [4.5.6]. Como tratamiento alternativo se ha aprobado el Burosumab [7] que es un anticuerpo monoclonal

contra FGF-23 que regula la homeostasis del fósforo con mejoría de la osteomalacia y de la función física.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento por escrito del paciente para la presente publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martos Moreno, G.A, Aparicio,C. Lucas de, C. Gil Peña, H, Argentea, J. Raquitismo hipofosfatémico ligado a cromosoma X por mutación en PHEX: variabilidad clínica y evolutiva. Anales de Pediatría (Barc) 2016; 85 (1): 41-49.

de Lucas Collantes C, Aparicio López C. Raquitismo Hipofosfatémico Ligado a X.En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: https://www.nefrologiaaldia.org/424

2. Rizo Vazquez, A, Castro de Parga, G, Perez Domingues, L. Páramo Fernandez, C. Gil Gil, P. Raquitismo hipofosfatémico del adulto: evolución a lo largo de 30 años de un caso singular. Cirugía Española. Oct 2011. Vol 89. Num 8 (549-551).

3. Lopez Romero, L.C, Broseta, J.J, Guillén Olmos, E, Devesa such, R.J, Hernandez Jara, J. Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X: diagnóstico en la edad adulta y forma paucisintomática. Reumatología Clínica. Feb 2021. Núm 2 (116-117).

4. Laurent MR, De Schepper J, Trouet D, Godefroid N, Boros E, Heinrichs C, Bravenboer B, Velkeniers B, Lammens J, Harvengt P, Cavalier E, Kaux JF, Lombet J, De Waele K, Verroken C, van Hoeck K, Mortier GR, Levtchenko E, Vande Walle J. Consensus Recommendations for the Diagnosis and Management of X-Linked Hypophosphatemia in Belgium. Front Endocrinol (Lausanne). 2021 Mar 19;12:641543. doi: 10.3389/fendo.2021.641543. Erratum in: Front Endocrinol (Lausanne). 2021 May 25;12:686401. PMID: 33815294; PMCID: PMC8018577.

BIBLIOGRAFÍA DE TRATAMIENTO

5. Imel EA, White KE. Pharmacological management of X-linked hypophosphataemia. Br J Clin Pharmacol. 2019 Jun;85(6):1188-1198. doi: 10.1111/bcp.13763. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30207609; PMCID: PMC6533442.

6. Anne-Sophie Lambert, Volha Zhukouskaya, Anya Rothenbuhler, Agnès Linglart,X-linked hypophosphatemia: Management and treatment prospects, Joint Bone Spine,Volume 86, Issue 6,2019. Pages 731-738.

7. Protocolo farmacoclínico del uso de burosumab en el tratamiento del raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X en niños a partir del año de edad y adolescentes con el esqueleto en crecimiento en el sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad: Dirección general de cartera común de servicios del SNS y Farmacia.

CASOS CLÍNICOS

11. DOLOR EN GUILLAIN-BARRÉ, ¿UNA MANIFESTACIÓN DESAPERCIBIDA?

■ Sansone C[1]., Garcia R. M. F[2]., Valdes Villar M[3].
(1) Residente de primer año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Atención primaria de Valladolid.
(2) Residente de segundo año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Atención primaria de Cantabria.
(3) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Atención primaria de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es un trastorno adquirido de los nervios periféricos descrito como una polineuropatía aguda inflamatoria de inicio súbito y de etiología generalmente autoinmunitaria, a menudo desencadenada por infecciones, siendo la causa más común de parálisis flácida aguda a nivel mundial. Se caracteriza por una debilidad muscular simétrica o parálisis motora flácida rápidamente progresiva y generalmente ascendente, acompañada de disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos[1,2,3].

El proceso inflamatorio afecta normalmente a las vainas de mielina, desencadenando una polirradiculoneuropatía desmielinizante, pero también puede llegar a afectar al axón, pudiendo producir una degeneración nerviosa y desencadenando una neuropatía axonal[2].

En las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de SGB existen antecedentes de una infección respiratoria o intestinal de 2 a 6 semanas previas al inicio de los síntomas. Diversos virus y bacterias han sido implicados, notablemente Campylobacter jejuni, el virus Zika y el Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), pero ha sido el Campylobacter jejuni la bacteria que más se ha asociado[2,4].

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años, sin alergia medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de:

- FRV: HTA, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, obesidad.
- END: Hiperparatiroidismo primario, con adenoma tráquea asociado en seguimiento por ORL.
- Tratamiento habitual: Fenofibrato 160 1c/24h, Metformina 850mg 1c/12h, Losartan 50mg 1c/24h, Omeprazol 1 c/24h.
- Sin antecedentes familiares de interés.
- No fumadora, bebedora de 3 cervezas a la semana, no consumo de otros tóxicos. Trabaja de empleada del hogar, procedente de Perú, reside en Valladolid desde hace 13 años.

Paciente que acude a urgencias por malestar general con fiebre de hasta 38º, vómitos y mialgias generalizadas. Niega clínica miccional, niega dolor abdominal. Asociado al síndrome febril refiere cervicalgia irradiada a región frontal de máxima puntuación en la escala EVA de 6/10 y buena respuesta a paracetamol. Test de antígeno rápido SARS-COV-2 negativo. Analítica: 10.150 leucocitos, 86.2% neutrófilos, PCR 51.95, Procalcitonina negativa. Es dada de alta con tratamiento antibiótico Augmentine 875-125mg por 7 días.

Acude a los 2 días al centro de salud por dolor abdominal asociado a diarreas sin fiebre. Se retira tratamiento antibiótico por posible efecto adverso. En esa visita médica se objetivan triglicéridos elevados y se decide cambio de tratamiento de Simvastatina a Atorvastatina Ezetimiba.

6 días después acude de nuevo a urgencias por dolor a nivel posterior de ambos miembros inferiores y debilidad de 48h de evolución que le dificultaba la deambulación. En ese momento, ausencia de pérdida de fuerza en extremidades superiores, ausencia de visión doble, dificultad para tragar o respirar. Refirió mialgias en gemelos que dificultan la marcha y pérdida de fuerza en ambas manos, además de cefalea occipital opresiva que mejoró con paracetamol. Se decide suspender nuevo tratamiento hipolipemiante dado elevación de CK de 233.

3 días después acude al centro de salud por debilidad de miembros inferiores que le impide la deambulación, con imposibilidad de desplazamiento autónomo e incontinencia urinaria. Además, a nivel de extremidades superiores refirió dolor en ambas extremidades asociado a ligera pérdida de fuerza desde hacía 2 días atrás. Niega clínica bulbar, niega dolor abdominal, niega cefalea.

Se realiza una exploración física completa:

- TA 166/83 mmHg, FC: 106, SpO2: 97%, TºÑ 37.5c.
- Atenta, orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje fluente, gramaticalmente correcto. Nómina y repite de forma correcta. Obedece órdenes simples y complejas.
- Pares craneales: pupilas isocóricas, normorreactivas. Campimetría por confrontación sin alteraciones, ausencia de visión doble. MOEs conservados, sin nistagmus. No parecía facial. Motilidad lingual adecuada, úvula centrada. Resto de PC sin alteraciones. - Fuerza muscular: flexión cervical 4, extensión cervical 4, deltoides 5/5, bíceps 4+/4+, tríceps 4+/4, extensión muñeca 3/3, flexión muñeca 3/3, extensión falanges 3/3, flexión falanges 3/3. Psoas 2/2, abducción 2/2, aducción 2/2, cuádriceps, isquiotibiales, tibial anterior, flexión plantar y flexión dorsal 1. Reflejo bicipitales y tricipitales ++/++++, reflejo estiloradial +/++++. Reflejo rotulado y aquíleo abolido.
- Sensibilidad táctil conservada. Sensibilidad propioceptiva: miembros superioresconservada, miembros inferiores disminuida de manera longitud dependiente, a nivel de maléolo izquierdo abolida.
- Signos meníngeos negativos.
- Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos.
- Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. - Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ausencia de globo vesical.
- EEII: pulsos medios presentes.

Enviamos a urgencias por sospecha de Síndrome de Guillain Barre, donde una vez llegada, le realizan pruebas complementarias, siendo diagnosticada de Polirradiculoneuropatía Aguda Inflamatoria (Síndrome de Guillain Barre).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Orina: SU +++ bacterias, urocultivo negativo.
- Hemograma: sin alteraciones
- Coagulación: sin alteraciones
- Bioquímica: Na 142, K 3.9, GLC 120, Cr 0.53, Ca 11.26, CK 119.
- Líquido cefalorraquídeo: Glucosa 78*, Proteínas LCR 41, Lactato 2.1, Hematíes 1, Leucocitos 1.
- Electromiografía: Polineuropatía motora mixta (desmielinizante y axonal) generalizada, aguda, de intensidad moderada-grave. Compatible con SGB.

Posteriormente, se ingresa en neurología y se decide inicio de tratamiento con inmunoglobulinas para 87 kgen, con buena respuesta, siendo trasladada a hospital de media estancia para su recuperación.

DISCUSIÓN - REVISIÓN

La forma clásica de SGB es la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA), en la que se afecta la vaina de mielina, predominantemente motora. Sin embargo, la expresión clínica de este síndrome tiene un amplio espectro de manifestaciones que ha permitido incluso identificar variantes clínicas específicas, unas en las que se afecta fundamentalmente el axón, como son la neuropatía axonal motora aguda (NAMA) y la neuropatía axonal sensitiva y motora aguda (NASMA). Así mismo, se describe otra variante caracterizada por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia que se denomina síndrome de Miller-Fisher (SMF), en el cual la debilidad muscular es escasa o está ausente[1,2].

La enfermedad de Guillain-Barré se desarrolla en 3 fases: fase aguda o de instauración, fase de estado y fase de recuperación. El síntoma de presentación más habitual es la debilidad muscular simétrica, generalmente ascendente, o parálisis flácida, que suele presentarse en su inicio como una alteración de la marcha. Esta debilidad muscular comienza generalmente de forma distal y asciende de forma progresiva, llegando a precisar, en ocasiones, soporte ventilatorio. La disminución o la ausencia de reflejos osteotendinosos suele acompañar a la debilidad muscular desde el inicio de la enfermedad[2].

El dolor es un síntoma común, que puede presentarse en diversas formas, incluyendo parestesias, disestesias, dolor axial y radicular, mialgia, dolor articular y malestar visceral. Este dolor puede ser intenso y a menudo se pasa por alto. En algunos casos, puede preceder a la debilidad, lo que puede llevar a un diagnóstico inicial incorrecto. Algunas series reportan dolor en más del 50% de los pacientes diagnosticados de SGB en la fase de estado. Todos estos síntomas se instauran de forma subaguda y pueden progresar hasta un máximo de 4 semanas del inicio de la enfermedad con una duración variable en su fase de estado, terminando en una fase de recuperación que puede durar meses[2,5].

El diagnóstico se realiza a través del análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), observando una disociación albumino citológica (hiperproteinorraquia sin pleocitosis) y signos neurofisiológicos indicativos de neuropatía aguda, generalmente desmielinizante[4].

En este sentido, los síntomas sensitivos durante el curso clínico de este síndrome suelen ser subestimados, y normalmente el clínico enfoca su apreciación diagnóstica y preocupación pronóstica en base a las manifestaciones motoras que pueden comprometer la vida del paciente. No obstante, las primeras descripciones por Guillaín mencionan la presencia de dolor, posteriormente en la década de los 80 Ropper y Shahani demuestran en una serie de casos la importancia del dolor y su patrón de aparición en este grupo de pacientes. Desde entonces numerosas investigaciones han caracterizado el comportamiento del dolor o déficit sensorial en el paciente con SGB; observándose en distintos grupos etarios, formas de presentación clínica, implicaciones en la calidad de vida y manejo terapéutico[1].

El caso clínico descrito demuestra la interpretación errónea inicial que puede realizarse de la presencia de dolor en un paciente que cursa con parálisis flácida aguda, dados los numerosos diagnósticos diferenciales que pueden plantearse, en este caso una reacción adversa medicamentosa. Consideraciones que debe tomar en cuenta el médico de atención primaria o el especialista que aborde al sujeto afectado de manera temprana.

Fisiopatológicamente el proceso inflamatorio en el SGB afecta principalmente las fibras mielinizadas de los nervios motores y las referencias autonómicas, sin embargo; reportes previos han demostrado un compromiso de las fibras pequeñas aferentes y una densidad de fibras nerviosas intraepidérmicas reducida, responsables no solo de la intensidad de los síntomas sensitivos durante la fase aguda sino también de la aparición y persistencia de un síndrome de dolor neuropático a largo plazo. No obstante, hasta ahora no se conocen los mecanismos moleculares subyacentes de la afectación de este grupo de fibras nerviosas nociceptivas y las teorías planteadas involucran la liberación de citocinas y biomarcadores de daño axonal[1,2].

En cuanto al tratamiento del SGB, el análisis de ensayos aleatorizados muestra que las IgIV y la plasmaféresis mejoran y aceleran la recuperación, aunque no disminuyen la mortalidad. Los corticoides en la actualidad no están indicados como fármaco de primera elección en SGB, ya que en múltiples en ensayos en adultos se ha demostrado mejor eficacia de la gammaglobulina por vía intravenosa (GGIV) y la plasmaféresis respecto a los corticoides. Con respecto al tratamiento del dolor, son pocos los ensayos clínicos aleatorizados realizados para la evaluación del uso de analgésicos en el paciente con SGB que experimenta dolor, siendo un abordaje complejo dada la variabilidad de este síntoma y las características nociceptivas o neuropáticas con las cuales puede presentar. Es importante recordar que este manejo debe ser individualizado y puede requerir ajustes a medida que evoluciona la enfermedad. Además, el manejo del dolor debe formar parte de un enfoque de tratamiento integral que también aborde otros aspectos de la atención del GBS, como la terapia física y ocupacional, el manejo de las complicaciones médicas y el apoyo psicológico[1, 6].

En conclusión, la presencia de síntomas sensitivos específicamente dolor en los pacientes con SGB es frecuente, siendo subdiagnosticado o infravalorado debido a desconocimiento en sus características o cronología, a la imposibilidad para ser expresado en aquellos pacientes sometidos a ventilación mecánica o al diagnóstico erróneo de otras entidades clínicas dentro del amplio grupo de patologías diferenciales ante un cuadro clínico de debilidad muscular aguda en el adulto, tal como ocurrió en el caso clínico descrito y en reportes previos. Por ende, resulta necesario instruir al médico de atención primaria en la identificación temprana de esta sintomatología para brindar un adecuado manejo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manifestación U, Salazar J, Añez R, Espinoza C, Morocho A. Dolor en Síndrome de Guillain Barré [Internet]. Revecuatneurol.com. Disponible en: https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2019/01/RC-Dolor-en-Guillain Barre.pdf

2. Ortez González CI, Conradi ÁD. Síndrome de Guillain-Barré en la infancia. An Pediatr Contin [Internet]. 2013;11(2):98-103. Disponible en: https://www.elsevier.es/es revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo sindrome-guillain-barre-infancia S1696281813701240

3. Vista de Guillan Barré. Síndrome [Internet]. Recimundo.com. Disponible en: https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1506/1938

4. Pérez JC. Síndrome de Güillain Barré (SGB) Actualización. Acta Neurol Colomb 2006;22:201-208.

5. Pentland B, Donald SM. Pain in the Guillain-Barré syndrome: a clinical review. Pain [Internet]. 1994;59(2):159-64. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7892013/

6. Leonhard SE, Mandarakas MR, De Assis Aquino Gondim F, Bateman K, Brito Ferreira ML, Cornblath DR, et al. Guía basada en la evidencia. Diagnóstico y manejo del síndrome de Guillain-Barré en diez pasos. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. 2021 Oct 1;81(5):817-36. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500817

CASOS CLÍNICOS

12. "DOCTOR, ME DA MIEDO TOSER"

Ondiviela Caja J. A[a], Calonge García M. E[b].
[(a)] Médico Interno Residente en Medicina Familiar y Comunitaria.
[(b)] Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.
Centro de Salud Barcelona. Móstoles, Madrid (España).

RESUMEN

El síncope es una pérdida transitoria de consciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas.
Puede ir acompañado o no de pródromos.
Hablamos de presíncope si hay mareo sin pérdida de consciencia.
Los tipos de síncopes por orden de frecuencia de mayor a menor son: el neuromediado o reflejo o vasomotor, el ortostático, y el cardiogénico.
En esta patología, es fundamental la anamnesis porque nos guiará hacia cada uno de los tipos.
Su diagnóstico se realiza por exclusión.

ABSTRACT

Syncope is a temporary loss of consciousness that occurs with spontaneous recovery and without sequelae.
It may or may not be accompanied by prodromes.
We speak of pre-syncope if there is dizziness without loss of consciousness.
The types of syncope in order of frequency from highest to lowest are: Neuro-mediated or reflex or vasomotor, Orthostatic, and Cardiogenic.
In this pathology, anamnesis is essential because it will guide us towards each of the types.
Its diagnosis is made by exclusion.

INTRODUCCIÓN

El síncope es una pérdida transitoria de consciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas, pudiendo ir acompañado o no de pródromos, y sin período poscrítico.

La mayoría son de carácter leve, su diagnóstico se realiza por exclusión y el tratamiento dependerá de la causa. Sin embargo, a veces pueden asociarse a patologías potencialmente graves, por lo que es fundamental realizar una buena anamnesis y exploración física que nos orienten hacia el tipo de síncope y su malignidad o benignidad.

EXPOSICIÓN

Mujer de 47 años con antecedentes personales de obesidad grado 2 (IMC de 37), glucemia basal alterada no diabética, hipertransaminasemia aislada en analítica de hace 1 mes en estudio.

Acude a la consulta del centro de salud por presentar, en el transcurso de un cuadro catarral de 2 semanas de evolución, hasta 4 episodios de síncope. Son de segundos de duración, en el contexto de ataques de tos, sin pródromos, período poscrítico, pérdida de control de esfínteres ni presentando movimientos tónico-clónicos. Niega palpitaciones ni dolor torácico.

Todo esto le causa gran angustia refiriendo incluso que "le da miedo toser".

PROCESO DIAGNÓSTICO

Se le realiza un electrocardiograma rítmico en ritmo sinusal a 60 lpm.

A la exploración física auscultación cardíaca rítmica sin soplos ni extratonos; auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

- **Exploración neurológica:** sin focalidad neurológica. Consciente y orientada en las 3 esferas, atenta, alerta, colaboradora. Glasgow 15/15. Lenguaje presente, fluido y coherente. Pareas craneales conservados y simétricos. No nistagmus. No signos de irritación meníngea. Fuerza y sensibilidad conservadas, ROT presentes y simétricos. Barré y Mingazzini -, Babinski -, sin dismetrías ni disdiadococinesias. Romberg-. Sin alteraciones en la marcha.

La paciente está en seguimiento por Neurología a raíz de un primer episodio de síncope en noviembre de 2022 mientras estaba tosiendo en el contexto de un cuadro catarral, presentando en este caso las mismas características de los síncopes actuales. A raíz de esto le realizaron varios estudios de **RM, EEG, EKG, Cardiología, y Angio-RM** detectándose, en hallazgo casual, 2

aneurismas (Transicional en ACI izquierda con orientación medial de 2.8 x 1.5 y cuello de 2.4 mm; y otro Transicional en ACI izquierda con orientación lateral de 3x3 y cuello de 2.8 mm), estables y sin alteraciones, por los que realiza seguimiento cada 6 meses siendo el último hace escasas 3 semanas. Dichas revisiones, siempre concluyen que el síncope era de características vasovagales y los aneurismas hallazgos casuales.

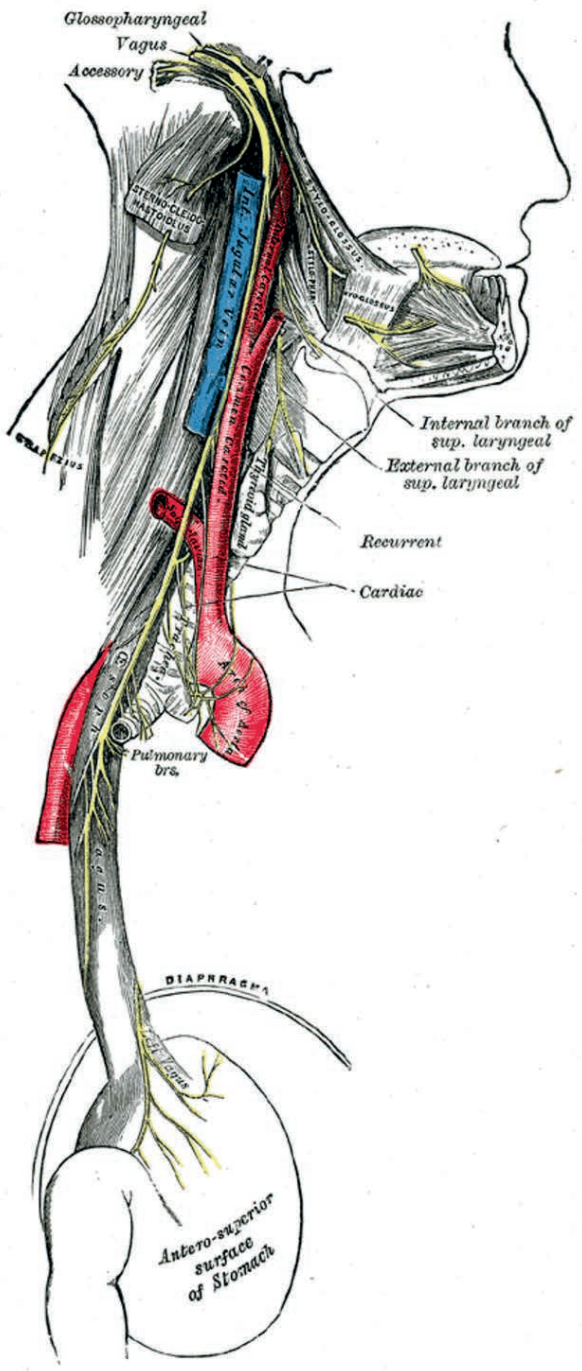
Ante la ausencia de datos de alarma y una vez descartada la patología cardíaca y focalidad neurológica, se pauta **paracetamol con codeína** 650 mg en sobres cada 8 horas durante 5 días junto con dosis única de **ebastina** de 10 mg durante 5 días. Se le explican los signos de alarma, y se realiza **e-consulta** al servicio de Neurología y se cita a la paciente a los 5 días para valorar evolución.

La respuesta del Servicio de Neurología es: no se le pueden hacer más estudios de los que tiene. Que todos los episodios tienen siempre como desencadenante la tos y, desde un punto neurológico, descartaron la malformación de Chiari en diciembre de 2022 con la RM. Concluyen que los aneurismas no juegan un papel relevante y que, en la paciente, **la tos** aumenta las resistencias venosas generando un estímulo vagal que **justifica los síncopes**. Indican mantener sus estudios de RM cada 6 meses.

Días después se lo explicamos a la paciente. Queda más tranquila, y nos comenta que, a raíz del tratamiento, ya no tiene tos ni cuadro catarral y no ha vuelto a tener síncopes.

OTROS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- **Síncope ortostático:** los síncopes que ha sufrido no se han producido nunca tras un cambio postural ni por la toma de fármacos vasodilatadores.
- **Síncope cardiogénico:** niega dolor torácico ni clínica de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca. No presenta arritmias ni enfermedades del corazón. Se ha descartado clínicamente y mediante técnicas de imagen la patología cardíaca.
- **Rotura o presión de aneurismas cerebrales:** no hay focalidad neurológica.[1,2]
- **Malformaciones de Chiari:** paciente adulta, descartaron la malformación de Chiari en diciembre de 2022 con la RM.[4]



Creative Commons. Wikipedia

REVISIÓN

El síncope es la pérdida de consciencia acompañada o no de pródromos.

Si hay mareo sin pérdida de consciencia hablamos de pre-síncope.

Los **tipos** de síncopes son:

- **Neuromediado o reflejo o vasomotor:** el más frecuente. Algunas causas serían hipotensión, presión del seno carotídeo, tos, neuralgia del trigémino, problemas en la deglución, estrés, realizar ejercicio físico intenso, deprivación de sueño, risa, miedo. El tratamiento sería evitar el desencadenante, hidratarse, y advertirle de que cuando le pase adopte medidas posturales.

- **Cardiogénico:** el segundo más frecuente, hasta un 30% de los casos. Es el más peligroso. Sus causas son arritmias y enfermedades del corazón. Su tratamiento será de la causa.

- **Ortostático**: se debe a cambios posturales bruscos en los que todavía no hay un adecuado retorno venoso. Otra causa serían los fármacos vasodilatadores. Más frecuente en ancianos y enfermos con problemas neurológicos o diabéticos. Su tratamiento será vigilar los fármacos y consejos posturales.

En la atención de un paciente con síncope, el médico de familia debe realizar una anamnesis detallada y una exploración neurológica rigurosa, con la finalidad de descartar patología grave por la que fuese necesario derivar al paciente al Servicio de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aneurisma Cerebral [Internet]. MayoClinic. [Publicado el 12 mayo 2023]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/brain-aneurysm/diagnosis-treatment/drc-20361595

2. Aneurisma Cerebral [Internet]. MedlinePlus. [Actualizado el 12 febrero 2021]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/brainaneurysm.html

3. Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez: *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 6ª edición (Cap.59), "Síncope" J. de Burgos Marín, L. Jiménez Murillo, Y. Herrero González, M.J. Clemente Millán, C. Tirado Valencia y F.J. Montero Pérez, (pp. 381-385) 2018 Elsevier: Barcelona, ISBN: 978-84-9113-208-0.

4. Malformaciones de Chiari [Internet]. MedlinePlus. [Actualizado el 4 enero 2021]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/chiarimalformation.html

CASOS CLÍNICOS

13. ¿NECESITA MÁS MORFINA?

Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Rodríguez Arilla A.[1], Ramos Caballero MJ.,[2] Bermejo Fernández F.[3]
(1) Residentes Medicina Familiar y Comunitaria, CS Torrelodones, Madrid
(2) Residente Medicina Familiar y Comunitaria, CS Cerro del aire, Madrid
(3) Médico de Familia. Directora del Centro de salud de Torrelodones. Tutora de residentes.

INTRODUCCIÓN

La **neurotoxicidad inducida por opioides** es un efecto adverso de los mismos que afecta a la esfera del sistema nervioso central. Puede manifestarse como:

- Somnolencia: habitual al inicio del tratamiento; se genera tolerancia habitualmente.
- **Delirium** o síndrome confusional agudo: se define como una disfunción cerebral difusa **reversible en el 50% de los casos**; la mayoría de las veces de origen multifactorial, siendo el uso inadecuado de **opioides la más frecuente** (60% de los casos). Su diagnóstico es **clínico**: alteración de la atención y del nivel de consciencia; alteración de la memoria, orientación, lenguaje o percepción instaurado en corto periodo de tiempo y curso fluctuante, no siendo explicable por alteraciones neurocognitivas preexistentes (criterios DSM V).
- Hiperalgesia: respuesta paradójica en la que aumenta la sensibilidad a determinados estímulos o disminuye la eficacia analgésica en ausencia de progresión clínica.
- Otros: mioclonías (pueden evolucionar a convulsiones tónico-clónicas), alucinaciones (zoopsias), miosis pupilar, …[1].

CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensa, síndrome ansioso-depresivo de años de evolución, sin otros antecedentes médicos de interés. En julio 2023 es diagnosticada de **tumor renal izquierdo metastásico** (debuta con clínica de hematuria y dolor en flanco izquierdo). Se decide tratamiento con inmunoterapia. En cuanto a su situación basal: vive en domicilio con su marido y cuidadora; PDABVD (parcialmente dependiente para las actividades básicas vida diaria) y tiene 4 hijos. El equipo de paliativos domiciliarios recibe derivación, desde atención primaria, por **"empeoramiento clínico brusco"**. Sus familiares refieren importante astenia, somnolencia, escasa emisión de lenguaje y disminución de la ingesta; "hace **48 horas** fue andando a recibir el tratamiento con inmunoterapia, comía y hablaba con normalidad". Niegan fiebre, tos, congestión nasal, diarrea, vómitos u otra clínica infecciosa. No ha realizado deposición en las últimas 72 horas; el ritmo de diuresis se mantiene constante (persiste hematuria). La ingesta se limita a escasos líquidos. Al realizar la visita en el domicilio, se encuentra a la paciente tumbada en cama, con marcada disminución del nivel de conciencia (**Glasgow 11/15**), desorientada y emisión de un lenguaje incoherente y poco fluido. A la exploración física, se encuentra afebril, hemodinamicamente estable (TA 110/56 mmHg. FC 56 lpm. SatO2: 94% aire ambiente). Únicamente destaca lesiones en mucosa lingual que impresionan de candidiasis oral y dolor generalizado a la exploración sin focalidad del mismo. No se objetivan otros datos patológicos. **Reinterrogando** a la familia acerca del tratamiento, refieren empleo de varios rescates de morfina ante sospecha de dolor e intranquilidad de la paciente. Se había indicado rescates de 3 mg de morfina al 1% subcutánea (0,3 ml). Por error, la familia había entendido 3 ml (3 jeringuillas de 1 ml), por lo que estaban administrando dosis superiores a la paciente (30 mg de morfina) en cada rescate. Así, se decide suspender la misma y se pautan enemas para favorecer la eliminación de los metabolitos. Además, enjuagues bucales con nistatina si el nivel de conciencia lo permite. A las 24 horas, se inició sueroterapia subcutánea por disminución de la ingesta. Al reevaluar a la paciente a las 72 horas el escenario había cambiado completamente. La paciente se encuentra sentada en el sofá, completamente orientada y con un lenguaje fluido y coherente.

DISCUSIÓN

En primer lugar, ante un paciente en situación paliativa, es fundamental realizar las decisiones diagnóstico-terapéuticas según la situación basal del paciente, el estadio de la enfermedad, los **objetivos** que se desean alcanzar (priorizando el confort) y los deseos

del paciente y su familia (importancia de su implicación e información en todo momento); decidiendo las pruebas complementarias o medidas a realizar en función el beneficio esperable[2,3].

El síntoma guía que predomina en el caso anteriormente expuesto es el bajo nivel de conciencia. Éste puede enmarcarse dentro del **delirium o síndrome confusional agudo**. La paciente cumple criterios clínicos para su diagnóstico (criterios DSM-V). Este cuadro de origen multifactorial se manifiesta por la combinación de ciertos factores predisponentes que disminuyen el umbral de vulnerabilidad ante determinadas causas, las cuales habrá que identificar (50% son reversibles): infecciones, insuficiencia de órganos (renal, hepática), retención aguda de orina, impactación fecal, deshidratación, efectos adversos de quimioterapia/inmunoterapia, intoxicación por opiáceos, alteraciones metabólicas (hiper/hipocalcemia), progresión de enfermedad (metástasis cerebrales…)[1] En este caso, una medida tan sencilla y asequible como repasar el tratamiento administrado a la paciente resolvió el cuadro. Podría haberse atribuido, de forma errónea, a progresión de la enfermedad y/o efectos adversos del tratamiento recientemente recibido, aumentando la dosis de morfina bajo la justificación de un tratamiento sintomático. Así, es fundamental **evaluar antes de tratar** y evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de tener cáncer, preguntándose el mecanismo fisiopatológico subyacente[3].

El tratamiento de la neurotoxicidad inducida por opioides se basa en:

- Favorecer la **eliminación** de los metabolitos tóxicos, mediante la diuresis y la defecación (sueroterapia, enemas, …).
- Suspender el tratamiento, disminuir la dosis o realizar rotación de opioides a dosis equianalgésica reducida (alrededor de un 25-30%), ya que mantendría la analgesia por cambio de afinidad de los receptores con una menor tolerancia cruzada.

CONCLUSIÓN

Este caso evidencia la importancia de realizar una adecuada **anamnesis y exploración física**, ya que medidas **sencillas** pueden resolver cuadros con gran impacto para el paciente y su familia (hasta 50% de las causas de delirium son tratables). A su vez, recuerda la necesidad de detenerse a **informar** de la forma en la que se administran los tratamientos y en qué situaciones, creando espacios y entornos que favorezcan que, tanto el paciente y sus familiares, expresen sus dudas e inquietudes. Además, se debe realizar una **monitorización** a las 48-72 horas del inicio del tratamiento con opioides y durante su titulación, pudiendo detectar de forma precoz signos y síntomas de neurotoxicicidad.

BIBLIOGRAFÍA

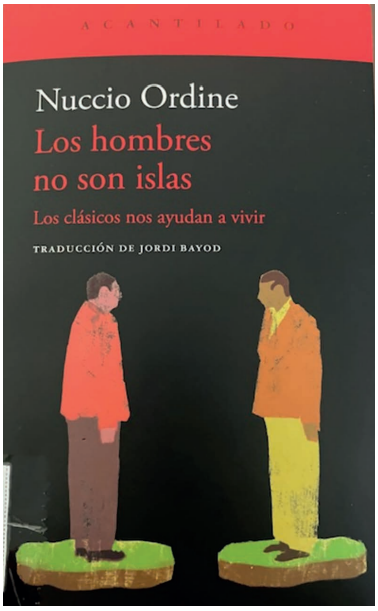
1. Farriols Danés.C. Síntomas neurológicos: Delirium. En: Julià-Torras J., Serrano Bermúdez G. Control de síntomas en pacientes con cáncer. 4ª edición. Madrid:Arán; 2019. 217-226.

2. Castillo Polo. A, Corbí Pino. B, Fernández Valverde. R, Martín Hurtado. A, Montoro Robles. MA y Pérez Medina M. Cuidados Paliativos. Guía para Atención Primaria. 2021. Melilla: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2021. 12-13.

3. Sociedad Española Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Internet] [consultado noviembre 2023]. Disponible en: https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf

TABERNA DE PLATÓN

LOS HOMBRES NO SON ISLAS. LOS CLÁSICOS NOS AYUDAN A VIVIR



Editorial Acantilado
ISBN: 978-84-19036-12-4

Nuccio Ordine (1958-2023) fue un profesor y escritor italiano, autor de "Los hombres no son islas". Ha publicado numerosos títulos, entre otros: "La utilidad de lo inútil" (2013) o "Clásicos para la vida" (2017). El primero es un manifiesto en defensa de los saberes humanísticos y de las actividades culturales consideradas injustamente inútiles porque no producen beneficios económicos. Ordine recibió el Premio Princesa de Asturias de Comunicación y Humanidades en 2023.

Tal y como nos indican desde la Editorial Acantilado, Nuccio Ordine, "convencido de que una cita brillante puede despertar la curiosidad del lector y animarlo a leer la obra de la que procede, continúa su defensa de los clásicos, demostrando que la literatura es fundamental para fomentar el entendimiento y la compasión entre las personas. En una época marcada por el individualismo, las terribles desigualdades sociales y económicas, el miedo al «forastero» y el racismo, estas páginas nos invitan a entender que «vivir para los demás» es una oportunidad de dotar de sentido nuestras vidas. Como *La utilidad de lo inútil* y *Clásicos para la vida*, este nuevo volumen es una defensa y un himno de todo lo que lamentablemente una parte de la sociedad acostumbra a desairar porque no reporta provecho material", por eso os animo a su lectura y a que descubráis al igual que yo he hecho que los "clásicos" nos pueden hacer reflexionar y servir de ayuda en nuestro día a día en la consulta.

El libro está dividido en dos partes y los diferentes capítulos resumen el pensamiento de grandes clásicos de la literatura y reconocidos filósofos de todas las épocas. Es un libro en el que te anima a profundizar en cada uno de los autores, en el que descubres que el pensamiento de "los clásicos" sigue vigente en el momento actual. Me ha llamado la atención como queda reflejado en el libro que "elige la imagen insular de John Donne en la portada porque todos podemos ver lo que ocurre en Europa, Oriente Próximo y en el resto del mundo en estos momentos: se construyen muros, se levantan barreras, se extienden cientos de kilómetros de alambre de espino, con el despiadado objetivo de cerrar el paso a una humanidad pobre y sufriente que, arriesgando su vida, intenta escapar de la guerra, del hambre, de los tormentos de las dictaduras y del fanatismo religioso. Miles de personas sin voz, privadas de toda dignidad humana, desafían la aridez de los desiertos, los mares embravecidos y las nieves de las montañas buscando desesperadamente un refugio, un lugar seguro, un cobijo donde poder cultivar la esperanza de un futuro digno. El Mediterráneo (que durante siglos había favorecido los intercambios de mercancías, lenguas, de cultos, de obras de arte, de manuscritos y de culturas) se ha convertido, en los últimos años, en un féretro líquido en el que se acumulan miles de cadáveres de migrantes adultos y de niños inocentes". Nos invita a reflexionar sobre el hecho de que el Mediterráneo se ha convertido en una frontera y no en un lugar de tránsito de las personas entre unos pueblos y otros.

Repasaremos a continuación los capítulos, inspirados cada uno en un autor y su obra, para mostrar alguno de los pensamientos más lúcidos de Ordine (y mis reflexiones aplicadas a nuestra profesión):

Comienza el libro con **John Donne: "Ningún hombre es una isla"** para hacernos reflexionar sobre nuestra propia muerte y nos hace entender que los seres humanos estamos ligados entre sí y la vida de cada

hombre es parte de nuestra vida. Con **Francis Bacon: la imagen insular y el tema de la bondad** nos recuerda que todo lo que se hace por los demás se hace también para uno mismo y pensarse "ciudadano del mundo" transforma a la Humanidad entera en una comunidad única y nuestro planeta en una patria inmensa. Nos recuerda con **Séneca y Cicerón: Vivir para los demás** que son necesarias las acciones que no se limiten exclusivamente a satisfacer nuestro individualismo, sino que puedan ser ventajosas para la humanidad. "Quien no es capaz de vivir para los demás tampoco vive para sí mismo. No se puede ser feliz pensando solo en uno mismo".

Con **William Shakespeare: la sabia locura del silencio del rey Lear,** nos permite entender la terrible injusticia de la desigualdad, implorando una "distribución" igualitaria que permita que "todos tengan suficiente".

En el **¿Qué hacer? de Tolstói,** el autor se percata de que "la ayuda de la que tenían verdadera necesidad no consistía en una fácil e inmediata contribución de dinero, sino en tiempo y cuidados". Tiempo y cuidados, con cuya falta fácilmente nos podemos sentir identificados en el día de día de cualquiera de nuestras consultas y atención a nuestros pacientes.

Gracias a **Saint-Exupéry:** descubrimos con *El Principito* que para "ver con el corazón" se requiere tiempo. La prisa no favorece la construcción de "lazos" auténticos, no crea las condiciones necesarias para derrotar el egoísmo. Y para captar lo esencial, "invisible a los ojos", es necesario cuidar las cosas que amamos. Por encima de todo, nos enseña que nosotros somos los responsables de los lazos que hemos creado y que podemos llegar a ser mejores solo con que vivamos para alguien o para algo: una promesa o una esposa, un amigo o una compañera de escuela, un desconocido o un vecino, un animal herido o una rama partida, un libro que leer o una profesión que ejercer.

Con **Luis Vaz de Camões**, en *"Los Lusiadas*" podemos ver que sigue presente el hecho de que nadie está exento de resistirse a la corrupción, y en nuestro ámbito sanitario, por ejemplo, existiría el riesgo de destrucción de lo público.

Si nos detenemos en *"El jardín de los cerezos"* de **Antón Chéjov** llegaremos a darnos cuenta de que "lo absoluto no existe ni en el teatro ni en la vida", ni tampoco en la consulta con nuestros pacientes: una misma persona un día puede ser resultar negativa y, otro día, positiva.

Una de las reflexiones que más me ha gustado es la de **T.S. Elliot**, en "Cuatro cuartetos", en la que, si hacemos un paralelismo con nuestros pacientes y nuestras consultas, podemos detectar que, ante la enfermedad, vemos cómo "la experiencia del viaje nos transforma, y una vez llegados al punto de partida, miraremos de manera diferente lo que habíamos visto antes de partir. Todo inicio presupone un final y todo final presupone un inicio". Un ciclo que empieza-sigue-acaba y en el que al mirar al inicio el final parece un principio; un ciclo en el que resulta natural ir dando diferentes sentidos a nuestras vidas según se apodera de nosotros o de nuestros pacientes la enfermedad.

De **Luciano de Samósata** en *"Alejandro o el falso profeta"*, nos dice el libro que "la vida de los hombres está despóticamente gobernada por dos importantes factores: la esperanza y el miedo". Me hace recordar con esta frase la atención que podemos darles a tantas personas que se lanzan al mar en busca de una vida mejor, en la que podemos decir que su esperanza es más fuerte que el miedo.

Con *"El Satiricón"* de **Petronio** tenemos presente que "la valía de los hombres no se mide con el dinero". En una sociedad en la cual, por desgracia, se cree que el dinero mide el valor de los hombres ("tanto tienes, tanto vales"), se te medirá por lo que tengas. No así en nuestro día a día, en la que todos los pacientes son iguales para nosotros.

Y, para terminar, *"La Música"* de **Plutarco**, que refleja que la música es más poderosa que las armas para vencer la violencia y la intolerancia. Ordine así nos dice que los éxitos militares "nunca hacen mejores ni a los soldados ni a los ciudadanos ni a los que pertenecen a una misma nación". En cambio, la cultura, "que es la esencia de la felicidad y la causa del buen consejo", revela su utilidad "no solo para una familia, para una ciudad o para una nación, sino para todo el género humano". El autor abunda en este tema: "si alguien, por ejemplo, tras haber estudiado con empeño el carácter educativo de la música, ha recibido el cuidado debido en su infancia, alabará el bien y lo aceptará" y continúa: "y tal hombre permanecerá limpio de toda acción innoble… no haciendo nada, ni de hecho ni de palabra, fuera de tono".

Son muchos más los autores y sus pensamientos los que podéis encontrar en este libro, así que os animo a su lectura para seguir aprendiendo de ellos.

Fernández Vicente T.
Grupo de Bioética SoMaMFyC

LECTURA COMENTADA

¿RECETAREMOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS?

Llanes de Torres R.
Consultorio local Pelayos de la Presa

Se acaba de publicar en el *New England Journal of Medicine* un interesante ensayo clínico[1]. A pesar de algunas limitaciones que veremos, refuerza la provocadora propuesta sobre el uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar que hizo un mes antes la biblioteca Cochrane[2]. Hoy comentamos en esta sección ambos artículos.

En la revisión Cochrane, los autores incluyeron a 27235 participantes de 88 estudios (10 de ellos, nuevos en esta actualización). 47 de los trabajos fueron ensayos aleatorizados sobre el uso de cigarrillo electrónico comparado con una condición de control. El resto eran ensayos no controlados. La mayoría del total de estudios se consideró con alto riesgo general de sesgo, siendo estimados como de bajo riesgo tan solo 10 de los ensayos clínicos. Del análisis de la totalidad de estudios, los autores afirman que:

- Existe certeza alta de que los cigarrillos electrónicos con nicotina aumentan las tasas de abandono del hábito de fumar comparados con el tratamiento de reemplazo de nicotina: riesgo relativo (RR) de 1,59, con un intervalo de confianza del 95% (IC95) de 1,29 a 1,93 (siete estudios, 2544 participantes). En términos absolutos, lo anterior se podría traducir en 4 abandonos adicionales por cada 100 (IC95: de 2 a 6 más). Se estima con certeza moderada que la aparición de eventos adversos es similar en ambos grupos.

- Hay evidencia de certeza moderada, limitada por la imprecisión, de que el cigarrillo electrónico con nicotina aumenta las tasas de abandono comparado con el cigarrillo electrónico sin nicotina (RR 1,46; IC95: 1,09 a 1,96; seis estudios, 1613 participantes). En términos absolutos, lo anterior podría conllevar tres abandonos adicionales por cada 100 (IC95: de 1 a 7 más). Se considera con certeza moderada que no hay diferencias en la tasa de eventos adversos entre estos grupos.

- Existe evidencia de certeza baja, debido al riesgo de sesgo inherente al diseño de los estudios, de que, en comparación con el apoyo conductual solo o ningún apoyo, las tasas de abandono podrían ser mayores en los participantes asignados al azar al cigarrillo electrónico con nicotina (RR 1,88; IC95: 1,56 a 2,25; nueve estudios, 5024 participantes). En términos absolutos, lo anterior representa 4 abandonos más por cada 100 (IC95: de 2 a 5 más). Hubo cierta evidencia de que los eventos adversos no graves podrían ser más frecuentes en personas asignadas al azar a cigarrillos electrónicos con nicotina, y no hubo evidencia suficiente para determinar si las tasas de eventos graves difirieron entre los grupos.

- Los datos de los estudios no aleatorizados fueron consistentes con los datos de los ensayos clínicos aleatorizados.

A la vista de estos resultados, los autores afirman que los cigarrillos electrónicos con nicotina pueden ayudar a las personas a dejar de fumar durante al menos seis meses, y reclaman más evidencia, en especial sobre los efectos de los nuevos tipos de cigarrillos electrónicos que tienen una mejor liberación de nicotina que los cigarrillos electrónicos más antiguos. Y para concluir el metanálisis, insisten en que la limitación de la base de evidencia es la imprecisión fruto del escaso número de ensayos clínicos aleatorizados, a menudo con bajas tasas de eventos, y afirman mantener una revisión sistemática continua, con búsquedas mensuales, actualizando el documento a medida que se vaya disponiendo de nueva evidencia relevante. Así que el nuevo ensayo clínico que comentamos hoy viene a aportar más datos en este sentido.

En este ensayo controlado y abierto, se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos a 1246 adultos fumadores de al menos cinco cigarrillos diarios de tabaco dispuestos a fijar una fecha para dejar de hacerlo. El grupo de intervención (622 participantes) recibió cigarrillos electrónicos, asesoramiento estándar para dejar de fumar, y la posibilidad opcional de terapia de reemplazo con nicotina. El grupo de control (624 participantes) recibió asesoramiento estándar y un vale utilizable con diversos propósitos, incluida la terapia de reemplazo de nicotina. Como resultado primario se estableció la comprobación bioquímica de abstinencia continua de fumar a los 6 meses. Y como resultados secundarios se incluyeron la abstinencia de tabaco y de cualquier tipo de nicotina notificada por los participantes (incluyendo fumar, cigarrillos electrónicos y terapia de reemplazo de nicotina) a los 6 meses, la presencia de síntomas

respiratorios, y la aparición de eventos adversos graves. Los resultados al finalizar el estudio mostraron que la adición de cigarrillos electrónicos al asesoramiento antitabaco estándar logró, sin un aumento de efectos adversos graves, una mayor abstinencia tabáquica en fumadores que el asesoramiento solo:

- El porcentaje de participantes con abstinencia continua de tabaco validada fue del 28,9% en el grupo de intervención y del 16,3% en el grupo de control (RR 1,77; IC95: 1,43 a 2,20), con un porcentaje de participantes que se abstuvieron de fumar en los 7 días anteriores a la visita de los 6 meses del 59,6 % en el grupo de intervención y del 38,5 % en el grupo de control.

- El porcentaje de participantes que se abstuvo de cualquier uso de nicotina fue del 20,1% en el grupo de intervención y 33,7% en el grupo de control.

- Se produjeron eventos adversos en 272 participantes en el grupo de intervención (43,7%) y 229 entre los del grupo de control (36,7%).

- Se produjeron eventos adversos graves en 25 participantes del grupo de intervención (4,0%) y en 31 del grupo de control (5,0%).

Estos resultados, así como las conclusiones a las que llegan los autores, ameritan una serie de comentarios:

1. Sobre la cuestión clave de si los cigarrillos electrónicos son herramientas eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar, este ensayo clínico se suma a los pocos disponibles y refuerza las conclusiones afirmativas de la revisión Cochrane comentada.

2. En este ensayo, el grupo de intervención logró mayor abstinencia tabáquica; pero de forma llamativa, consiguió menos abstinencia del uso de nicotina que el grupo de control a los 6 meses: la mayoría de los participantes en el grupo de intervención que dejaron de fumar cigarrillos de tabaco continuaron usando cigarrillos electrónicos.

3. Hay evidencia de que cambiar del hábito tabáquico al vapeo de cigarrillos electrónicos con nicotina reduce la exposición a diversas toxinas y los síntomas respiratorios de los fumadores, pero el nuevo hábito parece estar lejos de ser inocuo[3]. Una mejor evaluación de la exposición de los usuarios a sustancias químicas tóxicas a largo plazo podría ayudar a definir mejor este riesgo.

4. Otras limitaciones de este estudio, reconocidas por los autores, fueron el conocimiento de los usuarios de su grupo de asignación, y la falta de información de resultados a largo plazo, que está previsto que se obtengan a lo largo de los siguientes 12, 24 y 60 meses.

5. Siguen siendo necesarios ensayos que comparen los cigarrillos electrónicos con vareniclina, citisina y bupropion, así como evaluar el beneficio adicional de agregar cigarrillos electrónicos a los medicamentos para dejar de fumar comercializados en la actualidad.

Entonces, ¿prescribiremos los médicos de familia cigarrillos electrónicos para dejar de fumar? El editorial[4] que acompaña al ensayo clínico comentado es muy proactivo en ese sentido, invitando a las sociedades médicas a reconsiderar sus “posicionamientos cautelosos” y concluyendo de forma contundente: «Actualmente, disponemos de una fuerte evidencia de que los cigarrillos electrónicos son herramientas que los médicos pueden utilizar para ayudar a los adultos a dejar de fumar, especialmente aquellos que no pueden hacerlo con los métodos disponibles. Los cigarrillos electrónicos no son completamente inofensivos ni *balas mágicas* que ayuden a todos los fumadores, pero pueden ayudar — y de hecho, lo hacen- a algunos». Es momento de decidir, en nuestra práctica diaria, si compartimos sin vacilaciones ese optimismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auer R, Schoeni A, Humair JP, et al. Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation. N Engl J Med. 2024 Feb 15;390(7):601-610. doi: 10.1056/NEJMoa2308815. PMID: 38354139.

2. Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 8;1(1):CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub8. PMID: 38189560; PMCID: PMC10772980.

3. Rose JJ, Krishnan-Sarin S, Exil VJ, et al. Cardiopulmonary Impact of Electronic Cigarettes and Vaping Products: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2023 Aug 22;148(8):703-728. doi: 10.1161/CIR.0000000000001160. Epub 2023 Jul 17. PMID: 37458106.

4. Rigotti NA. Electronic Cigarettes for Smoking Cessation - Have We Reached a Tipping Point? N Engl J Med. 2024 Feb 15;390(7):664-665. doi: 10.1056/NEJMe2314977. PMID: 38354147.

CARTA AL DIRECTOR

1. REFLEXIÓN SOBRE LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

López Gil A.
Responsable de Docencia y Calidad del Centro de Salud Torrelodones
Tutora de Residentes de MFyC, Tutorización de estudiantes de la UFV

A raíz de comentarme mis pacientes el desabastecimiento de bromazepam de los últimos días, me hizo pensar en el uso o sobreuso que se puede estar realizando de las benzodiacepinas.

Independientemente de acontecimientos vitales estresantes que todos conocemos, y en donde la ansiedad es comprensiblemente evidente, ¿realmente están bien indicados todos los bromazepam u otras benzodiacepinas que indicamos? ¿Pensamos realmente para qué indicación la estamos prescribiendo?

Me hace pensar que hay múltiples situaciones en donde prescribimos las benzodiacepinas creyendo que hacemos un bien cuando realmente no es así.

Se me vienen a la cabeza circunstancias de la vida que nos comentan los pacientes, que son eso, circunstanciales a la vida, y que el paciente debe elaborar para salir resiliente de ellas y no debe necesariamente ir acompañadas de medicación.

Les hacemos un flaco favor en su desarrollo como personas y no les hacemos desarrollar herramientas que posee el ser humano para tales circunstancias. Y a partir de ahí, cualquier contratiempo del día a día les desestabiliza y tienen que recurrir a estos fármacos porque es lo que han aprendido.

Pienso que deberíamos hablar con los pacientes y explicárselo, recordar el ejercicio como fuente de endorfinas naturales, evitar alimentos que contengan excitantes, higiene de sueño etc.

Sería bueno, que en la siguiente situación que se nos planteen estas consultas por parte de los pacientes, pensemos primero, si realmente estamos haciendo un buen uso o no de benzodiacepinas y lo que creo más importante ¿le estamos haciendo un bien al paciente?

CARTA AL DIRECTOR

2. DENERVACIÓN RENAL. ESTAMOS REALMENTE ANTE EL FINAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

María Tablado M.A., Ponce Martín I.
GdT HTA semFYC. CS Canillejas. Madrid.

Queremos comentar a través de esta carta al director las recomendaciones que aparecen en la Guías ESH sobre el manejo de la hipertensión arterial (HTA) 2023, en concreto sobre Denervación Renal (DRn)y las implicaciones que pueden tener a medio plazo en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAr) y pacientes no tolerantes a medicación, así como las implicaciones que ese control puede tener en el riesgo cardiovascular de los mismos[1]. **(Tabla 1)**

Recommendations and statements	CoR	LoE
RDN can be considered as a treatment option in patients with an eGFR >40 ml/min/1.73m^2 who have uncontrolled BP despite the use of antihypertensive drug combination therapy, or if drug treatment elicits serious side effects and poor quality of life.	II	B
RDN can be considered as an additional treatment option in patients with true resistant hypertension if eGFR is >40 ml/min/1.73m^2.	II	B
Selection of patients to whom RDN is offered should be done in a shared decision-making process after objective and complete patient's information.	I	C
RDN should only be performed in experienced specialized centers to guarantee appropriate selection of eligible patients and completeness of the denervation procedure.	I	C

JOURNAL OF HYPERTENSION

Tabla 1. Grado de Recomendación según Guías ESH 2023[1]

Sabemos que la actividad simpática es uno de los condicionantes de la HTAr sobre todo en la obesidad, apnea del sueño, enfermedad renal crónica. La DRn acabaría en parte con una cierta señalización hiperactiva simpática responsable de la HTAr y sería provocaría la disminución de la resistencia o mejor funcionamiento de los fármacos para la HTA.

El ensayo SYMPLICITY-3 HTN de 2014 fue un jarro de agua fría para la prometedora DRn pues apenas hubo diferencias entre pacientes tratados y placebo. Los nuevos estudios realizados tanto con radiofrecuencia de las arterias renales o los ultrasonidos de alta frecuencia sobre las mismas son más prometedores. Los ensayos englobados con el nombre de SPYRAL HTN-Off Med utilizando radiofrecuencia consiguieron disminuciones de más de 5 mmHg en pacientes HTA sin tratamiento medicamentoso. Los estudios RADIANCE HTN SOLO y RADIANCE II con ultrasonido consiguieron disminuciones sostenidas de hasta 7 mmHg en pacientes HTA sin tratamiento farmacológico.

El estudio de SPYRAL HTN-On Med en pacientes hipertensos con medicación (tres fármacos) observo que la DRn con radiofrecuencia vs. placebo disminuyo 7 mmHg la presión arterila durante 6 meses, sin cambios en el tratamiento antihipertensivo. En el

estudio RADIANCE HTN TRIO la presión disminuyó 5 mmHg mantenida al menos 2 meses con ultrasonidos vs. placebo, sin cambios en la medicación.

Por desgracia no existen ensayos que comparen la intensificación en el tratamiento de la HTAr verdadera con fármacos o con DRn, ni del efecto beneficioso a largo plazo. Tampoco existen estudios predictores de que pacientes se benefician mejor o más tiempo de la DRn.

Entendiendo que los beneficios no deben ser superados por los riesgos/ miedos a la propia técnica (disección arteria, pérdida de función renal, nefropatía por contraste, estenosis arterial). Se ha demostrado en estudios de seguridad ensayos clínicos aleatorios [ECAs] y metanálisis que son similares a placebo. Salvo las complicaciones propias de cateterizar una arteria femoral (hematoma, hemorragia).

Dos ensayos de seguimiento Global Simplicity Registry y el RADIANCE HTN SOLO FU documentaron mantenimientos de efectos hipotensores de al menos 36 meses en la mayoría de los pacientes, aun sabiendo que en modelos animales se había visto una renervación simpática anterior a los tres años del efecto beneficioso.

Por tanto, creemos que la DRn puede ser una alternativa en el momento de intensificar con medicación pacientes con una HTAr verdadera (no secundaria) confirmada por monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA). También puede ser útil en pacientes que no quieren tomar medicación o son intolerantes a múltiples tratamientos antihipertensivos.

En la actualidad no hay ningún ECA para conocer el efecto que producen ni la DRn ni la intensificación de la medicación en HTAr por lo que se desconoce la dimensión de disminución del riesgo cardiovascular de estos pacientes. Extrapolando los datos del estudio Global Simplicity Registry se cree que la DRn podría reducir el riesgo de ictus en un 43%, un 12% de eventos cardiovasculares totales.

La DRn debe realizarse en centros especializados, siendo una nueva opción por explorar con nuestros pacientes con resistencia a fármacos o reticencia a los mismos. En este sentido un tercio de los pacientes hipertensos preferían denervación a farmacoterapia desde el momento del diagnóstico de HTA, los más propensos eran varones, jóvenes, con efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos y los menos adherentes.

¿Será pues el tratamiento del futuro para pacientes seleccionados, con una técnica depurada y con una curva de aprendizaje de la misma por cardiólogos electrofisiólogos, radiólogos intervencionistas idónea? Esperemos no se trate de un nuevo fiasco como el de hace 10 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/2023/12000/2023_esh_guidelines_for_the_management_of_arterial.2.aspx