

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 1 • VOL 27

ABRIL 2025

4 EDITORIAL

Cotillas Roderó A.

5 GRUPOS DE TRABAJO

PLIS PLAS GDT URGENCIAS (XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC)
Proceso Asistencial Crisis Epiléptica Urgente
de la Comunidad de Madrid

Rodríguez Cerro M., Prieto Herrero N., Tentor Viñas A.,
Armela Sánchez-Crespo E.

8 INCIDENTES CRÍTICOS

1. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

García Echeverría M., Ayala Terrados L., Pineda Torcuato
A., González Manjavacas C.

2. EL TIEMPO ES ORO

Raquel Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hur-
tarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Guio Pertinaz
R., Gallego Sánchez M.A.

3. ¿ESTUVO MI HIJA EN URGENCIAS ESTE FIN DE SEMANA?

Arredondo Alcayna J., Ayala Terrados L., Gámez
Cabero Ml., Cauqui Díaz C., Muñoz Castillo M., Karim
Bengelloun A.

4. MODELO DEL QUESO SUIZO GRUYERE. AGRESIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MADRID

Coloma Seguí C.

5. ACERCA DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS PACIENTES DEMANDANTES

Guio Pertinaz R., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez
M.A., Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Téllez
Fouz S., Cruz Arnés M.

6. EL INSOMNIO Y LA GRAN DEMANDA SOCIAL DE LAS BENZODIAZEPINAS

Coloma Seguí C.

19 ORIGINAL

**CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS DEL PERSONAL
SANITARIO DE FUENLABRADA ACERCA DE LA UTILIZACIÓN
DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS**

Cerrada Cerrada E., Flores Palacio A., Pérez Calero L.,
Viñas Fernández G., Louise Makki H.

33 CASOS CLÍNICOS

1. SINGULTUS ("HIPO"). BASADO EN UN CASO CLÍNICO

Díaz Canales, T., García Cabañas, J.

2. REVISIÓN DE PATOLOGÍA VASCULAR COMPRESIVA ABDOMINAL

Ramos Pérez A., Manget Velasco C.S., Rodríguez
Sanjuan M.A.

3. JUVENTUD... ¿DIVINO TESORO?

González Godoy M., Medina Rodríguez J., Domingo
Pacheco I., Viñas Fernández G., Castaño Reguillo A.,
Nuevo Coello L.

4. ORO PARECE PLATA NO ES

Martínez Sepúlveda T., Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano
H., Gil Cidoncha M., Ballesteros Sánchez M., García
Justicia C.

5. EL HALLAZGO DE UN QUISTE HEPÁTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Luque García
L., Rodríguez Arilla A., González Araujo I., Bermejo
Fernández F.

6. HIPERTENSIÓN SEVERA. REVISIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Fernández Gamo N., García Vila S., Coloma Seguí C.

7. CUANDO EL TRATAMIENTO DEJA HUELLA: HIPOPIGMENTACIÓN Y ATROFIA TRAS INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES

Romero-Barzola M.Y., Castro Barrio M., Sierra-Santos
L., De León Rivera G.

8. TINEA PEDIS EN UN PACIENTE TRIATLETA, UN CASO SOBRE EL PIE DE ATLETA

Martín González M., Pérez López P., Gómez González
del Tánago P., Martín Peira G.

57 CAFELITO

¡NO ME LO PUEDO CREER!

Prada Pérez J.J.

58 SALIR DEL CENTRO

**CRÓNICA DE CURARTE: PRIMER CURSO DE INTRODUCCIÓN DE
ARTE EN LA SALUD COMO ACTIVO SOCIAL Y SU PRESCRIPCIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA CELEBRADO EN UNA ASOCIACIÓN
VECINAL DE BARRIO**

Álvarez Pasquín MJ., Gómez Marco J., Cisneros Javierre
AC., Hernández del Real J., Estalayo Gutiérrez B., Toral
S., Lis A., Gil Lapetra C., Krijnsen A., Mateo Sierra O.,
Fernández Casado J., Domingo C., Sánchez P. Shin S.

62 TABERNA DE PLATÓN

CUANDO YA NO PUEDES MÁS

García García B.

64 LECTURA COMENTADA

1. UN ANTIDIABÉTICO PARA DORMIR MEJOR

Arredondo Alcayna J., Ayala Terrados L., Muñoz
Castillo M.

2. MÁS ALLÁ DE LA DIABETES: ¿UNA NUEVA ESPERANZA PARA EL ALZHEIMER Y LA NEUROPSIQUIATRÍA?

del Valle Martín I., Llanes de Torres R.

70 CARTA AL DIRECTOR

1. DIABETES TIPO 1 Y MENOPAUSIA

María Tablado M.A.

2. ¡SOCORRO, MIS PACIENTES NO AFRONTAN SU ENFERMEDAD!

Ruiz Pereira C., Ramírez Álvarez C., Román Álvarez
M.C., Castillo Muñoz L.M.

3. PATOLOGÍA MENTAL EN MENTE PROPIA

Alonso Serna B.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 1 • VOL 27

ABRIL 2025

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

Comité Editorial: 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 y Tesorería:** Alejandra Montero Costa.

Secretaría: Cristina Cáceres Cortés. **Vocalía de Investigación:** Rodrigo Medina García e Ileana Gefaell Larrondo.

Vocalía de Formación: María Herreros Pérez y Lidia Arias Tobeña. **Vocalía de Gdt:** Marta Merlo Loranca.

Vocalía de Residentes: Beltrán Calleja Cobo de Guzmán y Núria Prieto Herrero.

Vocalía de JMF: Almudena Castaño Reguillo y Jorge Pérez González. **Vocal de lo PACAP:** Adrián Carrasco Munera.

Vocalía de Tutores: Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Juan Carlos Muñoz García.

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

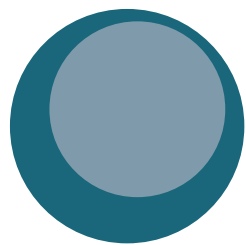
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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

4 EDITORIAL

Cotillas Rodero A.

5 GRUPOS DE TRABAJO

PLIS PLAS GDT URGENCIAS (XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC)
Proceso Asistencial Crisis Epiléptica Urgente de la Comunidad de Madrid

Rodríguez Cerro M., Prieto Herrero N., Tentor Viñas A., Armela Sánchez-Crespo E.

8 INCIDENTES CRÍTICOS

1. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

García Echeverría M., Ayala Terrados L., Pineda Torcuato A., González Manjavacas C.

2. EL TIEMPO ESORO

Raquel Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Guio Pertinaz R., Gallego Sánchez M.A.

3. ¿ESTUVO MI HIJA EN URGENCIAS ESTE FIN DE SEMANA?

Arredondo Alcayna J., Ayala Terrados L., Gámez Cabero M.I., Cauqui Díaz C., Muñoz Castillo M., Karim Bengelloun A.

4. MODELO DEL QUESO SUIZO GRUYERE. AGRESIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MADRID

Coloma Seguí C.

5. ACERCA DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS PACIENTES DEMANDANTES

Guio Pertinaz R., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A., Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Téllez Fouz S., Cruz Arnés M.

6. EL INSOMNIO Y LA GRAN DEMANDA SOCIAL DE LAS BENZODIAZEPINAS

Coloma Seguí C.

19 ORIGINAL

CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS DEL PERSONAL SANITARIO DE FUENLABRADA ACERCA DE LA UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Cerrada Cerrada E., Flores Palacio A., Pérez Calero L., Viñas Fernández G., Louise Makki H.

33 CASOS CLÍNICOS

1. SINGULTUS ("HIPO"). BASADO EN UN CASO CLÍNICO

Díaz Canales, T., García Cabañas, J.

2. REVISIÓN DE PATOLOGÍA VASCULAR COMPRESIVA ABDOMINAL

Ramos Pérez A., Manget Velasco C.S., Rodríguez Sanjuan M.A.

3. JUVENTUD... ¿DIVINO TESORO?

González Godoy M., Medina Rodríguez J., Domingo Pacheco I., Viñas Fernández G., Castaño Reguillo A., Nuevo Coello L.

4. ORO PARECE PLATA NO ES

Martínez Sepúlveda T., Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano H., Gil Cidoncha M., Ballesteros Sánchez M., García Justicia C.

5. EL HALLAZGO DE UN QUISTE HEPÁTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Estefanía Hidalgo L., Paniura Pinedo M., Luque García L., Rodríguez Arilla A., González Araujo I., Bermejo Fernández F.

6. HIPERTENSIÓN SEVERA. REVISIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Fernández Gamo N.; García Vila S., Coloma Seguí C.

7. CUANDO EL TRATAMIENTO DEJA HUELLA: HIPOPIGMENTACIÓN Y ATROFIA TRAS INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES

Romero-Barzola M.Y.; Castro Barrio M.; Sierra-Santos L., De León Rivera G.

8. TINEA PEDIS EN UN PACIENTE TRIATLETA, UN CASO SOBRE EL PIE DE ATLETA

Martín González M., Pérez López P., Gómez González del Tánago P., Martín Peira G.

57 CAFELITO

¿NO ME LO PUEDO CREER!

Prada Pérez J.J.

58 SALIR DEL CENTRO

CRÓNICA DE CURARTE: PRIMER CURSO DE INTRODUCCIÓN DE ARTE EN LA SALUD COMO ACTIVO SOCIAL Y SU PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA CELEBRADO EN UNA ASOCIACIÓN VECINAL DE BARRIO

Álvarez Pasquín M.J., Gómez Marco J., Cisneros Javierre AC., Hernández del Real J., Estalayo Gutiérrez B., Toral S., Lis A., Gil Lapetra C., Krijnsen A., Mateo Sierra O., Fernández Casado J., Domingo C., Sánchez P. Shin S.

62 TABERNA DE PLATÓN

CUANDO YA NO PUEDES MÁS

García García B.

64 LECTURA COMENTADA

1. UN ANTIDIABÉTICO PARA DORMIR MEJOR

Arredondo Alcayna J., Ayala Terrados L., Muñoz Castillo M.

2. MÁS ALLÁ DE LA DIABETES: ¿UNA NUEVA ESPERANZA PARA EL ALZHEIMER Y LA NEUROPSIQUIATRÍA?

del Valle Martín I., Llanes de Torres R.

70 CARTA AL DIRECTOR

1. DIABETES TIPO 1 Y MENOPAUSIA

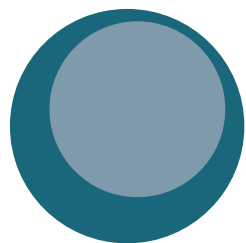
María Tablado M.A.

2. ¿SOCORRO, MIS PACIENTES NO AFRONTAN SU ENFERMEDAD!

Ruiz Pereira C. Ramírez Álvarez C. Román Álvarez M.C. Castillo Muñoz L.M.

3. PATOLOGÍA MENTAL EN MENTE PROPIA

Alonso Serna B.



EDITORIAL

Hola a todas y todos:

En el momento de crisis global política y humanitaria en el que nos encontramos, con un genocidio mantenido en el territorio gazatí y con conflictos armados en República Democrática del Congo, Haití, Somalia o Ucrania expuestos de forma constante a nivel mundial sin maniobras que consigan interrumpir su avance; mezclado esto con políticas basadas en la agresividad entre naciones y entre los ciudadanos de un mismo país, resulta intuitivo caer en cierta carga de angustia cotidiana.

Esta se puede ver reforzada, en lo más cercano, por la escasez de recursos humanos médicos en Atención Primaria y las urgencias hospitalarias, que nos lleva a muchos a hacer horas extra (en forma de módulos de absorción o simplemente quedándonos más tiempo no remunerado en el centro de salud o las urgencias) y a asumir de forma recurrente la asistencia de ciudadanos que no pueden encontrar la atención que buscan de otra manera, por la demora en las citas o por una demanda que no encuentra forma de ser reorientada.

Como digo, estos son motivos más que suficientes para el desánimo, y es razonable tener que parar para coger fuerzas y apoyarnos en nuestro entorno de compañeras de trabajo y de amistades y familias, pues, al final, en el cuidado propio y mutuo es de donde surge nuestra fortaleza; pero es fundamental que ese momento de impulso sirva también para encontrar la articulación de un discurso crítico con las condiciones en que trabajamos en aras de poder mejorar nuestra labor clínica, investigadora y docente, todo ello para poder actuar en beneficio, eventualmente, de la salud de la población.

Dentro de este discurso, siempre en elaboración, encontramos que es de la máxima relevancia colocar en el centro del acto clínico al paciente enfermo y/o vulnerable y evaluar las bondades en salud del

abordaje del paciente asintomático, en la línea de lo que Minna Johansson y Julian Tudor Hart, desde diferentes enfoques, nos sugieren.

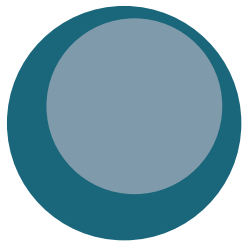
Encontramos también la necesidad de conseguir un sistema sanitario que ponga en el centro el cuidado de sus profesionales, supervisando adecuadamente si las condiciones en que trabajan ponen en riesgo su salud física y psíquica, y con un trato respetuoso hacia el profesional, el Equipo de Atención Primaria y el trabajo desarrollado también en el marco de los procesos de movilidad y oposición.

Una parte fundamental de esto pasa, a su vez, por mantener una discusión con la población general en torno a los procesos que precisan asistencia y aquellos que no se benefician de la misma, de tal manera que los autocuidados sean la norma para procesos banales y la asistencia sanitaria se centre en los procesos que se benefician de ella. Como todos sabemos, esto precisa, a su vez, que se siga avanzando en la autojustificación de la ausencia laboral en procesos de corta duración.

Estos, y muchos otros temas (conciliación, avances en diagnóstico y tratamientos, colaboración con otras especialidades y categorías profesionales, etc) centran nuestra labor en el trabajo habitual en la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, y podremos compartirlos y discutirlos en nuestra nueva sede, de próxima inauguración, y en el Congreso de semFYC en Madrid este mismo año, que está recibiendo ya inscripciones (con descuentos a inscripciones en grupo a través de nuestra sociedad).

Seguimos avanzando, siempre juntos, por una Medicina Familiar y Comunitaria de todos para todos.

COTILLAS RODERO A.
Presidente de la SoMaMFyC



GRUPOS DE TRABAJO

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

El 5 de junio de 2024, se celebró el XXXI Congreso de la SoMaMFyC, en el Ateneo de Madrid, con el lema "Citius, Altius, Fortius"

ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

Ofrecemos en este apartado las exposiciones de los grupos de trabajo de la SoMaMFyC en el XXXI Congreso de la SoMaMFyC, celebrado el día 5 de junio de 2024 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 URGENCIAS

■ Rodríguez Cerro M.¹, Prieto Herrero N.², Tentor Viñas A.¹, Armela Sánchez-Crespo E.¹.

⁽¹⁾ Médico Especialista en MFyC, Máster en Urgencias y Emergencias. SUMMA 112.

⁽²⁾ Médico Interno Residente en MFyC. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Miembros del GdT de Urgencias de SoMaMFyC.

PROCESO ASISTENCIAL CRISIS EPILÉPTICA URGENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La epilepsia es una patología de alta prevalencia que con frecuencia requiere de atención urgente. Las crisis epilépticas son una de las urgencias neurológicas más frecuentes, se estima que suponen aproximadamente el 1% de las consultas en los servicios de urgencia y ocasionan un consumo de recursos importante. A pesar de que el tiempo es determinante en la evolución y el pronóstico de los pacientes con crisis epilépticas (CE), todavía existen carencias en su atención lo que prolonga los tiempos de atención.

Este proceso asistencial se basa en un documento de consenso para el tratamiento de las CE urgentes para conseguir un manejo homogéneo de los pacientes con CE urgentes en toda la población de la Comunidad de Madrid, optimizar el diagnóstico y tratamiento precoces de las mismas. El objetivo fundamental es mejorar el pronóstico de los pacientes disminuyendo la necesidad de tratamientos agresivos e ingresos prolongados.

Previamente, definamos una serie de conceptos importantes para poder entender lo que vamos a explicar a continuación:

- Estatus epiléptico: cualquier crisis que dure más de cinco minutos o la existencia de varias crisis en las que no se recobre la consciencia.
- Existen cuatro tipos de crisis epiléptica: focal con síntomas motores, generalizado convulsivo, focal no convulsivo y generalizado convulsivo.

La mayoría de los trabajos recientes y nuestra experiencia clínica personal coinciden en la necesidad de la atención precoz y eficiente de las CE ya que la duración de las mismas se ha relacionado claramente con el pronóstico. El axioma "el tiempo es cerebro" es válido no solo para el ictus, sino también para las CE, y así se refleja en los nuevos "tiempos" que definen el estatus epiléptico (EE). Se han establecido dos tiempos:

- T1 (tiempo a partir del cual estaríamos ante un EE) de 5 minutos para el EE convulsivo, 10 minutos para el EE focal y 15 minutos para EE de ausencias.

- T2 (tiempo a partir del cual se produce daño neuronal irreversible) de 30 minutos para EE convulsivo, 60 minutos para EE focal y no definido para EE de ausencias.

Una herramienta diagnóstica muy importante en la crisis y la epilepsia, incluyendo en las crisis urgentes es el electroencefalograma (EEG). El EEG realizado en las primeras horas tras una CE puede proporcionar información clave para guiar el diagnóstico y el tratamiento. El Proceso Asistencial CE Urgente contempla el uso del EEG en los primeros minutos u horas con el fin de proporcionar a los pacientes el tratamiento más adecuado y guiar el manejo clínico:

- Sin déficit persistente: en las primeras 24 horas.
- Con déficit persistente, estatus epiléptico o crisis potencialmente graves, se recomienda la monitorización.

¿EN QUE SITUACIONES ACTIVAMOS EL CÓDIGO CRISIS?

El código crisis lo activamos en las siguientes situaciones:

- Estatus epiléptico local con afectación del nivel de consciencia o estatus epiléptico generalizado: a efectos prácticos cuando se prolonguen más de 5 minutos.
- Estatus epiléptico focal sin alteración de la consciencia en menores de 16 años.
- Sospecha de estatus epiléptico no convulsivo (bajo nivel de consciencia, confusión sin causa o estado postcrítico con afectación de nivel de consciencia superior a una hora).
- Déficit neurológico focal postcrítico de nueva aparición.
- CE en acúmulos: 2 o más crisis generalizadas tónico-clónicas o focales con afectación del nivel de consciencia en un periodo menor de 24 horas sin criterios de status epiléptico.
- Primera crisis en menores de un mes de vida.

MANEJO Y TRATAMIENTO

Si nos encontramos ante un paciente en alguna de las situaciones previamente mencionadas, lo primero sería activar el Código crisis llamando al 112 ya que nos encontramos ante una patología tiempo dependiente, con un tiempo óptimo de inicio-puerta menor de 30 minutos.

Una primera evaluación general del paciente mediante la aproximación ABCDE es una técnica útil en el paciente crítico. En este caso, el paciente con crisis epiléptica, hay que tener sobre todo presente el deterioro de la vía aérea, por tanto, es importante la protección de la misma y la posición lateral de seguridad.

En cuanto al tratamiento, si es un paciente epiléptico conocido, se debe administrar su tratamiento habitual, si se trata de una primera crisis en paciente sin antecedentes de epilepsia tenemos las siguientes opciones:

- **MIDAZOLAM** puede administrarse intravenoso o intramuscular (0.1-0.2 mg/kg), nasal u oral (5-10 mg). La dosis se puede repetir pasados unos 10 minutos.
- **DIAZEPAM** puede administrarse por vía rectal, intravenosa o intramuscular (5-10 mg, máximo 20 mg)
- **LEVETIRACETAM** usado en dispositivos avanzados. En ampollas de 500 mg, se administra en dosis de 30-60 mg/kg, dosis máxima de 4500 mg. Es de elección en pacientes con alta comorbilidad por su mejor perfil farmacológico, ausencia de interacciones y fácil administración.

En caso de un estatus convulsivo o focal con alteración del nivel de consciencia e inestabilidad hemodinámica se procede a la secuencia de intubación rápida con sedación con ketamina + midazolam o propofol.

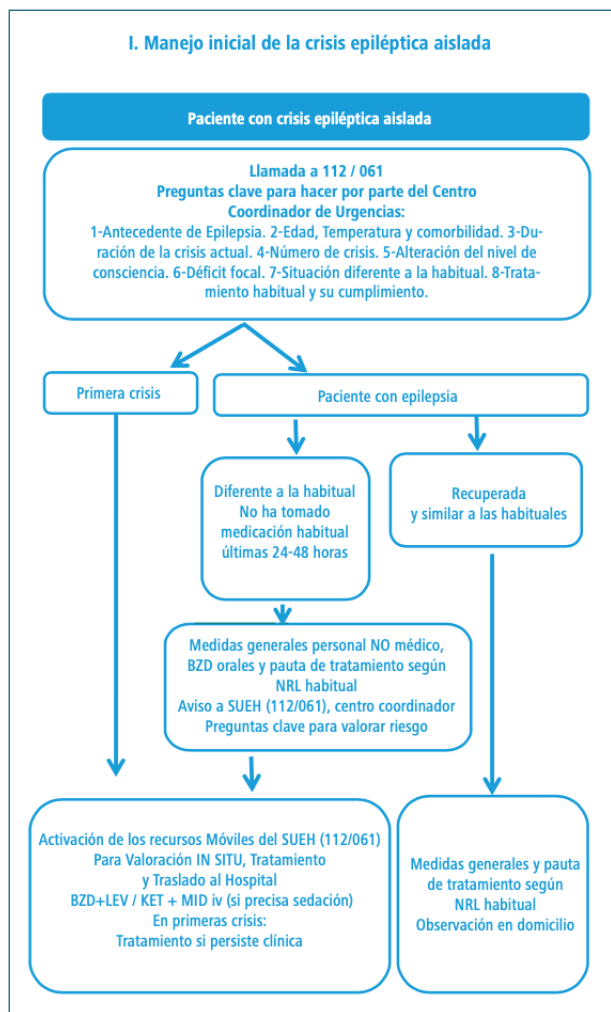
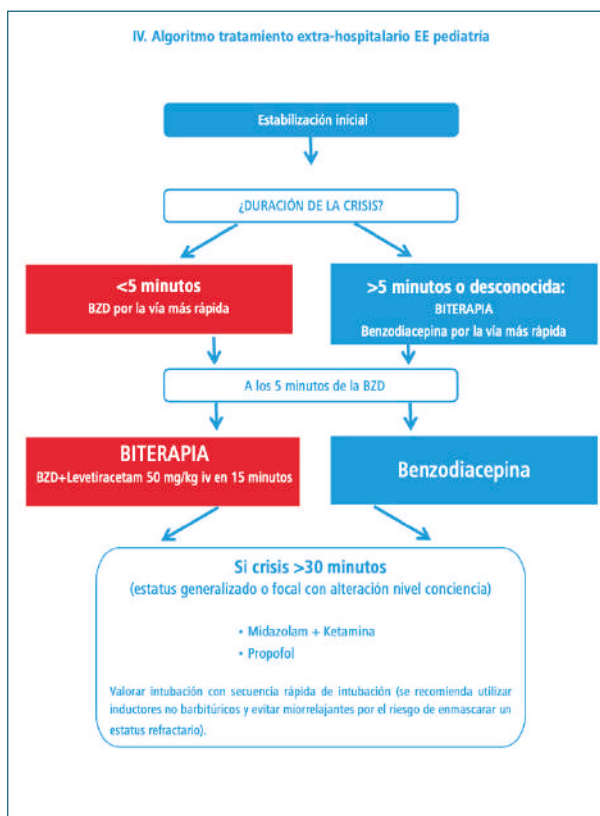
En menores de un mes de vida, dada la alta prevalencia de eventos paroxísticos no epilépticos, no se inicia tratamiento hasta que no se confirme con EEG salvo deterioro clínico (deterioro, desaturación, pausas de apnea, alteración del nivel de consciencia...).

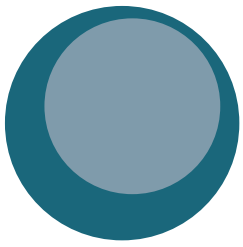
RELACIÓN DEL CÓDIGO CRISIS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

En primer lugar, nos podemos encontrar con la situación de tener que atender un paciente con una crisis en un Centro de Salud, por tanto, la atención urgente.

Segundo, en el código se expone que actualmente debido a las diferentes áreas sanitarias de Madrid existen distintos tipos o modelos asistenciales y de trabajo, por tanto, se pretende homogeneizar un único modelo para que lo facilite.

Otro pilar importante actualmente en la atención al paciente es el informe clínico, un pilar que nos permite la comunicación tanto con el paciente como con otros especialistas, ¿por qué?, porque es donde queda reflejado el diagnóstico y tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico del paciente entre otras cuestiones.

I. Manejo inicial de la crisis epiléptica aislada**III. Algoritmo tratamiento extra-hospitalario EE adultos****Tiempos****II. Activación del Código Crisis****IV. Algoritmo tratamiento extra-hospitalario EE pediatría**



INCIDENTES CRÍTICOS

1. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

■ García Echeverría M.¹, Ayala Terrados L.², Pineda Torcuato A.³, González Manjavacas C.⁴

⁽¹⁾ Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas.

⁽²⁾ Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Valle de la Oliva.

⁽³⁾ Médico Adjunto del servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

⁽⁴⁾ Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 18 años que acude a Urgencias acompañada de su madre por dolor abdominal y vómitos. Tras realizar anamnesis y exploración física, se decide solicitar analítica completa y radiografía de abdomen.

Al preguntar por posibilidad de embarazo previo a la realización de radiografía, la madre de la paciente se muestra muy disgustada y se niega a permitir realizar un test de embarazo a su hija.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Es posible transmitir al familiar/tutor que la realización de alguna prueba forma parte de un protocolo?

¿Qué se podría cambiar para evitar este tipo de situaciones?

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Aprender a comunicar a familiares o tutores que la realización de ciertas pruebas forma parte de un

protocolo a seguir, previo a realizar una prueba con radiación.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué he aprendido?

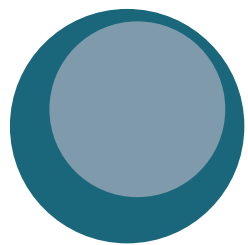
He aprendido que debo establecer mayor comunicación con el paciente y/o su familiar/tutor. Explicar bien los protocolos que tenemos en el Hospital.

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

Observar cómo afrontan dicha situación mis compañeros y aprender su manera de comunicarlo. Mejorar las habilidades comunicativas tanto con el paciente como con sus familiares.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Actualmente desde el inicio, incido en la necesidad de realizar algunas pruebas previo a la exposición a radiación, sobre todo en pacientes de una determinada edad.



INCIDENTES CRÍTICOS

2. EL TIEMPO ES ORO

■ Raquel Hernández Nieto R.¹, Millán Hernández E.², Hurtarte Arroyo S.M.³, Corella Fructuoso P.³, Guio Pertinaz R.⁴, Gallego Sánchez M.A.².

⁽¹⁾ Residente de 4 año. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

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

⁽³⁾ Residente de 2 año. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

⁽⁴⁾ Residente de 1 año. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Hace unas semanas, mientras realizaba mi jornada en el centro de salud, me encontré con una situación que me hizo reflexionar sobre la gestión del tiempo en la consulta de atención primaria. Durante la mañana, atendí a un paciente de 55 años que acudía por molestias inespecíficas en el abdomen. A lo largo de la anamnesis y exploración física, no detecté signos alarmantes, aunque el paciente expresaba gran preocupación debido a antecedentes familiares de cáncer gástrico. Tras realizar las pruebas básicas disponibles en atención primaria y descartar signos de alarma, decidí tranquilizar al paciente y recomendar seguimiento clínico en los próximos días si los síntomas persistían.

Sin embargo, al finalizar la consulta, el paciente insistió en que necesitaba una derivación urgente al especialista, ya que no confiaba en el diagnóstico preliminar y temía que se estuviera perdiendo algo grave. Esto me hizo cuestionar mi propio criterio y me planteé la posibilidad de derivarlo inmediatamente, a pesar de que clínicamente no lo consideraba necesario en ese momento.

Esta situación me llevó a replantearme la forma en la que gestiono el tiempo en la consulta, especialmente cuando la presión por parte del paciente incrementa, lo que puede influir en la calidad de la atención y en la toma de decisiones clínicas.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿En qué medida la presión de los pacientes por obtener una derivación o atención más rápida puede hacer que modifiquemos nuestra gestión del tiempo en la consulta? ¿Por qué, en algunas ocasiones, ter-

minamos derivando a pacientes, aunque la clínica no lo justifique en ese momento?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Mejorar la gestión del tiempo en consulta sin comprometer la calidad asistencial ni ceder a presiones innecesarias.
- Aprender a manejar la presión de los pacientes de manera efectiva, sin que afecte la toma de decisiones clínicas.
- Desarrollar habilidades de comunicación para transmitir seguridad en el diagnóstico y plan terapéutico al paciente.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido que la presión de los pacientes puede influir en la toma de decisiones clínicas, y que es fundamental mantener la objetividad y seguir los protocolos establecidos, incluso ante la insistencia de los pacientes por obtener derivaciones o pruebas adicionales que no se justifican clínicamente.

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

Consultar con otros compañeros y tutores sobre cómo manejar situaciones similares.

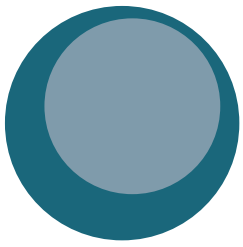
Participar en sesiones clínicas y revisar las guías de práctica clínica que refuercen los criterios de derivación y manejo en atención primaria.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Ahora, cuando un paciente muestra preocupación excesiva o presiona por una derivación, trato de emplear técnicas de comunicación más efectivas para explicar el razonamiento detrás de mi decisión, transmitiendo seguridad y empatía, pero sin comprometer mi criterio médico.

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

Me gustaría mejorar en la gestión del tiempo en consulta, aprendiendo a equilibrar la presión de los pacientes con la necesidad de brindar una atención de calidad a todos los usuarios. Para lograrlo, continuaré formándome en técnicas de comunicación y gestión del tiempo, así como asistiendo a cursos específicos sobre manejo de situaciones difíciles en la consulta.



INCIDENTES CRÍTICOS

3. ¿ESTUVO MI HIJA EN URGENCIAS ESTE FIN DE SEMANA?

■ Arredondo Alcayna J.¹, Ayala Terrados L.², Gámez Cabero M.³, Cauqui Díaz C.⁴, Muñoz Castillo M.⁵, Karim Bengelloun A.¹

⁽¹⁾ Residente MFYC de 3º año C.S Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽²⁾ Residente MFYC de 4º año C.S Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽³⁾ Médico especialista de medicina familiar y comunitaria C.S Valle de la Oliva, Majadahonda. Tutora de residentes.

⁽⁴⁾ Residente MFYC de 3º año CS Colmenarejo.

⁽⁵⁾ Residente MFYC de 3º año CS Las Américas, Parla.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Durante mi rotación por el centro de salud había una paciente con cita telefónica de 17 años para informar de los resultados de una analítica.

Dicha paciente había sido valorada la semana anterior, acompañada por su madre.

A la hora de citarla para los resultados de la analítica la paciente nos preguntó si podríamos comentar los resultados con su madre, ya que ella no sería capaz atender la llamada telefónica porque estaría en clase.

Entonces, accedemos a la historia y sale en pantalla los resultados de la analítica y que la paciente ha acudido a urgencias el fin de semana.

Llamo al teléfono indicado e inició la conversación con la madre, preguntando por cómo se encuentra su hija debido a la visita a urgencias del fin de semana.

La madre se sorprende, porque no es consciente de que haya acudido a urgencias durante el fin de semana.

Comprobamos de nuevo el informe externo, en realidad, había acudido a urgencias hace dos años, pero por error saltó en el ordenador como si hubiera acudido el fin de semana.

Posteriormente se informó del resultado de la analítica y se cerró la conversación sin incidencias.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto podemos transmitir la información a los padres de los pacientes, a pesar de contar con el consentimiento de estos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Respetar el principio de autonomía del paciente.

Esclarecer los límites con estos pacientes, para saber qué información podemos transmitir a los familiares.

MÉTODOS

- Exposición a la situación.
- Cursos de comunicación.

¿Qué has aprendido?

Ser más precavido a la hora de transmitir la información a los padres.

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

Haber pasado por esta experiencia.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

Cerciorarse de que información pueden recibir aquellos pacientes que vienen acompañados de sus padres y reflejarlo en la historia clínica.

¿Cómo aplicas el aprendizaje?

Preguntando a los pacientes.

Registrando en la historia clínica quién y qué tipo de información puede recibir.

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

Saber cómo afrontar aquellos casos complejos, que puede salir de forma espontánea informar a la familia antes que al propio paciente (por ejemplo,

si este es conflictivo o si presenta una situación clínica compleja de abordar sin la ayuda de la familia).

Para incorporarlo necesito hacer más entrevistas clínicas.

XIV | CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

**SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA**

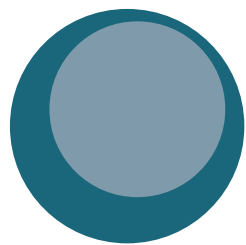


@rolake-llaga

CONGRESODELASEMFYC.COM

SOMaMFYC

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



INCIDENTES CRÍTICOS

4. MODELO DEL QUESO SUIZO GRUYERE. AGRESIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE MADRID

■ Coloma Seguí C.¹.

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO / PRESENTACIÓN DEL CASO

El 29 de julio de 2022 a las 03:00 h de la mañana en la zona de consultas de la urgencia de un hospital universitario de Madrid, acude un paciente con su hermana con una hoja de derivación del hospital de Soria que ponía valoración multidisciplinar por neurología, medicina interna y psiquiatría del paciente (volante no leído por enfermería en triaje). A pesar de que S.P.R. ha estado poniendo música durante varias horas en la sala de espera y teniendo comportamientos extraños (ante mi sospecha de posible alteración de conducta) hablo con su hermana en la sala de espera que me explica que vienen por miedo a que el paciente esté en casa; ha presentado heteroagresividad hacía sus padres y su sobrino pequeño intentando agredirlos y estrangularlos.

Ante el descontrol y patología del paciente que consulté en su historial (porfiria cutánea intermitente y esquizofrenia paranoide) me decido a ir a comentar el caso a un adjunto de zona de boxes porque considero que el paciente no es subsidiario de estar en dicha zona, por el poco control y sobrestimulación de la misma. En ese momento había 55 pacientes esperando a ser atendidos.

La adjunta de guardia me dice que realice todas las pruebas pertinentes y entrevista y posteriormente ya cuando esté todo que lo pase. A su vez, llamo a psiquiatría que me dice que descarte un brote agudo de la porfiria aguda. Pues no pueden verlo si no se descarta organicidad.

En ese momento, paso al paciente y a su hermana a la consulta. El paciente presenta dificultad en el lenguaje por problemas residuales de su enfermedad mental que hacen incomprensible la comunicación con él. En ese momento cuando empiezo la anamnesis y la hermana empieza a contar el motivo de su visita a urgencias, el paciente con un ataque de he-

tero agresividad se levanta y empieza a propiciarle puñetazos en la cabeza y en la cara y posteriormente me golpea en la cabeza y en el brazo. A la hermana le propicia tal agresión que la desplaza en el aire 3 metros tirando una cortina dura y echándola camilla abajo. No puedo pedir ayuda por la disposición de la sala, lo único que hago es gritar y acuden pacientes de la sala de espera que le empujan y le separan de nosotras. Seguridad tarda 30 minutos en acudir.

Su hermana ante tal agresión abandona la urgencia sin saberse nada más de ella. Yo me quedé sin palabras y el paciente pasa a amarillos.

EMOCIONES DESPERTADAS

Ansiedad, malestar, shock, miedo, hostilidad.

ACTUACIONES DE LOS PROFESIONALES

Dejé la puerta abierta ya que esa consulta por disposición del mobiliario no tenía salida. Gritar ayuda fue lo único que pude hacer para que entrara gente a socorrer y parar la situación. Posteriormente llamar a seguridad. E ir a hablar con los adjuntos de guardia de las otras zonas.

RESULTADO DE LA ACTUACIÓN

Durante el shock en el que me encontraba tuve el percance con una compañera residente que lo único que le importaba era saber si yo iba a seguir viendo pacientes esa noche. Sin importar como me encontraba yo. Algunos me dijeron que me fuese a casa, otros a descansar o a darme una vuelta. Me quedé y seguí pasando consulta pues no podía dormir ni desconectar del mal trago que había pasado. Posteriormente al día siguiente fui a la policía a poner la denuncia por agresión en mi puesto de trabajo.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo se actúa en momento de shock tras una agresión en tu puesto de trabajo?

¿Qué has aprendido?

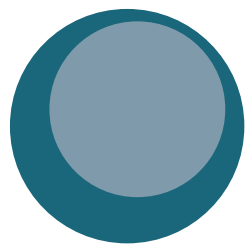
He aprendido que ante duda de paciente posiblemente psiquiátrico mejor verlo con algún compañero o llamar a seguridad. He aprendido a poner una denuncia. Acudir al colegio de médicos e informarme de los trámites legales a realizar o ir al juzgado de plaza Castilla con la citación para ver al forense.

He aprendido que la situación vivida es francamente la descripción del modelo del queso suizo, una serie de errores profesionales empezando desde el triaje que no leyó la hoja de derivación y no vio que se trataba de un paciente psiquiátrico que precisaba un box individual. Asimismo, la falta de credibilidad por parte de los adjuntos de guardia cuando les comenté la situación, siguiendo por falta de seguridad del hospital que no acudieron hasta media hora después y sumando que los pacientes entraron en la consulta a salvarme empujando al agresor. Y acabando por la falta de responsabilidad y empatía que mostró el hospital hacía mi persona.

Por tanto, todo lo necesario para que se produjese el error fatal, en este caso la agresión.

¿Qué te falta por aprender?

- Ser consciente que el jefe de hospital en ese momento tiró balones fuera y evitó contestar a la pregunta de por qué estamos sin seguridad en cada parte de la urgencia, o en su defecto que los guardias tienen que estar paseándose por las consultas externas de madrugada.
- Que no hay recursos económicos para poner más seguridad en las zonas
- Afrontar el juicio cuando llegue.
- Que, a pesar de ser médico interno residente, cierto personal sanitario no te tiene en cuenta a pesar de que les estas avisando del supuesto peligro.
- La sobrecarga asistencial hace que estas situaciones de agresividad hacían el personal sanitario sean más complicadas y por desgracia más frecuentes.
- Cuanto al desenlace al final no hubo juicio porque el paciente fue incapacitado por su familiar y por tanto a nivel penal no se podía hacer nada. Había que prorrogar la situación a un juicio civil al cual renuncié por no querer alargar la situación y querer olvidar lo más pronto posible lo sucedido.



INCIDENTES CRÍTICOS

5. ACERCA DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS PACIENTES DEMANDANTES

■ Guío Pertíñez R.¹, Corella Fructuoso P.¹, Gallego Sánchez M.A.², Hernando Nieto R.³, Millán Hernández E.², Téllez Fouz S.¹, Cruz Arnés M.⁴.

⁽¹⁾ Residente de primer año. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

⁽²⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes. Tutora de pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

⁽³⁾ Residente de cuarto año. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

⁽⁴⁾ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de residentes. Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Durante mi guardia en Urgencias hace unos meses en la zona de consultas recibí, junto a la R4 con la que estaba en la consulta, a una paciente derivada de Ginecología por lumbalgia de 1 mes de evolución sin signos ni síntomas de alarma que la paciente refería que no cedía con AINEs, paracetamol ni nolotil. La paciente había acudido a Urgencias ginecológicas, donde le descartaron cualquier cuadro de dolor perteneciente a su campo tras la realización de una ecografía vaginal. Fue derivada a Urgencias generales para descartar un cuadro de infección urinaria de vías altas. Al realizar la anamnesis, la lumbalgia impresiona de etiología mecánica y la paciente niega clínica miccional. A la exploración física la paciente presentaba una puño-percusión renal negativa y no tenía dolor abdominal. Se le realiza una analítica sanguínea donde no se muestran parámetros sugestivos de infección. Con toda esta información se le explica que la lumbalgia tiene un origen probablemente mecánico, pero cuando se va a proceder a dar el alta a la paciente, con tratamiento analgésico para su lumbalgia, se muestra altamente demandante refiriendo que está de baja por dicha lumbalgia y que exige una ecografía para ver el estado de su riñón. Le explicamos que dicha prueba dada su anamnesis, exploración física y resultados de las pruebas complementarias no está indicada, pero se muestra reticente a aceptarlo. Tras 30 minutos hablando con ella, le proponemos la realización de una tira de orina, que posteriormente salió negativa. Finalmente, la paciente acabó aceptando el alta sin estar conforme con su diagnóstico ni con su trato en Urgencias.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuáles son las posibles etiologías de lumbalgia de origen no mecánico? ¿Cuáles son las indicaciones

de ecografía en Urgencias para patología de origen renal? ¿Cómo afrontar situaciones conflictivas con pacientes demandantes?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Aprender las posibles etiologías de lumbalgia de origen no mecánico.
- Tener claras las indicaciones de ecografía en Urgencias para descartar patología renal.
- Adquirir habilidades para tratar de la manera más asertiva posibles situaciones conflictivas con pacientes evitando la confrontación.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

A través de este incidente crítico, por una parte, he repasado y aprendido el diagnóstico diferencial de la lumbalgia no mecánica y las indicaciones de ecografía en Urgencias con el objetivo de descartar etiología renal, conceptos totalmente clínicos y protocolarios. Por otra parte, he aprendido —aunque de manera teórica— ciertas herramientas que me pueden ayudar en un futuro para el manejo del paciente altamente demandante, lo cual considero útil puesto que es un perfil de paciente que cada vez está más presente en nuestro día a día.

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

Mediante una búsqueda bibliográfica en Internet he conseguido acceder a diferentes artículos que hablan del manejo del paciente conflictivo, así como al

manual de *Entrevista Clínica* de Borrell, invirtiendo alrededor de 18 horas en la lectura, recopilación de información y redacción de los puntos más relevantes de mi aprendizaje.

El uso de manuales de Urgencias, como el Muriello, también ha ayudado a la hora del aprendizaje y redacción de parte del informe, sobre todo acerca del diagnóstico diferencial de lumbalgia no mecánica y del uso de ecografía en Urgencias para descartar patología renal.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

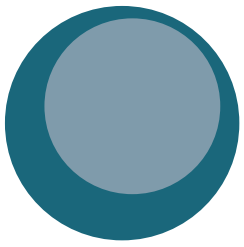
En primer lugar, repasar los posibles diagnósticos diferenciales de la lumbalgia no mecánica y las indicaciones de ecografía en la Urgencia para descartar patología renal me va a ser de ayuda en las

guardias. En segundo lugar, la gestión del paciente conflictivo considero que es un tema complicado que gracias a la búsqueda bibliográfica realizada puedo abordar desde otra perspectiva con los pacientes conflictivos que vaya atendiendo, aunque es la propia práctica y el trato con dichos pacientes lo que mejorará mi manera de gestionar cada vez mejor dichas situaciones.

¿Qué te falta por aprender?

¿Qué harás para incorporarlo?

Considero que me falta aprender a gestionar a dichos pacientes conflictivos y que con la lectura de más bibliografía acerca del tema, la propia práctica clínica e interacción con dichos pacientes, e incluso con cierta formación en Bioética, mejorará mi manera de afrontar dichas situaciones.



INCIDENTES CRÍTICOS

6. EL INSOMNIO Y LA GRAN DEMANDA SOCIAL DE LAS BENZODIAZEPINAS

■ Coloma Seguí, C.
Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO / PRESENTACIÓN DEL CASO

Durante una consulta de atención primaria acude una paciente de 73 años con hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus II la cual refiere que “no duermo desde hace 3 semanas, esta situación es horrible, quiero que me dé algo para dormir, porque no puedo seguir así”. La paciente entra a consulta de forma acelerada, verborreica y con un discurso rápido altivo y demandante. Refiere que a las 23:30 h se mete en la cama y no consigue dormirse hasta las 05:00 h, dice que da mil vueltas a lo largo de la noche, situación que le genera nerviosismo, inquietud, preocupación y que no puede seguir así. Reitera que quiere alguna pastilla (tal como el lorazepam) al igual que muchas de sus amigas.

Empezamos con la entrevista, preguntando primero que todo su estilo de vida, actividades habituales y sus funciones diarias. La paciente nos dice que en un día normal se levanta a las 10:00h de la mañana, desayuna un café con leche, hace la comida y luego se va de compras o andar mínimo hora y media, luego se para con una amiga donde vuelve a tomarse un café, recoge a los nietos y a vuelve a casa. Come y se tumba en el sofá 1 hora debido a que está cansada y por la tarde se va a tomar unas “cañas” con las amigas hasta que regresa para cenar.

Para empezar desde nuestro punto de vista detectamos que la paciente va a gran velocidad tanto hablando de su vida como a nivel no verbal. Nos interrumpe y nos dice que tiene amigas a las cuales se les facilitó la vida con este tema y se solucionaron todos sus problemas. Retomamos la anamnesis para saber qué tipo de insomnio presenta la paciente. A la vez, vemos en el ordenador que hace más de un año que no nos visita y no se realiza analíticas, entonces le decimos que primero vamos a hacerle una revisión tanto con exploración física, analítica (para descartar alteraciones tiroideas que le puedan producir síntomas que nos presenta) y una revisión de su medicación.

La paciente en este momento se empieza a poner irritable, prepotente, diciendo que si durante la pandemia nadie la atendió porque no lo necesitaba y ahora que le hace falta y solo necesita pastillas no se las facilitamos.

EMOCIONES DESPERTADAS

Inquietud, incertidumbre, sorpresa, incomodidad.

ACTUACIONES DE LOS PROFESIONALES

Primero le dijimos que hiciese el favor de sentarse y tranquilizarse que íbamos a hablar tranquilamente a ver como la podíamos ayudar a solucionar su problema. Preguntamos acerca de su patología crónica, si llevaba actualmente buena adherencia terapéutica, buen control de los factores de riesgo modificables y hábitos diarios. Le insistimos en la realización de una analítica sanguínea completa, un electrocardiograma, y completar su respectivo plan personal con exploración física completa. Después empezamos a preguntarle sobre su principal motivo de consulta que era el insomnio, si era de mantenimiento, despertares precoces, pesadillas, de conciliación, si tiene alguna preocupación ahora mismo en su vida... Preguntamos con quien vive, sobre sus hábitos tóxicos y consumos de sustancias estimulantes como café, refrescos con cafeína u otros y sobre si hace actividad física o no.

Advertimos que la toma de las benzodiazepinas tiene efectos secundarios aparte de la sedación y adicción (demencia y caídas). Dadas sus respuestas empezamos a dar pautas de insomnio higiénico-dietéticas:

- No tomar sustancias excitantes como café, té, alcohol, tabaco, etc... especialmente durante la tarde o al final del día.
- Tomar una cena ligera y esperar una o dos horas para acostarse. No irse a la cama con sensación de hambre.

- Se puede tomar un vaso de leche caliente (sin chocolate) o una infusión (sin teína) para favorecer la relajación antes de ir a dormir.
- Realizar ejercicio físico, pero evitar hacerlo a última hora del día, ya que activa el organismo.
- Evitar siestas prolongadas (no más de 20-30 minutos).
- Mantener horarios de sueño regulares, acostándose y levantándose siempre a la misma hora. Si no se consigue conciliar el sueño en unos 15 minutos salir de la cama y relajarse en otro lugar para volver a la cama.
- Cuando aparezca el sueño. Puede coger una revista y señalar todas las A que vea hasta que se canse.
- No realizar en la cama tareas que impliquen actividad mental (leer, ver tv, usar ordenador, etc.).

RESULTADO DE LA ACTUACIÓN

Una vez explicado todo nuestro plan y recomendaciones, la paciente es explorada. No obstante, respecto al insomnio dice que todo lo que le estamos diciendo son “tonterías”, que ella durante toda su vida ha hecho lo mismo que ahora y ha dormido perfectamente y qué lo que quiere es soluciones reales. Que si no le damos una pastilla en nuestra consulta irá a un consultorio privado para conseguirlas.

Obviamente, nos negamos a recetar ningún tipo de benzodiacepina, imprimimos las recomendaciones para que las lea en su casa de forma tranquila y le decimos que el próximo día que venga a realizarse el ECG la visitaremos y hablaremos de ello, que empiece con las recomendaciones que le hemos dicho. La paciente se levanta de malas formas, agresiva, dice que no tenemos razón ninguna, que las cosas no son así y que no piensa volver. Se marcha de la consulta dando un portazo.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

(que transforma el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada. ¿Qué dilemas me ha planteado esta situación?)

¿Hemos actuado bien ante la situación y cómo debemos enfrentarnos a ella? ¿Cómo actuar ante la presión y alta demanda de los pacientes?

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Desde el marco de vista teórico he aprendido el manejo y tratamiento de los diferentes tipos de insomnio desde el punto de atención primaria. Por otra parte, la gran parte de aprendizaje en este caso se sitúa en la comunicación médico-paciente y cómo actuar ante la situación bastante común de pacientes demandantes y exigentes.

Lo fácil hubiese sido recetarle una benzodiacepina de entrada para evitar conflictos y así que la paciente hubiese abandonado la consulta rápido y sin quejas, pero no obstante, a pesar de que ella no lo vea estamos haciendo lo correcto y lo mejor para su salud.

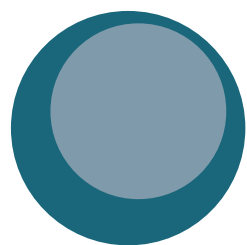
A nivel de comunicación, también he visto cómo se debe mantener la calma desde un primer momento ante momentos incómodos y cómo controlar los tiempos de la otra persona, intentando ser asertivo y empático, pero siempre trabajando a favor del beneficio de la paciente.

¿Qué te falta por aprender?

Propuestas para mejorar

Si hubiese estado sola en la consulta creo que hubiese sentido cierta inseguridad a la hora de llevar las riendas en la consulta ante una paciente demandante y hubiese cedido a la preinscripción de la benzodiacepina a mitad de la consulta. Este caso de incidente crítico me hace reflexionar para recordar que el profesional soy yo y tengo mis criterios para pautar la medicación que yo considere oportuna sin ceder a las presiones de los pacientes.

Otra cosa para mejorar sería el abordaje de pacientes demandantes en AP, como manejarlos y controlar todas las peticiones que nos hagan sobre todo no entrar en la inercia del paciente demandante y marcar nuestros propios límites.



CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS DEL PERSONAL SANITARIO DE FUENLABRADA ACERCA DE LA UTILIZACIÓN DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

■ Cerrada Cerrada E., Flores Palacio A., Pérez Calero L., Viñas Fernández G., Louise Makki H.
Médicos de Familia del Centro de Salud Francia.

RESUMEN

Las medicinas tradicionales y complementarias (MTC) son muy empleadas por la población. Pero hay pocos estudios sobre el uso y opiniones de las MTC centrados en los profesionales sanitarios (PS).

OBJETIVO

Evaluar barreras sobre el uso, conocimientos, opiniones sobre MTC por parte de PS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cuestionario anónimo administrado a PS, voluntario, con variables profesionales y sociodemográficas y preguntas sobre percepciones, conocimientos y actitudes referidas al uso de las MTC, entre enero-febrero 2021.

RESULTADOS

Respondieron 127 PS, 71.7% mujeres. Del total, 43.3% eran médicos de familia o internistas, 22% enfermeros, 13.4% pediatras y 21.3% residentes. El 70.9% de PS usa MTC y el 60.6% recomienda el uso de alguna de ellas. Los PS hacen una valoración de MTC en función de criterios objetivos y creen más efectivas las prácticas de manipulación y las técnicas de mente, aunque el 41.7% atribuye la efectividad de MTC al placebo. El 78% de los PS han preguntado a sus pacientes por el uso de MTC y el 85.8% ha sido preguntado por ellas. La formación en MTC es muy escasa, pero el 64.6% considera que deberían tener formación básica sobre ellas. Un 83,5% consideran, que con más tiempo, recompensa, formación o material de apoyo, podrían aportar mejor y mayor información a sus pacientes.

CONCLUSIONES

La mayoría de PS usan y recomiendan MTC, sobre todo, las técnicas de mente y cuerpo. Los PS demandan una evidencia científica sólida sobre MTC. Hay

que incrementar el porcentaje de preguntar por MTC a los pacientes y, mejorar la formación y conocimiento en MTC.

Palabras clave: Medicina complementaria o alternativa, medicina convencional, conocimientos, barreras, uso, formación.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, OPINIONS AND STUGGLES OF SANITARY PERSONAL OF FUENLABRADA TOWARDS THE USE OF COMPLEMENTARY THERAPY

Complementary traditional medicines (CMT) are extensively used by general population. But there are very few studies centered on the use and knowledge by sanitary professionals (SP).

OBJECTIVE

To evaluate the use, knowledge, opinions about complementary medicines by sanitary professionals.

METHODS AND MATERIAL

Anonymous questionnaires delivered to sanitary professionals, voluntarily, with professional and sociodemographic variables and questions about perception, knowledge and attitudes towards the use of CMT, between January-February 2021.

RESULTS

27 SP answered, 71.7% women. In total, 43.3% were General Practitioners or internists, 22% nurses, 13,4% pediatricians and 21,3% residents. 70.9% of SP use CTM and 60.6% recommend the use of some of them. The SP make a judgment of CTM based on objective criteria and they believe that manipulation and mental techniques are more effective, although 41.7% believe that the effectivity of CTM is placebo. 78% of SP have

asked their patients about the use of CTM and 85.8% have been asked about them. Training in CTM is very scarce, but 64.4% considers that they should have basic training of them. An 83.5% considered, that with more time, economic reward, training or additional material, they could give more and better information to their patients.

CONCLUSIONS

The majority of SP use and recommend CTM, especially mental and body techniques. SP demand a solid scientific evidence about CTM. There has to be a major percentage of questioning about CTM toward the patients and better the training and knowledge in CTM.

Key words: complementary medicine or alternative, conventional medicine, knowledge, struggles, use, formation.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “medicina tradicional” como: “La suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”. Igualmente, señala que los términos “medicina alternativa” o “medicina complementaria” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención a la salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un determinado país ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante¹.

Aunque bajo la denominación de terapias complementarias suelen englobarse un gran número de técnicas heterogéneas, sólo una parte tiene influencia directa sobre la salud, y el resto van fundamentalmente dirigidas al bienestar o confort del usuario. Para intentar clasificarlas, se ha utilizado una modificación de la clasificación en cinco áreas del National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los EE.UU²:

1. Sistemas integrales o completos (homeopatía, medicina naturista, naturopatía, medicina tradicional china, acupuntura, ayurveda).
2. Prácticas biológicas (fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas).
3. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, drenaje linfático, reflexología, shiatsu, sotai, aromaterapia).

4. Técnicas de la mente y el cuerpo (TMC) (yoga, meditación, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y otras).
5. Técnicas sobre la base de la energía (Qi-Gong o Chi-kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos).

La OMS en su informe “Estrategia sobre Medicina Tradicional 2014-2023”¹, afirma que la medicina tradicional y complementaria (MTC) constituye una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención sanitaria.

El número de usuarios de MTC es mayor en África (hasta un 80%), Asia (China 40%), Australia y América del Norte. Según el estudio de la OMS, más de 100 millones de europeos utilizan actualmente MTC; una quinta parte de ellos recurre regularmente a MTC y una proporción similar prefiere la atención sanitaria que incluya la MTC (74% en Suiza, 40% en Bélgica, 76% en Japón y en España el 23.6%)¹.

Según varios estudios realizados a pacientes^{3,4}, el interés en la MTC se debe a la posible falta de respuesta al tratamiento convencional, lo cual deriva en la búsqueda de un sistema alternativo con una visión sobre el concepto de salud-enfermedad diferente. Esto se une a que los pacientes refieren experiencias personales o familiares exitosas con este tipo de medicina, sienten curiosidad ante la respuesta manifestada por otros pacientes o evidenciada por ellos mismos o se encuentran disconformes con las terapias propuestas por la medicina tradicional.

Todo ello llevó al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a elaborar en el año 2011, el primer documento de análisis de situación de las terapias naturales⁵. El documento señala que “todavía es muy escaso el número de estudios publicados de suficiente calidad que proporcionen alto grado de evidencia sobre su efectividad en situaciones clínicas concretas, sin embargo, esta ausencia de demostración de su eficacia no debe ser considerada siempre, como sinónimo de ineficacia”.

Con todo ello, hay algunas terapias MTC en las que se ha trabajado en la búsqueda de evidencia científica (homeopatía, acupuntura), con resultados cuando menos, contradictorios⁵, que no obstante, cuentan con un alto grado de satisfacción manifestado por sus usuarios (un 59,8% cree en la utilidad terapéutica de la acupuntura y un 52,7% considera que los productos homeopáticos son efectivos⁶).

Sin embargo, solo una pequeña parte de los pacientes son preguntados por su médico acerca del uso de las MTC, lo que dificulta la identificación de su utilización y, en consecuencia, limita la detección y prevención de potenciales efectos secundarios o interacciones con

fármacos convencionales⁷. Esto hace que nuestros pacientes obtengan información sobre las MTC por diferentes medios (internet, familiares, amigos, personal no sanitario, radio, televisión)⁸, sin contar con el personal sanitario y sin que nosotros seamos conscientes de ello.

Además, el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios (PS) sobre ellas es frecuentemente escaso y un número importante de ellos, cuestionan la práctica de la MTC dado que no perciben la eficacia en el manejo de los pacientes, manifiestan desconocimiento y las consideran nocivas o las subvaloran, argumentando que la medicina convencional (MC) no necesita ser complementada por otras, dando poca importancia a los fundamentos teóricos y epistemológicos que constituyen la base doctrinaria de los sistemas médicos alternativos en el proceso salud-enfermedad⁹.

A pesar de ello, la aceptación de las MTC por los médicos occidentales va en aumento⁹⁻¹², lo cual, obliga a tener una actitud ética con los pacientes, que permita dialogar con ellos sobre el empleo de MTC, los motivos que les llevaron a su uso, los potenciales riesgos y beneficios de su empleo y el seguimiento, desde el respeto y la adecuada comunicación médico-paciente, que debe estar siempre presente en estos casos^{13,14}.

En resumen, los pacientes usan MTC con o sin nuestro conocimiento, con altos porcentajes de satisfacción, por lo que hay que conocerlas, ver sus posibles beneficios, prevenir las interacciones y efectos secundarios de su uso y realizar una actitud proactiva con respecto a ello. Además, existen estudios parciales sobre la prevalencia de utilización en la población general y en otros, se han valorado las diferentes formas de abordaje de las MTC solo en algún grupo de PS (enfermeras, estudiantes o médicos). Por ello, dado que existen pocos estudios globales en PS que hayan evaluado, los conocimientos, opiniones y barreras sobre las MTC para preguntar sobre su uso o aplicar, desaconsejar o recomendar estas técnicas a los pacientes, nuestro objetivo es intentar dar respuestas a estas cuestiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en los 7 Centros de Salud (CS) de Fuenlabrada, donde trabajan unos 250 PS en Atención Primaria (AP) (médicos de familia, pediatras, enfermeros, MIR/EIR) y en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, donde los PS preseleccionados para este estudio, lo conforman unos 60 participantes (médicos de los servicios de pediatría, medicina interna o urgencias).

Se realizó un muestreo por conveniencia, donde a los PS se les pedía su participación, explicándoles brevemente en qué consistía el estudio y se les fa-

cilitaba en mano un cuestionario anónimo y voluntario, con ítems configurados a partir de estudios previos^{9,11,12,15-18} (Anexo 1), conformado por un apartado de variables profesionales y sociodemográficas y una serie de preguntas sobre percepciones, conocimientos y actitudes referidas al uso de las MTC en la práctica clínica. El cuestionario se entregó a los participantes entre los meses de enero y febrero del 2021, en los diferentes CS y en el Hospital de Fuenlabrada, dando por concluido el reclutamiento en el mes de marzo.

Las variables principales medidas fueron la edad, sexo, puesto que desempeñan y tiempo de experiencia laboral y el uso personal de cada MTC, de motivación, de formación sobre MTC, creencias sobre la efectividad de estas terapias, de barreras a la hora de conocer o recomendar el empleo de MTC, evidencia sobre su seguridad, de actitud a la hora de preguntar o ser preguntado sobre MTC y la predisposición al cambio con respecto a las MTC.

Para describir las características basales de la muestra se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, para las variables cuantitativas y, las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS para Windows, versión 26.

RESULTADOS

Respondieron 127 PS, de los cuales 71.7% eran mujeres. Del total de encuestados un 43.3% eran médicos, un 22% enfermeros, un 13.4% pediatras y un 21.3% residentes. Las principales características de los PS se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los profesionales sanitarios que participaron en el estudio (n = 127)

Sexo	91 mujeres (71.7%) 36 varones (28.3%)
Edad media	41 años (Media 40,66, Desviación típica 11,608)
Media años trabajados	15.94 (Media 15,94, Desviación típica 11,624)
Puesto de trabajo	Médico MFyC 40 Pediatra AP 6 Enfermeros 28 Médico MI 5 Médico SU 10 Pediatra hospitalario 11 MIR MFyC 21 EIR MFyC 1 MIR pediatría 3 MIR MI 2

MFyC: Medicina familiar y comunitaria; MI: medicina interna; SU: servicio de urgencias; MIR: médico interno residente; EIR: enfermero interno residente. (Elaboración propia).

El 70.9% (IC 95%, 62.1-78.5) de los PS usa personalmente MTC. En la figura 1 se especifican los porcentajes de cada una de ellas, y los motivos por los cuales acudieron a las MTC, se muestran en la figura 2. Cuando se preguntaba a los PS sobre cual creían que era el porcentaje real de uso dentro del colectivo sanitario, de los 108 participantes que respondieron a esta cuestión, solo pensaban que las utilizaba un 20,2%. En cuanto al sexo, ámbito y estamento, no existen diferencias en el uso de MTC por parte de los PS (figura 3).

Cuando se les preguntó a los PS, cómo conocieron las MTC, el 46,5% las conoció a través de internet u otros medios de información, el 21,3% a través de amigos o familiares y solo el 23,1% a través de otro PS y un 8.7% por otros medios.

Al preguntar a los PS sobre cual creían que era el porcentaje real de uso en sus pacientes, de los 113 participantes que respondieron a esta cuestión, solo pensaban que las utilizaba un escaso 26,6%. Y estos mismos PS consideraban que los principales motivos

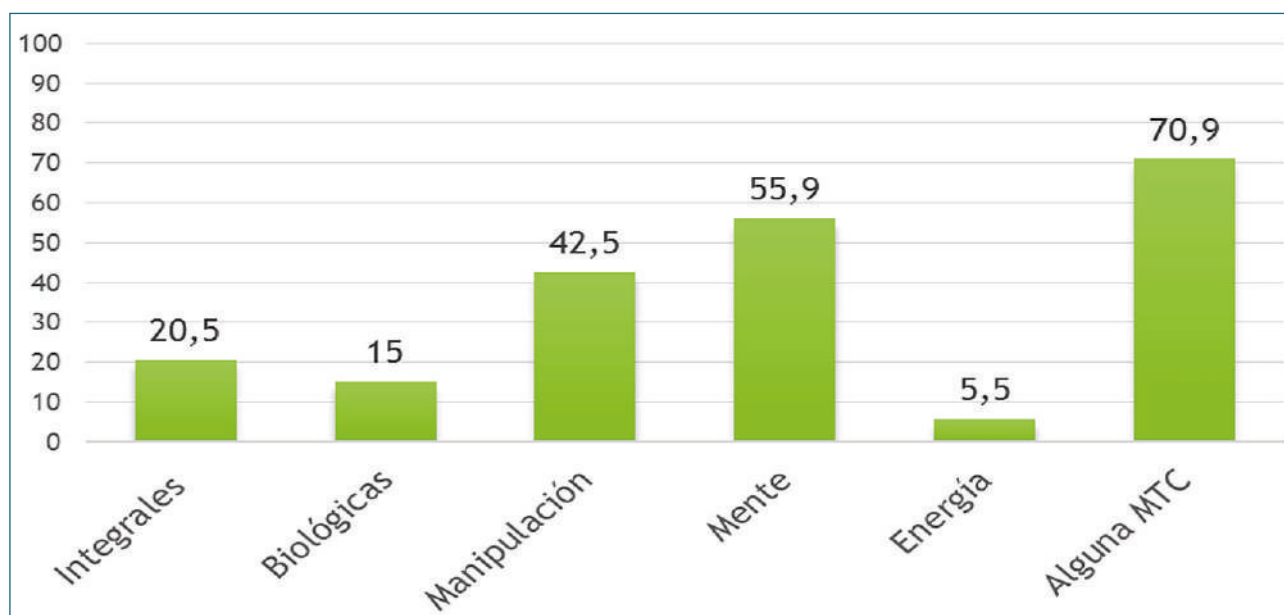


Figura 1. Uso personal de MTC por profesionales sanitarios. (Elaboración propia)

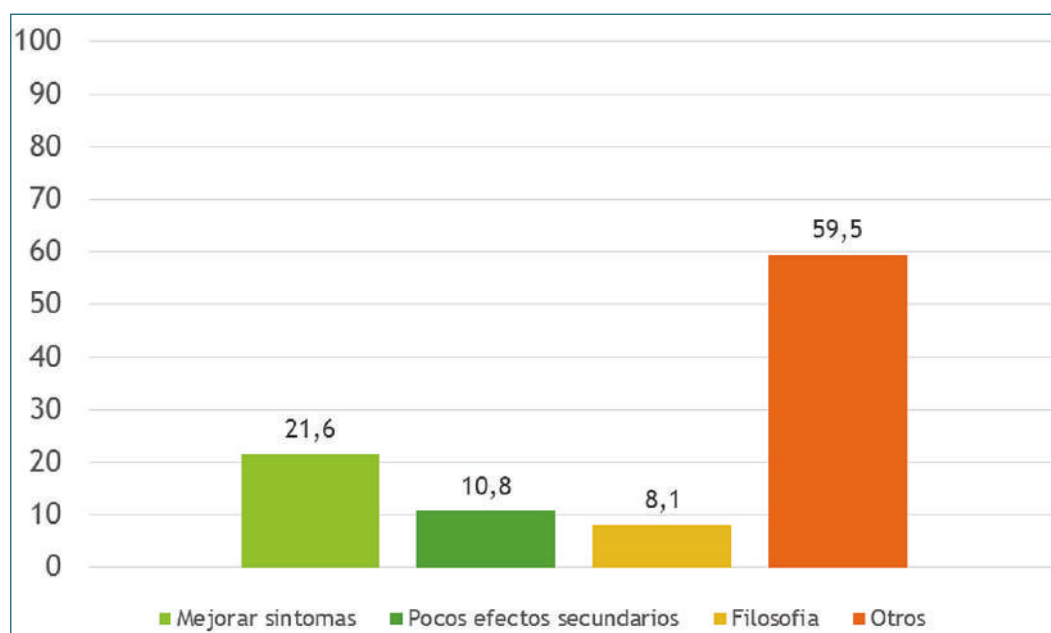


Figura 2. Motivación de uso de MTC (Otros: evitar tratamiento con fármacos, como práctica de hábito saludable, probar terapias para después recomendarlas, como complemento) (Elaboración propia)

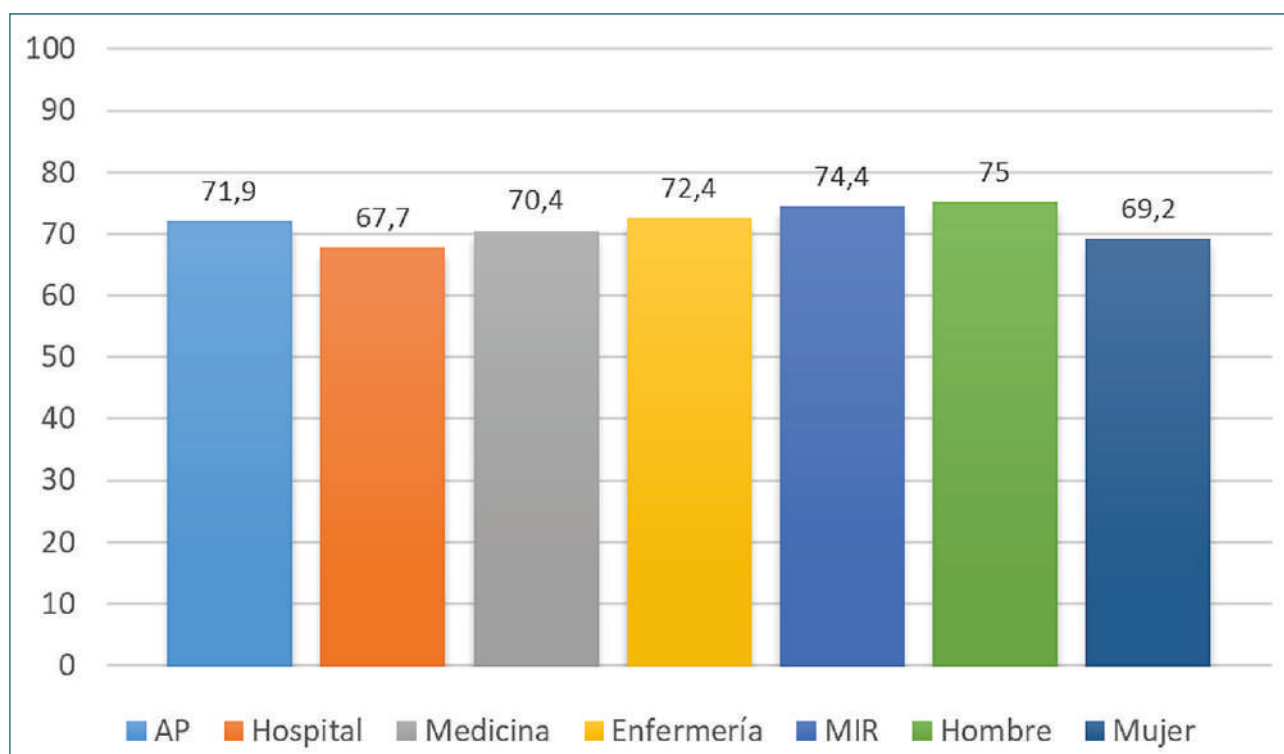


Figura 3. Uso MTC por PS, según ámbito, estamento, sexo (Elaboración propia)

por los que los pacientes las emplean son en el 59,1% por recomendación familiar, un 15,7% la conocían por internet o prensa, a través de herbolario o farmacia en 21,3% y solo un 2,4% a través de otros PS.

A pesar de que solo un 1.6% (IC 95%, 0.2-5.6) consideran que las MTC no son eficaces y un 2.4% (IC 95%, 0.5-6.7), que se debe a mecanismos de acción similar a los de la MC, un 41.7% (IC 95%, 33-50.1) atribuye la efectividad de estas terapias a mecanismos de acción diferentes a los de la MC, aunque la mayoría (54.3%, con IC 95%, 45.3-63.2), lo asocia al efecto placebo.

Las terapias que los PS consideran más efectivas son las técnicas de mente y cuerpo con un 86.6% (IC 95%, 79.4-92) y las prácticas de manipulación con un 71.7% (IC 95%, 63-79.3). Mientras que los sistemas integrales, prácticas biológicas y técnicas sobre la base de la energía son consideradas, como no efectivas (63.8% con un IC 95%, 54.8-72.1, 78% con un IC 95%, 69.7-84.8 y 98.4% con un IC 95%, 94.4-99.8, respectivamente).

Cuando un paciente consulta por alguna MTC, un 18.1% (IC 95%, 11.8-25.9), de los PS da una visión positiva de este tipo de prácticas, frente al 10.2% (IC 95%, 5.6-16.9), que da una visión negativa, pero el 50,4%, (IC 95%, 41,4-59,4) hace una valoración de la MTC en función de criterios objetivos, y solo un 21.3% (IC 95%, 14.5-29.4) se centra en la práctica clínica convencional y no entra a valorarlo.

El 60.6% (IC 95%, 51.7-69.1) de los encuestados recomienda el uso de alguna MTC. El porcentaje de cada una de ellas se refleja en la figura 4. Para recomendarlas, los participantes consideran requisitos indispensables, que exista suficiente evidencia científica sobre la terapia en cuestión (63.5%, IC 95%, 54.5-71.9) o que esté demostrada su seguridad (69.8%, IC 95%, 61-77.7). Mientras que la experiencia positiva en el uso de MTC (68.3%, IC 95%, 59.4-76.3), el fracaso de la MC (76.2%, IC 95%, 67.8-83.3), el uso complementario a la MC (80.2%, IC 95%, 72.1-86.7) y las garantías sobre los PS que la practican (81%, IC 95%, 73-86.4) se consideran en su mayoría requisitos valorables.

Si se cumplieran estos requisitos, un 80.6% (IC 95%, 72.6-87.2) recomendaría MTC como complemento de la MC, un 13.7% (IC 95%, 8.2-21) las recomendaría tras el fracaso de la MC y un 1.6% (IC 95%, 0.2-5.7) como primera medida terapéutica. Un 4% (IC 95%, 1.3-9.2) no recomendaría MTC en ningún caso.

En cuanto al sexo, ámbito y estamento, hay un menor consejo en los PS hospitalarios y en los MIR a la hora de recomendar MTC a los pacientes (figura 5).

Con respecto a si se pregunta, o los pacientes preguntan sobre las MTC, el 78% de los PS han preguntado a sus pacientes por el uso de MTC y el 85.8% ha sido preguntado por algún paciente, aunque hay una amplia horquilla que oscila desde la última semana, hasta el último año (figuras 6,7).

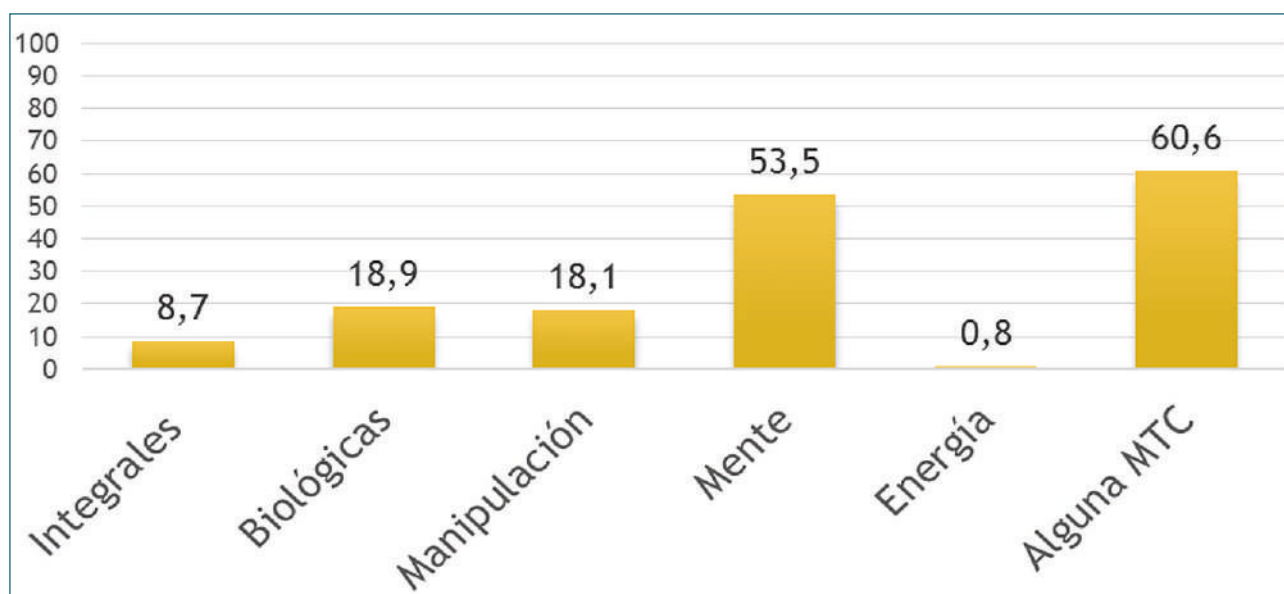


Figura 4. Recomendación de MTC por los PS. MTC: Medicina Tradicional Complementaria; PS: profesionales sanitarios. (Elaboración propia)

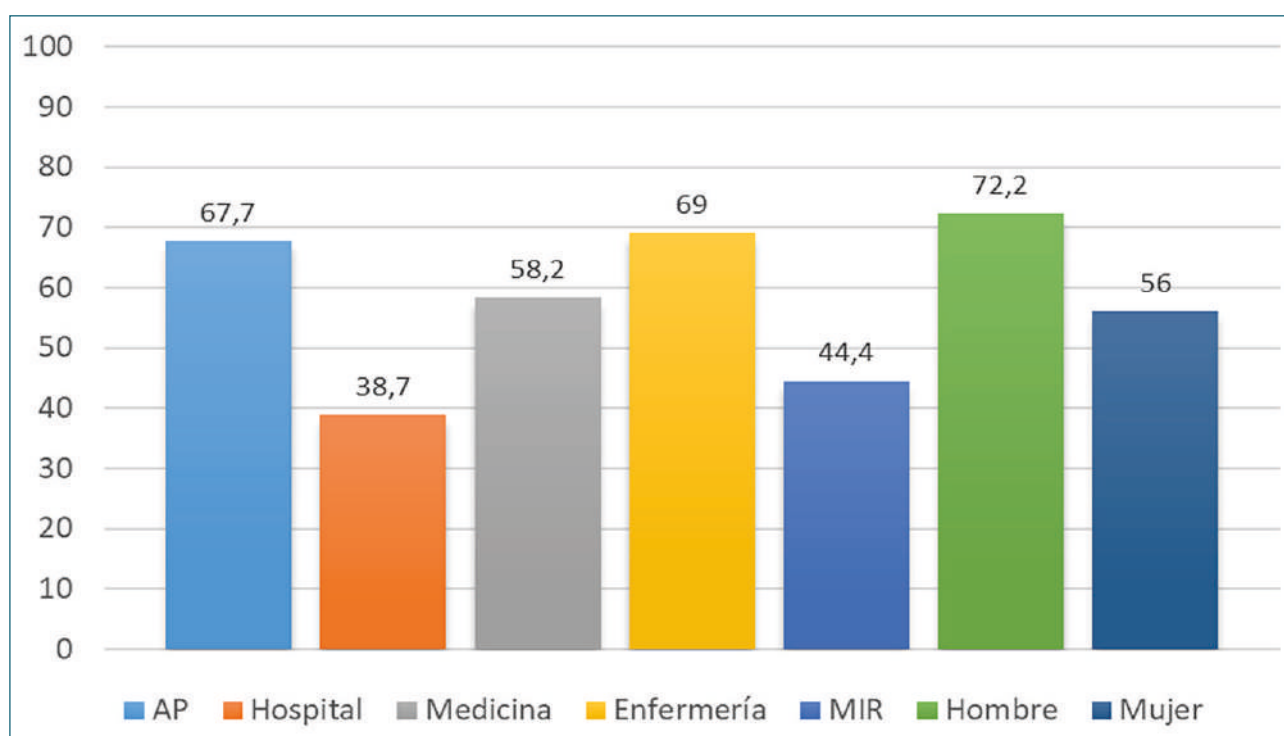


Figura 5. Recomendación a los pacientes de MTC por PS, según ámbito, estamento, sexo. (Elaboración propia)

Con relación a la formación, aunque en este trabajo se evidencia una formación en MTC muy escasa (figura 8), el 64,6% (IC 95%, 55,6-72,8) de los PS considera que deberían tener formación básica sobre MTC. Y un 83,5% de los PS consideran, que, si dispusieran de más tiempo, más recompensa, más formación o más material de apoyo, podrían ser capaces de apor-

tar más y mejor información, en base a la evidencia científica sobre las MTC.

Sobre si se debiera incluir las MTC en el Sistema Público de Salud (SNS), la mayoría (52,8%), cree que no, un 20,5% que sí y un 26,8% no lo tiene claro.

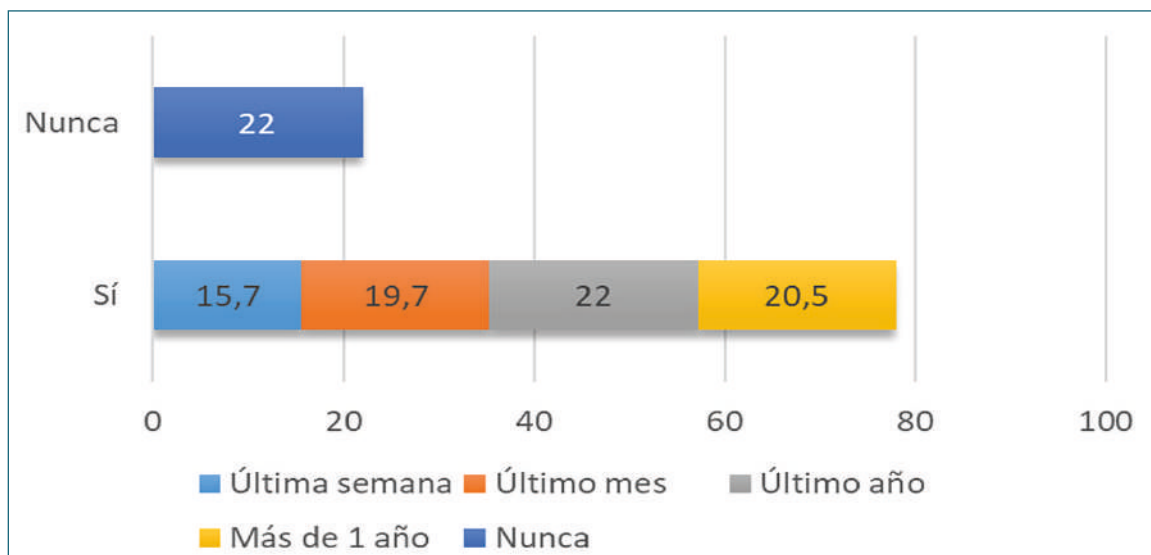


Figura 6. Pregunta de profesionales sanitarios a pacientes. (Elaboración propia)

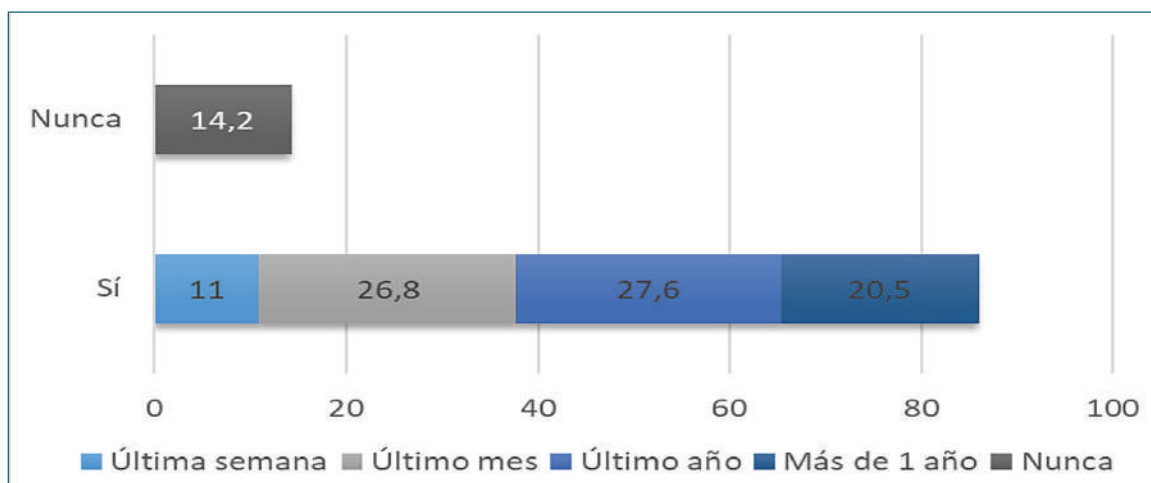


Figura 7. Pregunta de pacientes a profesionales sanitarios. (Elaboración propia)

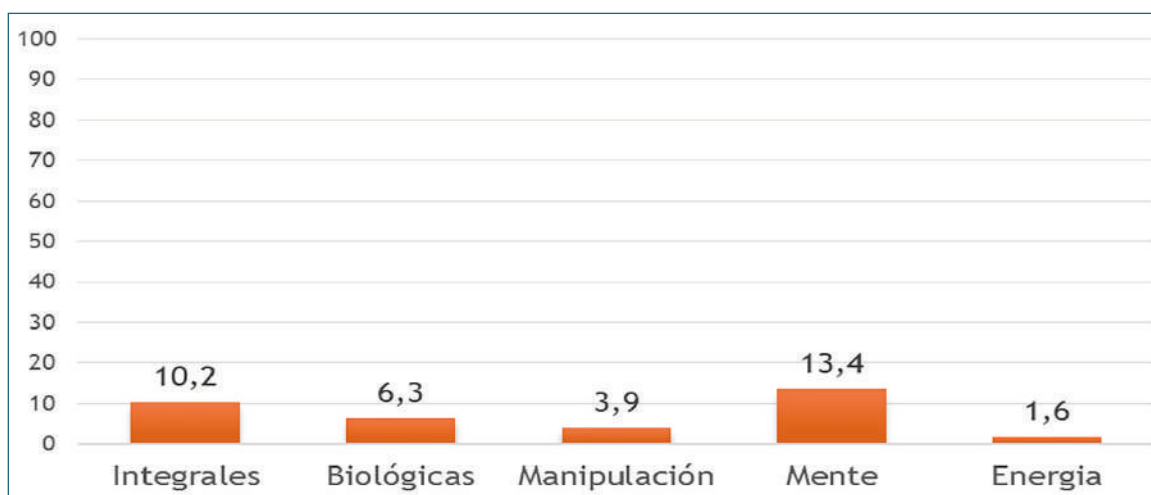


Figura 8. Formación de los profesionales sanitarios en MTC. (Elaboración propia)

DISCUSIÓN

A pesar del condicionante de la pandemia de la COVID 19, que ha dificultado el desplazamiento de los investigadores a los diferentes CS para contactar directamente con todos los PS y explicar más a fondo el estudio, se han podido recoger 127 encuestas, de todos los estamentos (en otros estudios realizados sin este condicionante, contestaron entre 143-280 participantes, pero solo se centraban en un determinado grupo de PS, bien estudiantes, bien médicos o pediatras o enfermeros, o incluso en la población general^{10-12,15,18}). Por otro lado, entendiendo que, en nuestro caso, las diferencias entre los distintos PS no se han podido estudiar adecuadamente por la insuficiente muestra conseguida, creemos que se precisarían más estudios para profundizar en estas cuestiones.

Comparando con otros estudios, donde se alcanzaban porcentajes entre el 25-55%^{10,19}, llama la atención que un 70,9% de los PS usaban MTC. Lo cual, muestra la gran variabilidad que existe en los resultados, debido probablemente a la realización de una selección previa de participantes, centrada en determinados estamentos de PS y a las variables empleadas en su configuración.

Llama la atención que la mayoría de los PS conoció las MTC a través de internet u otros medios de información, y solo un 20% a través de amigos o familiares, a diferencia de otros trabajos, donde el 75%, tanto de pacientes como de PS conocieron MTC a través de conocidos¹⁰. Y aunque los PS las emplean mayoritariamente, creen que el resto de sus compañeros y también de los pacientes, lo emplean en un escaso 20-26%. Lo cual debe hacer reflexionar del porqué de estas discrepancias de creencia y uso real, donde el ocultamiento del uso habitual de MTC por parte de los PS o, la auto prescripción, podrían ser una posible explicación de ello.

Con respecto a qué tipo de MTC se emplea, en algunos predominan los sistemas integrales y biológicos^{5,11,17,20}, mientras que en nuestro trabajo los PS utilizan más prácticas de manipulación y TMC. Esta diferencia podría ser debida, primero al descredito que en los últimos años se ha dado a alguna MTC, pero también podría estar influenciado por la irrupción de la pandemia de covid 19, que ha propiciado el auge de las TMC, motivado por el efecto del desgaste profesional y, por supuesto, al contrapeso logrado con estas técnicas, al conseguir beneficios afectivos y emocionales, como el aumento de la comprensión y aceptación hacia uno mismo, proporcionando paz, energía, tranquilidad, equilibrio y relajación y aportando un cambio en el estilo de vida. Además, hay que recordar que la OMS calcula que estas terapias moverán unos 6000 millones de euros en 2030²¹.

Está confirmado que los pacientes acceden a la información médica muchas veces a través de canales no del todo fiables y que sienten un alto grado de satisfacción, con un bajo nivel de riesgo en su uso, que no excluye los posibles riesgos y eventos adversos^{5,15,22-24}. Al mismo tiempo es necesario entender que los pacientes utilizan las MTC porque posiblemente estos tipos de terapias contentan a la parte más mágica de nuestro razonamiento²⁵. Todo esto obliga a cualquier PS a una aproximación cautelosa hacia estas terapias y, por supuesto, a obtener el mayor conocimiento posible de las mismas.

Además, existe una variabilidad en la aproximación a las diferentes formas de tratamiento, dependiendo de los lugares de origen, tanto de los pacientes, como de los médicos⁹. Es decir que, dentro de nuestra sociedad, existen diferentes realidades socioeconómicas y culturales que forman parte de la multiculturalidad de nuestro entorno, con diferentes formas de acercarse a la enfermedad y a sus remedios, pudiendo condicionar por tanto, nuestra asistencia médica diaria. Esto hace que sea importante acercarnos a nuestros pacientes teniendo en cuenta sus orígenes, cultura y creencias, desde el compromiso y la ética que debe primar toda la relación con el paciente y su enfermedad^{13,14}.

Como en otros estudios, la mitad de nuestros PS se decantan por tener una visión basada en criterios objetivos, ligados a la formación y el conocimiento de las MTC^{1,19,26}, lo que parece no estar en contra de que también crean mayoritariamente (54,3%) que su eficacia se debe al efecto placebo, en sintonía con otros trabajos^{10,15}.

Como en otros estudios²², la mayoría de PS pregunta habitualmente a sus pacientes, aunque también hay un 22% de PS que nunca les pregunta sobre el empleo de las MTC. Con respecto al porcentaje de pacientes que preguntan al PS por MTC, recordar que en otras culturas, los PS utilizan predominantemente la MC (67%), y que esta, convive con la MTC, sin ningún problema²², por lo que están acostumbrados a comentar sin trabas, las diferentes terapias que pueden tener a su disposición. Por lo que debemos tener siempre en mente estas otras formas de entender la salud-enfermedad y la consiguiente elección que realizan nuestros pacientes, de otras terapias para abordar su cuidado. En definitiva, los individuos quieren ser cada vez más protagonistas de las opciones terapéuticas a su disposición y prefieren elegir por ellos, aunque se equivoquen. Por ello, nuestra función debe ser cada vez menos paternalista y más orientadora y recordando que con una simple pregunta, se puede identificar todo el arsenal terapéutico que utilizan nuestros pacientes, es obligado mejorar en esta proactividad²⁷.

En relación a la formación, ya Gaylord en 2007 aconsejaba la necesidad de programas de educación cu-

ricular reglada en MTC, por la alta prevalencia de uso de estas terapias, para prevenir los posibles efectos secundarios, porque son una competencia más para adquirir, por la necesaria comunicación médico-paciente, por la mayor capacitación de los PS y la mayor y mejor calidad de los cuidados prestados y por la mejora en las competencias culturales²⁸. Pero de inicio, debemos tener en cuenta que en nuestro país no se dispone de información fidedigna sobre el número concreto de PS o personas sin titulación oficial en ciencias de la salud dedicados a MTC^{5,10}. Y aunque algunos calculaban que podía haber unos 7500 médicos dedicados a la homeopatía y unos 50000 no sanitarios que realizaban MTC²⁴, no hay ninguna regulación por la cual un PS deba acreditar competencia en este campo, ni se le exige ningún control de calidad, ni regulación en cuanto a la forma de aplicación de estas terapéuticas. Es obvio y sobre todo necesario, que en los próximos años se regule la práctica de estos tipos de terapias^{24,25}.

Como en otros trabajos, a pesar de tener una formación en MTC escasa, la mayoría de PS cree que debería formar parte de su formación curricular, pre y postgrado^{10,15,29,30}. Aunque en los diferentes países, a la hora de proporcionar formación sobre MTC, existe mucha variación en su grado de oficialidad, yendo desde los estudios postgrado (Italia) o escuelas privadas (Canadá, Suecia) a formación universitaria (Alemania, India)^{1,5}. Por eso, algunos recomiendan profundizar en el diseño de estudios sobre cualquier intervención terapéutica que considere los contextos sociales, culturales, políticos y económicos para optimizar la contribución de las MTC y la MC a la atención de la salud y fijar directrices de política sanitaria^{20,25,31}, priorizando una actitud proactiva en la formación, aproximación y creación de guías clínicas que ayuden a tomar decisiones clínicas adecuadas, que permitan realizar una anamnesis a todos los pacientes, donde se pregunte siempre por estas terapias, incluyendo dicha información, en su historial clínico.

Sobre si se debería incluir las MTC en el SNS, aunque la mayoría (52,8%), cree que no, probablemente por la falta de legislación y toma de posición de nuestro país²⁰, en otros trabajos realizados con personal de enfermería, la mayoría de ellos están a favor de incorporarlas en la cartera de servicios del SNS²⁶, como también lo estarían los pacientes encuestados¹⁰. En otros países el posicionamiento con respecto a este tema es variado⁵.

Los participantes de nuestro estudio tienen una alta predisposición al cambio, puesto que el 83,5% con-

sideran, que, si dispusieran de más tiempo, más recompensa, más formación o más material de apoyo, deberían ser capaces de aportar mayor información en base a la evidencia científica sobre las MTC²⁶.

CONCLUSIONES

Las MTC se utilizan, tanto por PS, como por pacientes, siendo las más recomendadas las técnicas de mente y cuerpo. Los PS demandan una evidencia científica sólida y estudios sobre su seguridad, aunque más de la mitad, atribuyan su eficacia al efecto placebo.

Habitualmente se pregunta y hasta un 85% es preguntado normalmente por sus pacientes sobre MTC. El grado de formación y conocimiento en MTC es escaso en los PS a pesar de ser conscientes que necesitan que forme parte de su currículo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los investigadores refieren no tener ningún conflicto de interés.

ANEXO 1. CUESTIONARIO

- Sexo:
- Edad:
- Puesto que desempeña:
 - ☐ Médico de Familia de Centro de Salud
 - ☐ Pediatra de Centro de Salud
 - ☐ Enfermero/a de Centro de Salud
 - ☐ Médico de Medicina Interna
 - ☐ Médico de Urgencias
 - ☐ Pediatra de Hospital
 - ☐ MIR MFyC
 - ☐ EIR EFyC
 - ☐ MIR pediatría
 - ☐ MIR MI

- Tiempo de experiencia laboral en años (incluyendo el periodo de formación postgrado):

1. Acerca de la MTC (puedes marcar múltiples casillas):

	Terapia	No he oído hablar	He oído hablar	Lo he usado personalmente	Lo he recomendado a los pacientes	Me he formado en ello
1	Homeopatía					
2	Acupuntura					
3	Terapias de relajación (Yoga, taichí, pilates, risoterapia)					
4	Quiromasaje					
5	Reflexología podal					
6	Flores de Bach					
7	Ayurveda (medicina tradicional hindú)					
8	Fitoterapia o herbodietética (tratamiento con plantas)					
9	Terapias de meditación (oración o meditación)					
10	Terapia con artes (teatro, música, danza)					
11	Hipnosis o regresión					
12	Osteopatía					
13	Técnica de masaje (metamórfico, energético, drenaje linfático, kinesiología)					
14	Aromaterapia					
15	Dietas para adelgazar o engordar con productos naturistas					
16	Terapias energéticas (reiki, shiatsu)					
17	Sanaciones espirituales (curanderos, chamanes, gurús)					
18	Otras terapias (escribe a continuación)					

2. ¿Cómo conociste estas terapias? (puedes responder más de una opción)

- ☐ Me las recomendó un médico
- ☐ Me las recomendó una enfermera o fisioterapeuta
- ☐ Me las recomendó un amigo, conocido o familiar
- ☐ Recibí información en la farmacia
- ☐ Recibí información en el herbolario
- ☐ Las conocí por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas)
- ☐ Otras

3. CONTESTAR SOLO en el caso de utilizar alguna MTC, ¿Por qué acudiste a MTC? (puedes responder más de una opción)

- ☐ La medicina convencional no mejoraba mis síntomas
- ☐ Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales
- ☐ Las medicinas complementarias se ajustan más a mi filosofía de vida
- ☐ Otras razones (escribelas, por favor):

4. A continuación, te presentamos una relación de distintas técnicas de MTC. Señala para cada una, tu percepción sobre la efectividad como tratamiento para las afecciones y problemas de salud más frecuentemente empleadas.

	Terapia	Nada efectiva	Poco efectiva	Bastante efectiva	Muy efectiva
1	Homeopatía				
2	Acupuntura				
3	Técnicas de relajación				
4	Quiromasaje				
5	Reflexología podal				
6	Flores de Bach				
7	Ayurveda				
8	Fitoterapia				
9	Terapias de meditación				
10	Terapias con artes				
11	Hipnosis				
12	Osteopatía				
13	Técnicas de masaje				
14	Aromaterapia				
15	Dieta con productos naturistas				
16	Terapias energéticas				
17	Sanaciones espirituales				

5. En tu opinión, los efectos de la MTC son atribuibles, en la mayoría de las ocasiones, únicamente al efecto placebo.

- ☐ Sí.
- ☐ No.
- ☐ No lo sé.

6. ¿Qué porcentaje de profesionales sanitarios crees que utiliza MTC?

7. ¿Piensas que los profesionales sanitarios deberían estar formados en MTC con el objetivo de conocerlas y/o recomendarlas?

- ☐ Sí.
- ☐ No.
- ☐ No lo sé.

8. ¿Crees que si se dispusiera de más tiempo, más recompensa, más formación o más material de apoyo, los profesionales sanitarios deberían ser capaces de aportar información en base a la evidencia científica sobre las MTC?

- ☐ Si
- ☐ No.
- ☐ No lo sé.

9. ¿Crees que se debería incluir las MTC en el Sistema Público de Salud?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No lo sé

10. En cuál de los siguientes casos crees que podrías utilizar en ti, las MTC:

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
Habiendo recibido cursos de formación en MTC					
Siempre que haya evidencia científica disponible que avale la eficacia de las MTC					
Únicamente tras el fracaso del tratamiento médico convencional					
Hacer autoprescripción					

- 11.** SOLO SI HAS UTILIZADO ALGUNA MTC (*excluyente con la 12*). Como te has sentido tras emplearla:
- ☐ Muy satisfecho
 - ☐ Satisfecho
 - ☐ Indiferente
 - ☐ Insatisfecho
 - ☐ Muy insatisfecho
- 12.** SOLO **SI NO** HAS UTILIZADO ALGUNA MTC (*excluyente con la 11*). ¿Por qué motivo?
- ☐ Tengo buena salud
 - ☐ No creo en su eficacia para curar
 - ☐ No son seguras
 - ☐ No las conozco
 - ☐ Son caras
- 13.** Si utilizaras alguna MTC. ¿Cuál sería? (si no contestas, entendemos que no la utilizarías):
- 14.** ¿Qué porcentaje de tus pacientes, crees que utiliza MTC?
- 15.** ¿Por qué razones crees que los pacientes utilizan estas terapias? (puedes responder más de una opción)
- ☐ Se las recomendó un médico
 - ☐ Se las recomendó una enfermera o fisioterapeuta
 - ☐ Se las recomendó un amigo, conocido o familiar
 - ☐ Recibió información en la farmacia
 - ☐ Recibió información en el herbolario
 - ☐ Las conoció por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas)
 - ☐ Otras
- 16.** La última vez que preguntaste proactivamente a un paciente por el uso de MTC la situaría aproximadamente:
- ☐ En la última semana
 - ☐ En el último mes
 - ☐ En el último año
 - ☐ Hace más de un año
 - ☐ Nunca
- 17.** La última vez que recuerdas que un paciente te consultara por alguna MTC la situaría aproximadamente:
- ☐ En la última semana
 - ☐ En el último mes
 - ☐ En el último año
 - ☐ Hace más de un año
 - ☐ Nunca
- 18.** Bajo determinadas circunstancias o ante determinadas patologías recomendaría a tus pacientes MTC como:
- ☐ Primera medida terapéutica
 - ☐ Ante un tratamiento médico convencional ineficiente
 - ☐ Como tratamiento coadyuvante al tratamiento médico convencional
 - ☐ En ninguna ocasión
- 19.** En cuál de los siguientes casos crees que podrías recomendar a los pacientes las MTC:

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre
Habiendo recibido cursos de formación en MTC					
Siempre que haya evidencia científica disponible que avale la eficacia de las MTC					
Únicamente tras el fracaso del tratamiento médico convencional					
Siempre que lo solicite el paciente					

20. Para recomendar a tus pacientes el uso de alguna MTC, ¿Cómo valoras los siguientes requisitos?

	Indispensable	Valorable	No entraría a formar parte de mi decisión
Poderla aplicar personalmente en la consulta			
Conocer evidencia científica que la considere una terapia efectiva, al igual que para otras terapias y procedimientos médicos convencionales			
Conocer evidencia científica que concluyan sobre su seguridad, al igual que para otras terapias y procedimientos médicos convencionales			
Tras el fracaso del tratamiento médico convencional			
Paciente con “experiencia positiva en su uso”			
Como tratamiento coadyuvante al tratamiento médico convencional			

21. En principio, a día de hoy, si se cumplieran los requisitos que has señalado como indispensables, recomendarías a tus pacientes MTC:

- ☐ Siempre como primera medida terapéutica.
- ☐ Como complemento de la medicina convencional

- ☐ Tras el fracaso de la medicina convencional

- ☐ En ningún caso

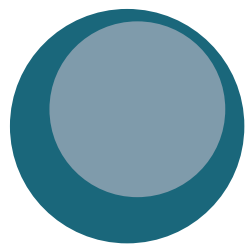
22. Si recomendaras alguna MTC. ¿Cuál sería? (si no contestas, entendemos que no la recomendarías):

Gracias por tu inestimable participación.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Hong Kong SAR (China). 2013.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? US Dep Heal Hum Serv Natl Institutes Heal. 2011;
- Nahin RL, Dahlhamer JM SB. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. BMC Heal Serv Res [Internet]. 2010;10:220. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919531/>
- Astin J. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA [Internet]. 1998;279(19):1548-53. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187543>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de la situación de las terapias naturales. 2011;1-112. Available from: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/home.htm%5Cnhttp://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
- Fundacion Española para la Ciencia y la Tecnología. Percepción Social de la Ciencia [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación. [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.fecyt.es/es/tematica/percepcion-social-de-la-ciencia>
- Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about Complementary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both: Results from a National Survey. Ann Intern Med [Internet]. 2001 Sep 4 [cited 2020 May 14];135(5):351. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-135-5-200109040-00011>
- Fernando Sabés Turmo. La radio y la televisión local en el marco del sistema audiovisual aragonés [Internet]. 2002 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4102/fst1de7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sierra-Ríos SP, Urrego-Mendoza DZ, Jaime-Jaimes JD. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. Rev Salud Publica. 2013;14(3):478-90.
- Sikand A, Laken M. Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Nov 1;152(11):1059-64.

11. Cervera Barba EJ. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de uso de medicinas alternativas y complementarias por la población general y un grupo de médicos y estudiantes de medicina de la Comunidad de Madrid. Dep Med la Fac Med la Univ Alcalá [Internet]. 2011;(July):177. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=99494>
12. Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. Investig en Educ Médica. 2015 Oct 1;4(16):207–15.
13. Galán Cortés J. Responsabilidad profesional en la medicina alternativa y complementaria. Humanit Humanidades Médicas. 2013;1(2):157–62.
14. Borrell I Carrió F. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. Aten Primaria. 2005 Apr 15;35(6):311–3.
15. Münstedt K, Harren H, Von Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. 2011 [cited 2020 May 14];2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153080/pdf/ECAM2011-790951.pdf>
16. Furnham A, McGill C. Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine. J Altern Complement Med [Internet]. 2003 Jul 5 [cited 2020 May 14];9(2):275–84. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/10755530360623392>
17. Martínez Pecino F. Situación actual de las Terapias No Convencionales en Andalucía. Agencia Evaluación Tecnol Sanit Andalucía y Esc Andaluza Salud Pública. 2005;
18. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: A population based survey. Vol. 9, Complementary Therapies in Medicine. Churchill Livingstone; 2001. p. 2–11.
19. Levine SM, Weber-Levine ML, Mayberry RM. Complementary and alternative medical practices: Training, experience, and attitudes of a primary care medical school faculty [Internet]. Vol. 16, Journal of the American Board of Family Practice. American Board of Family Medicine; 2003 [cited 2021 Apr 9]. p. 318–26. Available from: <http://www.jabfm.org/>
20. Lopera Pareja EH. El debate político sobre las terapias alternativas y complementarias en España en la interfaz entre ciencia, política y sociedad (1979-2018). Perspect la Comun [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 May 11];12(2):155–93. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672019000200155&lng=es&nrm=iso&tIng=es
21. Sara Cabrero. El negocio millonario de la meditación [Internet]. La Voz de Galicia. 2021 [cited 2021 Apr 9]. Available from: https://www.lavozdegacia.es/noticia/mercados/2021/02/14/negocio-millonario-meditacion/0003_202102SM14P11991.htm
22. García Consuegra F. Estudio de opinión sobre preferencias de los pacientes en la escogencia entre la medicina tradicional y alternativa en la ciudad de Barranquilla. Dictam Libr. 2016;(19):17–32.
23. INE. Encuesta nacional de salud 2017. Consumo de medicamentos. Consumo de productos de medicina alternativa [Internet]. 2017 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p02/&file=pcaxis>
24. Fundación Salud y Naturaleza. Libro Blanco de los herbolarios y las plantas medicinales. Fund Salud y Nat SN. 2007;
25. Cordon F, Solanas P, Duch M. Medicinas alternativas y complementarias. AMF. 2011;7(1):4–14.
26. González E QA. La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud. [Internet]. España: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Fundación “la Caixa.” 2010 [cited 2020 May 13]. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf
27. Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine Users and practitioners of complementary medicine Surveys of use. BMJ [Internet]. 1999 [cited 2020 May 14];319(7213):836–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116666/pdf/836.pdf>
28. Gaylord SA, Mann JD. Rationales for CAM education in health professions training programs. Acad Med. 2007;82(10):927–33.
29. Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: A national survey. BMC Complement Altern Med [Internet]. 2007 Jun 4 [cited 2021 Apr 9];7:18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1894987/>
30. Lewith GT, Hyland M, Gray SF. Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. Complement Ther Med. 2001 Sep 1;9(3):167–72.
31. Forcades T. S'han d'integrar les anomenades medicines alternatives als programes docents de les facultats de medicina? Estudi observacional de l'impacte de les medicines alternatives en els estudiants de medicina de Catalunya. Universitat de Barcelona; 2004.



CASOS CLÍNICOS

1. SINGULTUS (“HIPO”). BASADO EN UN CASO CLÍNICO

■ Díaz Canales, T., García Cabañas, J.
Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. El Espinillo.

INTRODUCCIÓN

El hipo (o Singultus) es una entidad frecuente en la población, que suele ser autolimitado, benigno y de corta duración. Existen casos de hipo que se prolongan en el tiempo, condicionando la vida del paciente de manera significativa.

A continuación, se presenta un caso clínico de un paciente con un cuadro de hipo de 48 horas de evolución. A propósito del caso, se realiza una revisión del diagnóstico de esta entidad y de sus múltiples etiologías, así como de un manejo adecuado desde Atención Primaria, teniendo gran importancia la historia clínica completa, dado que puede ser necesario ampliar el estudio por posibilidad de enfermedad de base grave.

Palabras clave: Hipo, etiología, ansiedad.

EXPOSICIÓN

Varón de 52 años, natural de Colombia, con antecedentes de ansiedad, consumidor de alcohol de 1 vaso y medio de Whisky todas las noches y consumidor de GHB 3 ml diario. No presenta antecedentes quirúrgicos. No alergias conocidas. Como tratamiento habitual Lorazepam 1 mg a demanda. Acude a consulta por cuadro de hipo de 48 horas de evolución. Ha presentado un ataque de ansiedad hace 8 horas. Asocia dolor abdominal en hipogastrio con sensación dispeptica, sin vómitos, ni alteración de ritmo intestinal. Afebril. Presenta lesiones cutáneas en extremidades (relaciona con depilación). Último viaje a Colombia hace 2 meses. Su acompañante refiere pausas de apnea nocturnas, con ronquidos sin hipersomnía diurna ni clínica). No síndrome constitucional ni otra clínica asociada.

A la exploración Temperatura 37°C, Tensión Arterial 144/86 mmHg, 130 latidos por minuto (lpm), Saturación de oxígeno 97%. Consciente y orientado en las tres esferas. Exploración cardiopulmonar sin hallazgos salvo taquicardia rítmica. Abdomen blando y deprimible no doloroso a la palpación. Extremidades sin

signos de trombosis venosa profunda, con lesiones compatibles con reacción folicular a depilación. Exploración neurológica sin focalidad. Se manda analítica urgente de sangre y orina donde se objetiva Sodio 132, Cloro 90, Bilirrubina 1.7, resto de perfil hepático no alterado, PCR 1.26, linfopenia 1100, sin otras alteraciones. Se realiza en consulta Electrocardiograma (ECG) en ritmo sinusal a 127 lpm, sin otros hallazgos. Así como radiografía de tórax sin infiltrados, sin ensanchamiento mediastínico, ni alteraciones patológicas. Inicialmente se pauta Domperidona, como procinético, antes de cada comida junto con Omeprazol, dado que unas de las posibilidades es el origen irritativo del nervio frénico por patología gastrointestinal; insistimos en medidas higiénico-dietéticas y uso de lorazepam si precisa por posible origen psicógeno del cuadro; además, explicamos que una de la causa podría ser los tóxicos por lo que incidimos en ello dado el consumo de alcohol y GHB. Inicialmente, dado que no interrumpe descanso nocturno no iniciamos tratamiento con haloperidol o Baclofeno.

El paciente acude de nuevo 48 horas después por no mejoría, se inicia Baclofeno 5mg cada 8 horas y se deriva a urgencias para TC craneal, dada que una de las causas puede ser central. En TC craneal presenta una pequeña hipodensidad en el mesencéfalo, a nivel paramediano izquierdo, de naturaleza inespecífica (¿posible infarto lacunar?), sin poder descartar componente artefactual (fosa posterior de valoración limitada). En urgencias recomiendan ingreso para estudio a descartar afectación digestiva o patología a nivel torácico, o bien afectación del Sistema Nervioso Central (SNC). Para descartar esto último, neurología solicita anticuerpos anti-AQ4 con resultado negativo, descartando síndrome de área postrema. El paciente solicita alta voluntaria y estudio ambulatorio. Con el baclofeno y procinéticos el presenta en el mismo día, desaparición completa de la clínica sin volver a presentar nuevos episodios. Se cita en Medicina Interna donde amplían estudio con Body-TAC, Resonancia magnética craneal, cita con Neurología y analítica con serologías.

Como limitación de este caso, el paciente no acudió a realizarse las pruebas, ni a consultas, desde neurología refieren muy baja posibilidad de origen central.

A favor del manejo en atención primaria, el paciente ha acudido a consulta y no ha vuelto a presentar ningún episodio de hipo en los últimos meses. Según la clínica y evolución, podría estar en relación a tóxicos u origen psicógeno.

REVISIÓN

El hipo (o singultus) consiste en un reflejo generado por contracciones espasmódicas, súbitas e involuntarias del diafragma y músculos accesorios de la respiración, seguidas de un cierre brusco de la glotis, originando un sonido característico¹.

Todo ser humano puede tenerlo en algún momento de la vida. Generalmente es benigno y transitorio (de minutos de duración y sin repercusión clínica). En ocasiones, no obstante, puede ser tan intenso y frecuente o persistente, como para impedir las actividades cotidianas. Pudiendo llegar al suicidio en algunos casos aislados².

En función de la duración del hipo podemos clasificarlo en³: hipo transitorio (crisis de hipo) episodio de segundos o minutos de duración, de menos de 48 horas; hipo persistente, mayor de 48 horas hasta un mes, no hay una definición clara; hipo intratable de más de uno o dos meses de duración; e hipo recurrente, episodios generalmente más duraderos que el transitorio y repetidos con elevada frecuencia. Aunque no se conocen bien los mecanismos neurológicos que originan este síntoma, se ha postulado la existencia de un arco reflejo que estaría compuesto de tres partes: el asa aferente constituida por el nervio frénico, el vago y la cadena simpática; una conexión central en la cual interaccionarían centros cerebrales y respiratorios, el núcleo del nervio frénico, la formación reticular y el hipotálamo; del asa eferente formarían parte el nervio frénico con conexiones neurales eferentes a la glotis y a los músculos costales inspiratorios.

Existen múltiples causas de esta afectación. En el caso del hipo persistente se deberá descartar enfermedad de base o signos de alarma. La lista de causas de hipo se muestra en las tablas 1 y 2, siendo la causa más frecuente las enfermedades gastroesofágicas (el reflujo gastroesofágico puede ser causa de hipo, pero el hipo crónico también favorece el reflujo).

Esta entidad es muy frecuente en pacientes con enfermedad terminal, siendo la Morfina o la Dexametasona fármacos que pueden causarlo⁴. Cabe destacar el síndrome de área postrema que se descartó en este paciente, que se trata de una afectación neuroinflamatoria de dicha región, asociada a cuadro de náuseas, vómitos e hipo intratable, descrita principalmente en el espectro de neuromielitis óptica, asociado a anticuerpos anti AQP4⁵.

Tabla 1. Causas de hipo transitorio

Aerofagia y comidas copiosas
Distensión gástrica y enfriamiento en los lactantes
Tras ingesta de alcohol o bebidas gaseosas
Estados emocionales: estrés, ansiedad, risas
Cambios bruscos de temperatura: líquidos calientes o fríos

Tabla 1. Causas de hipo transitorio.

Tiene como referencia: Goni Murillo MC. Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria. *Semer-gen* [Internet]. 2006;32(5):233–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73262-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73262-2)

Tabla 2. Causas de hipo persistente y recurrente

1. Irritación del nervio frénico o vago
 - Esofagitis por ERGE o candidiásica, acalasia, divertículos esofágicos, cáncer de esófago
 - Distensión gástrica, tumores gástricos, gastritis crónica, úlcera gástrica
 - Obstrucción intestino delgado, ileo
 - Enfermedad pancreática o biliar: pancreatitis, colangitis
 - Ascitis, embarazo, laparotomía
 - Laringitis, faringitis
 - Cuerpo extraño en conducto auditivo externo
 - Bocio
 - Lesiones mediastínicas: tumores, mediastinitis, aneurisma de aorta
 - Derrame pleural, neumonía, TBC, cáncer de pulmón
 - Infarto de miocardio, derrame pericárdico
 - Irritación diafragmática: tumor, absceso subfrénico o hepático, hernia diafragmática
2. Lesiones del SNC
 - Procesos inflamatorios/infecciosos: encefalitis, meningitis, sífilis, VIH
 - Lesiones medulares: infarto por oclusión de arteria cerebelosa posteroinferior, siringomielia, tumores, hematomas, procesos desmielinizantes
 - Alteraciones circulatorias: arteriosclerosis cerebral, hipertensión intracraneal, hemorragia intracraneal
 - Traumatismos craneoencefálicos
 - Alcoholismo
3. Causas metabólicas
 - Uremia
 - Cetoacidosis diabética
 - Hiponatremia
 - Hipocalcemia
 - Hiperuricemia
 - Enfermedad de Addison
4. Fármacos: corticoides, alfametildopa, benzodiacepinas, neurolépticos, barbitúricos de acción corta
5. Quirúrgicas: anestesia general, poscirugía abdominal
6. Psicógeno: histeria, ansiedad, simulación

ERGE: enfermedad de reflujo gastroesofágico; TBC: tuberculosis; SNC: sistema nervioso central; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2. Causas de hipo persistente o recurrente.

Tiene como referencia: Goni Murillo MC. Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria. *Semer-gen* [Internet]. 2006;32(5):233–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73262-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73262-2)

EPIDEMIOLOGÍA

El hipo agudo no tiene predominio en ningún sexo, pero el persistente e intratable es más frecuentes en varones, hasta el 82% de los casos. En la mayoría producidos en hombres, hasta en el 87%, se en-

cuentra la causa etiológica, frente a sólo en el 9% de los diagnosticados en mujeres⁶. No se han objetivado diferencias en su frecuencia según raza o condiciones socioeconómicas. Según un metanálisis realizado por Gyeong-Won Lee et al, entre los estudios, la diferencia entre sexos fue particularmente prominente en los grupos de hipo de origen no relacionado con el SNC (es decir, causas periféricas o relacionadas con fármacos), la susceptibilidad masculina podría atribuirse a un umbral sináptico más bajo y una excitabilidad más fácil de los nervios aferentes o eferentes en el arco reflejo del hipo entre los hombres. Por tanto, como explicamos previamente, las razones no son bien conocidas y puede variar según la etiología.

DIAGNÓSTICO

Es importante realizar una buena anamnesis y exploración física. Preguntaremos sobre antecedentes personales (episodios previos, tóxicos, fármacos, enfermedades metabólicas...). En cuanto al cuadro actual interrogar sobre las características del hipo, patología gastrointestinal, cardiorrespiratoria, neurológica, si persiste durante el sueño (si no persiste orienta a aerofagia u origen psicógeno), otros agentes desencadenantes, traumatismo craneoencefálico, cirugías o procesos infecciosos recientes u oncológicos. La exploración física debe ser completa. Toma de constantes; exploración cardiorrespiratoria en busca de enfermedad pleural o pericárdica; exploración abdominal si hay signos de estasis gástrica (chapoteo gástrico), obstrucción intestinal, hepatomegalia; exploración neurológica; exploración otorrinolaringológica (ORL) para descartar presencia de cuerpo extraño en conducto auditivo externo; función cognoscitiva que puede estar alterada en trastornos metabólicos y encefalitis. Para descartar patología de base puede ser necesario realizar pruebas complementarias orientadas, entre las que destacan: Analítica, Radiografía (Rx) de tórax (mediastino) y el ECG, gastroscopia ante sospecha de patología esofágica gástrica, y monitorización del pH esofágico. Si éstos son normales, RM cerebral y TC torácica⁷.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El hipo es una entidad muy específica y rara vez se confunde con otras patologías⁸. Si bien es importante realizar un correcto diagnóstico etiológico del hipo persistente como se ha mencionado en el artículo⁹.

TRATAMIENTO

Iniciaremos el tratamiento del hipo de forma precoz para el confort del paciente y mejores resultados. En el caso del hipo agudo, suele ser autolimitado y no presentar problemas. En el hipo persistente, siempre que identifiquemos la causa subyacente, y si se puede, hacer un tratamiento etiológico. Contamos con medi-

das físicas y farmacológicas. En la *figura 1* se muestra el manejo de un paciente con hipo persistente.

Ante un paciente con hipo siempre hay que comenzar con maniobras físicas (estimulación vagal). Entre las medidas no farmacológicas hay "remedios populares" que tienen una base fisiológica: apnea forzada ("aguantar la respiración") y respirar lentamente en una bolsa de papel (no bolsas de plástico por el riesgo de adhesión a fosas nasales), así se aumenta la concentración arterial de CO₂; estimulación vagal ("hipertonía parasimpática") bebiendo agua repetidamente o gargarismos, tragando pan seco, hielo picado o azúcar, lo que estimula la inervación del fondo de la orofaringe, al igual que traccionar la lengua o frotar la úvula; presión digital sobre los globos oculares o sobre nervios frénicos, detrás de las articulaciones esternoclaviculares; masaje rectal digital. Se han publicado artículos en la literatura anglosajona sobre el uso con éxito de la acupuntura tradicional en el tratamiento de casos de hipo persistente.

En cuanto a las medidas farmacológicas se han utilizado numerosos fármacos, dado que en ocasiones el hipo persistente es resistente al tratamiento, siendo necesario el uso de combinaciones. Los tratamientos más usados son:

Baclofeno: Derivado del GABA que inhibe la motoneurona presináptica y se usa como agente antiespástico en esclerosis múltiple y mielopatías. Muy rara vez puede originar efectos adversos (ataxia, sedación, náuseas, vómitos, cefalea, euforia y exacerbación de cuadros psicóticos). La dosis son 5 mg por vía oral cada 6 horas con aumento a 20 mg/dosis. Tendremos precaución con su retirada en ancianos, puede originarles alucinaciones, ansiedad y taquicardia. Los trabajos llevados a cabo con baclofeno, aunque obtuvieron excelentes resultados, incluso en niños, no son todavía concluyentes, pero su amplio uso y buen rango de seguridad lo mantienen en el tratamiento inicial de choque junto con la clorpromazina¹.

Clorpromazina: Bloqueador del receptor D2 (inhibitorio) de la dopamina (10). Único fármaco aprobado por la FDA (si el hipo no cede en tres días, se recomienda cambiar el fármaco). Dosis de 10-50 mg 3 veces al día o 25-50 mg IM o IV si los síntomas son grave.

Metoclopramida: 10 mg de 2 a 4 veces al día.

Omeprazol: Dado que la mayoría de los casos se asocian al RGE o laringitis por reflujo, el tratamiento empírico obtiene una alta rentabilidad terapéutica. Se puede combinar con baclofeno o metoclopramida como tratamiento de inicio.

Otros: Gabapentina, haloperidol o ácido valproico, carbamazepina, amitriptilina, clonazepam, midazolam, sertralina, fenobarbital o nebulizaciones con lidocaína.

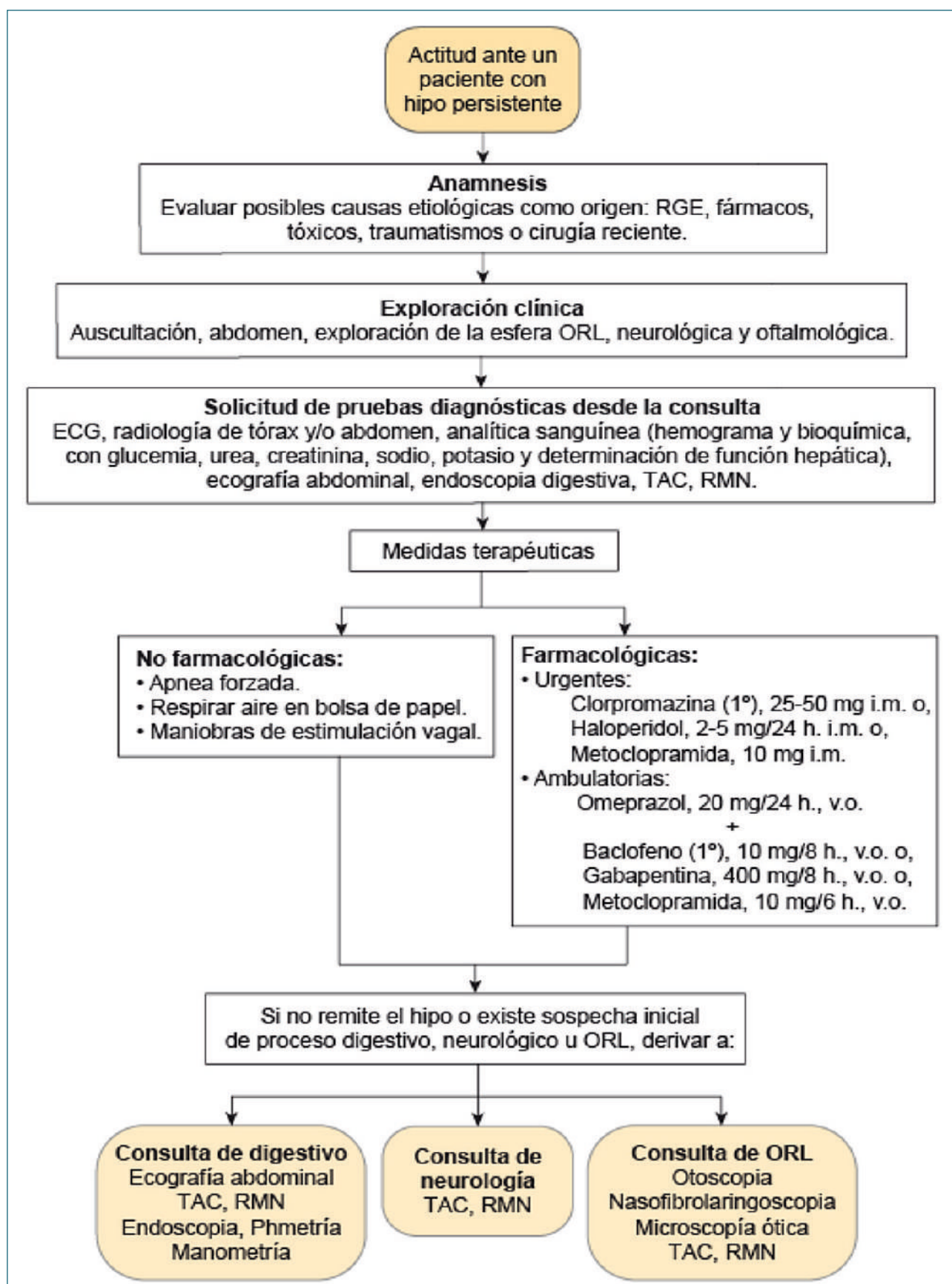


Figura 1. Actuación en paciente con hipo persistente.

Tiene como referencia: Guía clínica de Hipo persistente – Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipo-persistente/>

Si el hipo se mantiene tras aumentar la dosis se debe remitir al hospital para exploraciones complementarias, ya que en algunas ocasiones puede ser secundario a enfermedades graves. Dentro del tratamiento quirúrgico se encuentra el bloqueo el nervio frénico con procaína al 0,5%, bloqueo epidural cervical, del nervio glossofaríngeo o implantar un estimulador del nervio frénico para controlar el diafragma.

PRONÓSTICO

La mayoría de los casos de hipo suelen ser crisis de hipo, auto limitadas y no suelen ser motivo de consulta. Rara vez hay un trastorno grave. En la mayoría de los casos cede de forma espontánea o con maniobras físicas, aunque existen pacientes en el que el hipo se hace persistente. En estos casos, tal y como hemos

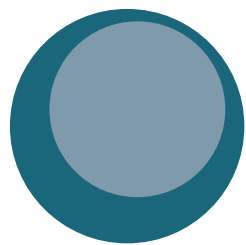
descrito previamente, en caso de no remitir con medidas farmacológicas, se deberá realizar estudio de enfermedad de base.

CONCLUSIONES

Aunque la mayor parte de casos son leves y autolimitados, existen situaciones en las que se prolonga. En estos últimos casos es importante hacer una buena historia clínica, ya que existen múltiples causas de este cuadro. Cabe destacar la importancia del estudio completo para descartar patología de base que pueda requerir un tratamiento dirigido, en caso de no remitir a pesar del tratamiento inicial. En este proceso tiene un papel fundamental la atención primaria, realizando un seguimiento del paciente para valorar la evolución con los tratamientos que disponemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía clínica de Hipo persistente – Fistera [Internet]. Fistera.com. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/hipo-persistente/>
2. A. Encinas Sotillos¹, P. J. Cañones Garzón² y Grupo de Habilidades en Patología Digestiva de la SEMG. El hipo: actuación y tratamiento. Medicina General. 2001; 40-4.
3. Goñi Murillo MC. Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria. Semergen [Internet]. 2006;32(5):233–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73262-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73262-2)
4. Cancer.org. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/problemas-alimentarios/hipo-y-acidez->
5. Neurología [Internet]. Neurología.com. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2020189/esp>
6. Lee G-W, Kim RB, Go SI, Cho HS, Lee SJ, Hui D, et al. Gender differences in hiccup patients: Analysis of published case reports and case-control studies. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2016;51(2):278–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.09.013>
7. Gotfried J. Hipo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-gastrointestinales/hipo>
8. Carmen Esteban Calvo. Amparo Gil López-Oliva. Carmen Ibáñez Ruiz, editor. Hipo por medicamentos [Internet]. Vol. 20 No3. 2013. Disponible en: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/RAM/vol-20/Vol20n3octubre2013.pdf>
9. Orphanet: Hipo crónico [Internet]. Orpha.net. [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.orpha.net/es/disease/detail/396>
10. Wikipedia contributors. Clorpromazina [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Clorpromazina&oldid=152900295>



CASOS CLÍNICOS

2. REVISIÓN DE PATOLOGÍA VASCULAR COMPRESIVA ABDOMINAL

■ Ramos Pérez A^a., Manget Velasco C.S^b., Rodríguez Sanjuan M.A^c.

^(a) Médica en Centro de Salud de Guadarrama, Madrid

^(b) Médica en Centro de Salud Guadarrama, Madrid

^(c) Médica en Centro de Salud Argüelles Madrid, Madrid

RESUMEN

Los vasos sanguíneos pueden comprimir o ser comprimidos por estructuras anatómicas subyacentes dando lugar a síndromes con una sintomatología muy inespecífica, lo que, sumado a su escasa frecuencia, dificulta el diagnóstico.

A partir de un caso clínico de un varón de 46 años con dolor en fosa renal derecha recurrente, asociado en un inicio a cólico renoureteral, cuyo diagnóstico final resultó un síndrome de compresión ureteral, realizaremos una revisión de los síndromes compresivos abdomino-pélvicos.

Recordaremos las alteraciones anatómicas y la sintomatología asociada a cada uno de estos síndromes, en su mayoría con nombre propio.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 46 años sin antecedentes personales de interés que había acudido al servicio de Urgencias tanto del Centro de Salud como del hospital, en 6 ocasiones a lo largo de 5 meses, por dolor agudo en fosa renal derecha siempre catalogado como cólico renoureteral (CRU).

El paciente acudió tras dichos episodios, a una consulta programada para valorar pruebas complementarias. Describía el dolor como súbito y punzante que se prolongaba durante horas sin un claro desencadenante. Sí refería mejoría con antiinflamatorios no esteroideos intramusculares/intravenosos (AINEs IM/IV) y manteniendo ayunas. En el momento de la consulta se encontraba asintomático y con una exploración física rigurosamente normal.

En las pruebas complementarias presentaba analítica sanguínea y sistemática de orina, ambos sin alteraciones, salvo una creatinina 333 UI/L (valores de referencia de laboratorio CK 24 - 204 UI/L). La eco-

grafía mostraba: *hidronefrosis derecha grado III con pelvis renal 20 mm.*

Tras dichos resultados, el paciente acudió a centro sanitario privado para realización de tomografía computarizada (TC) abdominal donde se observaba “riñón derecho de tamaño y formas normales, con grosor cortical conservado. En el polo inferior presenta arteria y vena independientes que cruzan anteriores al uréter y provocan una dilatación retrógrada con hidronefrosis grado III. No se visualizan litiasis caliciales ni ureterales”.

Por lo que el juicio clínico se trata de un síndrome de compresión ureteral. Tratándose mediante intervención quirúrgica.

REVISIÓN

Los síndromes compresivos tienen múltiples localizaciones. Aquí nos centraremos en los abdominales dada la extensión:

Síndromes compresivos vasculares ABDOMINO-PÉLVICO

- a. Síndrome de Cascanueces o pinza aortomesentérica
- b. Síndrome de Wilkie o de la arteria mesentérica superior
- c. Síndrome de Dunbar o del ligamento arcuato mediano
- d. Síndrome de estenosis de la unión pieloureteral
- e. Síndrome de compresión ureteral
- f. Síndrome de May-Thurner

Síndrome de Cascanueces o pinza aortomesentérica

Se trata de la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior por

disminución del ángulo de salida (normalmente a 40-90°) generando un aumento de la presión venosa en la vena renal.

La sintomatología es diversa y puede diferir en función del sexo:

- Sintomatología general: es frecuente la micro-/macrohematuria secundaria a hemorragia en los fórnix calicales por rotura de varices de pared fina originadas por la hipertensión venosa renal; proteinuria, dolor pélvico.
- Sintomatología sexo masculino: varicocele izquierdo.
- Sintomatología sexo femenino: dismenorrea, dispareunia, varices pélvicas.

El tratamiento inicial es expectante salvo, anemización, hematuria recurrente o deterioro de la función renal; pudiendo realizarse una intervención quirúrgica: autotrasplante y la trasposición de la vena renal izquierda, angioplastias con balón o la implantación de stents^{1,3}.

Síndrome de Wilkie

El síndrome de Wilkie se define como la compresión de la tercera porción del duodeno por la arteria mesentérica superior con la aorta, generando una dilatación duodenal. Normalmente, dicha porción del duodeno está rodeado de un almohadillado graso que previene dicha compresión, siendo factores de riesgo:

- Pérdida de peso o IMC bajo (independientemente de la causa).
- Cirugía correctora de escoliosis, ya que al alargar la columna vertebral se modifica el ángulo de salida aortomesentérico.

La sintomatología suele ser intermitente, inespecífica y de larga evolución: dolor epigástrico, intolerancia a la alimentación, náuseas, eructos, vómitos, malestar postprandial, sensación de plenitud gástrica, distensión abdominal, saciedad precoz. En casos de mayor gravedad, podría provocar obstrucción intestinal. Dicha sintomatología mejora con la posición de decúbito lateral izquierdo (relaja la presión del duodeno) y empeora con el decúbito supino. También es frecuente la pérdida de peso o reflujo, y una mayor prevalencia de úlceras duodenales.

El tratamiento suele ser conservador, y se centra en revertir la causa desencadenante que es principalmente la pérdida de peso, por lo que se recomienda recuperar el adecuado estado nutricional mediante pequeñas ingestas y descompresión duodenal posterior (decúbito lateral izquierdo); si esto no es posible se puede recurrir a la nutrición enteral o parenteral.

Los casos que suelen requerir intervención quirúrgica son aquellos que cursan con una dilatación duodenal y estasis biliar, reflujo y/o enfermedad ulcerosa.

Síndrome de Dunbar o del ligamento arcuato mediano

Se define como la compresión del tronco celiaco por el ligamento arcuato mediano (que conecta ambos pilares diafragmáticos) ya sea por una inserción anormalmente alta del tronco celiaco o anormalmente bajo del diafragma.

La sintomatología más recurrente es una epigastralgia intermitente, con empeoramiento postprandial, por lo que puede asociar una pérdida ponderal al disminuir la ingesta para evitar el dolor. También son frecuentes las náuseas. En la auscultación abdominal podría escucharse un soplo en epigastrio.

El tratamiento es quirúrgico, por lo que se reserva a pacientes con importante sintomatología postprandial, pérdida de peso y dilatación postestenótica del tronco celiaco y sus colaterales².

Síndrome de estenosis de la unión pieloureteral (UPU)

Se trata de la compresión a nivel de la unión de la pelvis renal y el uréter proximal cuya etiopatogenia puede ser muy variada:

- Compresión por vasos sanguíneos
- Uréter con aumento del peristaltismo
- Estrechamiento endoluminal: estenosis o valvas
- Fibrosis periureteral

Según las series de casos, los vasos sanguíneos pueden ser los causantes de la estenosis entre un 11-79%, ya sea arteria y/o vena renal principal o alguna de sus ramas accesorias que nacen de la aorta, la arteria ilíaca o la vena cava.

Muchas veces el diagnóstico es intrauterino, al observarse una dilatación pielocalicial progresiva.

La sintomatología varía enormemente, en algunos casos es asintomática y sin alteración de la función renal, o puede presentarse como dolor intermitente en fosa renal, hematuria, litiasis renales o pielonefritis.

El tratamiento es quirúrgico.

Síndrome de compresión ureteral

Se trata de la compresión del uréter por presentar un trayecto retroiliaco o retrocavo o por estructuras

vasculares retroperitoneales como la vena ovárica o vena testicular o, en menor medida, con los vasos ilíacos (generalmente derechos).

La sintomatología presentada suele ser dolor en flanco, hematuria o pielonefritis y en las pruebas de imagen puede detectarse dilatación ureteral con o sin hidronefrosis.

El tratamiento en los casos sintomáticos es quirúrgico.

Síndrome de May-Thurner

El síndrome de May-Thurner se define como la compresión de la vena ilíaca común izquierda (VICI) entre la arteria ilíaca común derecha y la columna vertebral lumbar, aumentando la presión venosa retrógrada y dificultando el drenaje de la pierna izquierda.

La sintomatología se localiza en miembro inferior izquierdo: dolor, edema, varices, alteración de la pigmentación, úlceras; y en algunos casos puede desarrollarse una trombosis venosa profunda (TVP).

El tratamiento, en caso de haber desarrollado TVP, incluye la anticoagulación y la colocación de un stent.

CONCLUSIONES

Los síndromes compresivos abdomino-pélvicos suponen un grupo de patología infradiagnosticada, y con un tiempo muy prolongado desde el inicio de los síntomas hasta lograr ponerle nombre. El diagnóstico se ve dificultado por una sintomatología intermitente y, en muchos casos, inespecífica.

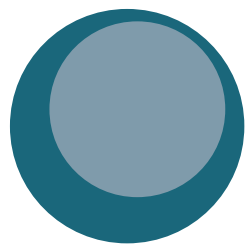
Es imprescindible la realización de una prueba de imagen que demuestre la compresión, que en muchos casos podría ser una ecografía abdominal, cada vez más extendida en Atención Primaria⁴.

El tratamiento es principalmente quirúrgico.

Conocer dichos síndromes es imprescindible para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco Pérez E, Llavata Solaz A, Forment Navarro M, Vera Gonzalez A, Ricart Selma V, Sánchez Jurado R. Síndromes de compresión vascular abdominopélvicos (SCVA): Claves diagnósticas. SERAM [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 6 de mayo de 2024];. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2403>
2. San Norberto EM, Montes JM, Romero A, Nuñez E, Vaquero C. Síndrome del ligamento arcuato medio: a propósito de tres casos y revisión de la literatura. *Angiología*. 2012; 64(4): 167-172.
3. Mas Gelabert M, Cuadra Coll M, Martín Martín S, Dorao Martínez-Romillo M, Ramos Alcaraz B, Pardo Barro S. Manifestaciones radiológicas de la pinza aorto-mesentérica. *seram* [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 6 de mayo de 2024];. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/394>
4. Rangel Villalobos E, Busquier Cerdán T, Cortés Sañudo X, Avilés Vazqu  ez I, Estellés López R, Per  z Ram  re C. Síndromes de compres  n vascular. Valor de la ecografía Doppler. *Radiología*. 2022; 64(1): 17-25.



CASOS CLÍNICOS

3. JUVENTUD... ¿DIVINO TESORO?

■ González Godoy M.¹, Medina Rodríguez J.², Domingo Pacheco I.³, Viñas Fernández G.¹, Castaño Reguillo A.⁴, Nuevo Coello L.⁵

⁽¹⁾ Médico adjunto de Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. "Francia". Fuenlabrada. Madrid.

⁽²⁾ Médico residente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. Fuenlabrada. Madrid.

⁽³⁾ Médico residente de cuarto año de Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. "Francia". Fuenlabrada. Madrid.

⁽⁴⁾ Médico adjunto de Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. "Los Ángeles". Villaverde. Madrid.

⁽⁵⁾ Médico adjunto de Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. "María Jesús Hereza". Leganés. Madrid.

Palabras clave: Adulto joven; Carcinoma basocelular; Dermatoscopia.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cutáneas son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria, especialmente en los meses estivales.

Se ha observado un aumento de la incidencia del cáncer de piel, especialmente en jóvenes, en nuestro medio en los últimos años. Este incremento se ha relacionado con la exposición recreacional solar y con un uso excesivo de cabinas de bronceado, así como al diagnóstico precoz de estas lesiones debido al mejor acceso a la Atención Primaria y al éxito de las campañas de información y prevención del cáncer cutáneo. Debido a lo previo, es crucial tener una formación que permita discernir si se está ante una lesión inocua o una lesión potencialmente problemática, especialmente si se trata de un paciente joven, por las implicaciones de morbilidad asociadas.

EXPOSICIÓN

Acudió a consulta un varón de 36 años, sin antecedentes de interés. Refería una lesión cutánea en meji-



Figura 1. Imagen clínica de lesión ulcerada en región paranasal izquierda, señalada con la flecha.

lla izquierda de meses de evolución, que le impresionaba de haber crecido. Negó sangrado, supuración o prurito. En su infancia, recordaba haber tenido varios episodios de quemaduras solares grado I.

A la exploración, el paciente presentaba un fototipo de piel II. En región paranasal izquierda, se apreciaba una lesión ulcerada, no infiltrada (Figura 1). En la dermatoscopia, se observó úlcera central con una telangiectasia y alguna rueda de carro (Figura 2). No se objetivaron lesiones similares en otras localizaciones cutáneas. Impresionaba de ser un carcinoma basocelular.

En ese momento, se realizó una e-consulta a Dermatología por el diagnóstico de sospecha. Se citó al paciente en consulta, donde se realizó una biopsia de la lesión por la sospecha diagnóstica. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un carcinoma basocelular. Unos días más tarde, el paciente fue citado para la exéresis completa de la lesión, permaneciendo asintomático hasta el día de hoy.

REVISIÓN

El cáncer de piel es un problema de salud con creciente importancia en España¹. El carcinoma baso-



Figura 2. Imagen dermatoscópica de la lesión, donde se aprecia la ulceración de la lesión, señalada con flecha roja y una telangiectasia, señalada con flecha roja.

* Ambas fotografías han sido tomadas con el consentimiento de la paciente.

celular (CBC) es el cáncer maligno más frecuente en humanos^{2,3}. Es un tumor maligno epitelial de lento crecimiento^{1,2}. Tiene un comportamiento localmente destructivo, por lo que el retraso diagnóstico empeora los resultados estéticos y funcionales. De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces. Su potencial metastásico es excepcional⁴. Suele presentarse en áreas fotoexpuestas (cara, cuello y parte superior del tronco) en individuos de fototipo claro⁵. Su incidencia aumenta con la edad, especialmente en quincuagenarios⁵. No obstante, la incidencia global está incrementándose mundialmente, particularmente entre la gente joven (menores de 40 años) e incluso se le considera un problema de salud pública emergente⁶. El diagnóstico a edades tempranas confiere un comportamiento más agresivo⁶. De hecho, es frecuente la asociación de exposición solar en la infancia intermitente y aparición de CBC en jóvenes. Esta asociación es aún más fuerte en mujeres debido a las cabinas de rayos ultravioleta⁷. En grupos etarios jóvenes, la recidiva es más frecuente debido a la tendencia de dar un margen quirúrgico menor para evitar secuelas estéticas. Hay cuatro variantes clinicopatológicas del CBC: pigmentado, nodular, superficial y morfeiforme. En muchas ocasiones, suele presentarse como una pápula perlada. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la exposición a la radiación ultravioleta, especialmente si es intermitente.

Es indiscutible que la dermatoscopia ha supuesto una revolución al permitir la observación de estructuras microscópicas. Se ha demostrado que mejora la identificación de tumores cutáneos melanocíticos y no melanocíticos con una elevada sensibilidad y especificidad. Está claro que la dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica.

Las características dermatoscópicas del CBC son la presencia de nidos y glóbulos azules, las hojas de arce, las telangiectasias, las ruedas de carro y la ulceración. Las telangiectasias se observan en más del 50% de los CBC.

Existen diversas alternativas terapéuticas, entre las que se encuentran la cirugía micrográfica de Mohs, la terapia fotodinámica, la crioterapia, la electrofulguración y la inmunoterapia. La selección del tratamiento depende de la variante clínica de CBC, su localización, de los recursos disponibles y la experiencia del médico tratante.

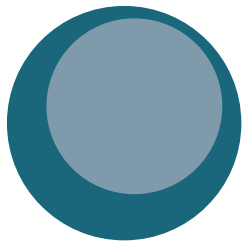
Aunque la dermatoscopia es clave para la sospecha diagnóstica principal, la confirmación diagnóstica se basa en el estudio histopatológico.

CONCLUSIONES

Al ser la Atención Primaria, generalmente, el primer punto de atención a la ciudadanía en temas de salud (en este caso, de salud cutánea), resulta mandatorio una valoración lo más certera posible dado el impacto sobre el pronóstico del paciente con cáncer de piel. En Atención Primaria, la dermatoscopia se ha convertido, junto con la ecografía, en el fonendoscopio del siglo XXI. Resulta clave tener un proceso de formación y entrenamiento adecuados para poder disminuir la incertidumbre y realizar un mejor abordaje de las lesiones cutáneas. Por ende, resulta fundamental programar actividades de formación continuada dermatológica, que conseguirá una optimización de los recursos sanitarios y, en definitiva, una mejor asistencia a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias PG, Blanco MA, Sánchez JR, Villanueva FE, García-Nieto AJV. Utilidad y eficiencia de la teledermatología en el manejo del cáncer de piel en atención primaria. *Medicina de Familia.SEMERGEN* 2020;46(8): 553-559.
2. Marín RR, González-Álvarez T, Carrera C. Diagnóstico del carcinoma basocelular mediante dermatoscopia y otras técnicas no invasivas. *Piel: Formación continua en dermatología* 2013;28(4): 227-234.
3. Barros RC, Rodríguez BG, Soidan FG, Fontán AC. Prevalencia de enfermedades dermatológicas en atención primaria. *Medicina de Familia.SEMERGEN* 2021;47(7): 434-440.
4. Alonso-Castrillo P, Gago A, López V. La dermatoscopia y nuevas tecnologías en el diagnóstico del carcinoma basocelular en atención primaria. *SEMERGEN, Soc.Esp.Med.Rural Gen.(Ed.Impr.)* 2023:[e102043].
5. Ramírez AF, Acosta AE, Rueda X, Pérez GA. Carcinoma basocelular en pacientes jóvenes. Serie de 39 casos. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica* 2006;14(1): 39-43.
6. Garcías-Ladaria J, Morales-Morato FJ, Cuadrado Rosón M, Rocamora V. Carcinoma basocelular en pacientes jóvenes. *Actas dermo-sifiliogr. (Ed.impr.)* 2017: 376-377.
7. Barton DT, Zens MS, Nelson HH, Christensen BC, Storm CA, Perry AE, et al. Distinct histologic subtypes and risk factors for early onset basal cell carcinoma: A population-based case control study from New Hampshire. *J Invest Dermatol* 2016;136(2): 533.



CASOS CLÍNICOS

4. ORO PARECE PLATA NO ES

■ Martínez Sepúlveda T.¹, Ibáñez Delgado I.², Ortolá Cano H.³, Gil Cidoncha M.⁴, Ballesteros Sánchez M.⁵, García Justicia.C⁶

⁽¹⁾ R3, Centro de Salud Valle de la Oliva.

⁽²⁾ R3, Centro de Salud Cerro del Aire.

⁽³⁾ R3, Centro de Salud de Aravaca.

⁽⁴⁾ R2, Centro de Salud Valle de la Oliva.

⁽⁵⁾ R1, Centro de Salud Valle de la Oliva.

⁽⁶⁾ R3, Centro de Salud San Juan de la Cruz.

INTRODUCCIÓN

La experiencia en la práctica clínica, sumada a la elevada carga asistencial, frecuentemente nos conduce a encasillar cuadros clínicos sin profundizar en la etiología subyacente. Incluso la normalidad de las pruebas complementarias no excluye al 100% la presencia de una patología de carácter urgente, tal como se evidencia en el presente caso clínico.

Es crucial realizar una anamnesis exhaustiva, acompañada de una exploración física detallada, y no subestimar la sintomatología referida por el paciente. Asimismo, se debe prestar especial atención al estado general, ya que en numerosas ocasiones factores externos interfieren en nuestra capacidad para identificar procesos patológicos subyacentes.

Lo que inicialmente se presentó como una patología de baja complejidad evolucionó hacia un cuadro clínico de urgencia.

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales:

- No RAMC.
- No HTA, no DM, no DL.
- Hábitos tóxicos: fumador de un paquete al día, Bebedor de 1L d cerveza al día.
- No otras enfermedades conocidas.
- No intervenciones quirúrgicas previas.

Sin tratamiento habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 51 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en flanco derecho muy intenso de aparición brusca esta mañana mientras trabajaba. No refiere ningún movimiento brusco, ni traumatismo abdominal. El dolor no se alivia con ninguna postura. Refiere dolor con los movimientos respiratorios. Presente en reposo y con el movimiento. No fiebre. No náuseas, ni vómitos, ni diarrea. No clínica miccional. No dolor torácico, no disnea. No refiere episodios de dolor similares. Refiere toma de AINES (coxib) durante los últimos 5 días.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 143/83 mmHg, FC 71 lpm, Sat O2 96% basal
- Regular estado general. Consciente y orientado en las tres esferas. Normocoloreado, normohidratado y normoperfundido.
- Eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio.
- AC: Rítmico sin soplos
- AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos.
- ABD: Depresible, no masas ni visceromegalias. Dolor a la palpación en flanco derecho y epigastrio. No aparentes signos de IP. Puño percusión positiva en lado derecho.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análíticamente solo destaca discreta leucocitosis con leve neutrofilia, resto de parámetros analíticos en rango. En la muestra de orina tampoco se objetivó ningún dato de alarma incluso destaca la ausencia

de hematíes que nos orientaría más hacia el diagnóstico de CRU.

Rx PA abdomen: En bipedestación, no se observan cálculos radiopacos, líneas de psoas visibles, heces en marco cólico izquierdo, no hay signos de obstrucción intestinal.

Rx PA torax: ICT normal. SCF libres. No observo consolidaciones ni infiltrados parenquimatosos.

ECG: Muy vibrado. RS a 84 lpm. PR normal. QRS estrecho. No trastornos en la repolarización.

Durante su estancia en urgencias cabe destacar que el paciente no termina de mejorar del dolor siendo este cada vez más intenso, llegando al punto de plantearnos administrar morfina intravenosa con poco resultado, por lo que ante mal control del dolor y empeoramiento del estado general del paciente decidimos realizar una prueba de imagen, en este caso un escáner.

TC ABDOMINOPÉLVICO URGENTE

Moderada cuantía de neumoperitoneo predominantemente en hemiabdomen superior, ligamento gastrohepático, hilio hepático y ligamento falciforme.

También existe moderada cuantía de ascitis libre de baja densidad predominantemente en pelvis, así como menor medida en gotiera parietocólica derecha y hepatoesplénica.

Se evidencia una pequeña solución de continuidad en la pared anterior de la primera porción duodenal, de aproximadamente 3 mm adyacente a una pequeña burbuja de gas extraluminal, todo ello compatible con perforación de víscera hueca a este nivel.

Leve engrosamiento circunferencial de segunda porción duodenal probablemente reactivo.

Engrosamiento circunferencial difuso de las asas de yeyuno situadas en flanco izquierdo, y en menor medida de íleon, como datos de enteritis probablemente reactiva.

Realce parietal de asas conservado. Resto sin alteraciones.

CONCLUSIÓN

Hallazgos de perforación milimétrica en pared anterior de primera porción duodenal con moderada cuantía de neumoperitoneo en hemiabdomen superior y ascitis predominantemente pélvica.

Datos de enteritis probablemente reactiva.

EVOLUCIÓN

Se trata de un paciente que se presenta en el servicio de urgencias por un cuadro de dolor en la fosa renal derecha de varias horas de evolución. El dolor se describe inicialmente como un dolor cólico agudo, refractario a cambios posturales y al tratamiento con analgesia convencional. En la exploración, el paciente presenta un estado general regular, con palidez cutánea y signos de respuesta vegetativa asociados.

Se realizaron estudios complementarios, que resultaron normales salvo por una discreta leucocitosis. Inicialmente, se administró analgesia intravenosa de primer nivel, en este caso metamizol, junto con suero terapia.

Tras la reevaluación, el paciente continuaba refiriendo dolor intenso sin mejoría clínica significativa, lo que llevó a escalar el tratamiento analgésico. Sin embargo, pese al cambio de estrategia terapéutica, la clínica dolorosa persistió. Finalmente, se optó por administrar morfina sin obtener respuesta satisfactoria.

Ante el dolor refractario a múltiples líneas terapéuticas, se decidió solicitar una tomografía computarizada (TAC) de abdomen, la cual mostró la presencia de neumoperitoneo, sugiriendo una perforación duodenal.

Se contactó al servicio de cirugía general, quienes intervinieron de manera urgente esa misma noche, con resultados quirúrgicos favorables y una buena evolución postoperatoria.

Posteriormente, el paciente **refirió consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)**, lo que correlaciona con el cuadro clínico, dado el riesgo aumentado de úlceras gástricas y duodenales, con potencial de perforación asociado a dicho fármaco.

JUICIO CLÍNICO

- Perforación duodenal por abuso de AINES.

REVISIÓN

Ambos cuadros clínicos presentan dolor abdominal agudo, pero tienen etiologías, localizaciones, y características clínicas significativamente diferentes.

Un cólico renal derecho generalmente es causado por la obstrucción del tracto urinario, frecuentemente debido a la presencia de cálculos renales (nefrolitiasis) o, en menor medida, coágulos, tumores o estenosis. El dolor típicamente se localiza en la fosa renal derecha, irradiándose hacia el flanco, la ingle y los genitales. Puede cambiar de lugar según el desplazamiento del cálculo en el uréter. El dolor es de naturaleza cólica,

es decir, intermitente e intenso. El dolor es abrupto, severo y no se alivia con cambios de posición. Puede estar acompañado de náuseas, vómitos y disuria¹.

Puede asociar hematuria, micción frecuente o dolorosa. No suele haber fiebre, a menos que se complique con una infección urinaria.

El diagnóstico se realiza con ecografía renal y tomografía computarizada (TAC) las cuales son herramientas clave para visualizar los cálculos renales y determinar la ubicación de la obstrucción. En el análisis de orina se puede ver la presencia de hematuria o cristales.

El tratamiento sería control del dolor con analgésicos (AINES, opioides en casos severos), hidratación y expulsión espontánea del cálculo en la mayoría de los casos.

En algunos casos, intervención quirúrgica o litotricia extracorpórea si el cálculo es grande o no se puede expulsar.

La perforación duodenal es frecuentemente asociada a úlcera péptica complicada. Los factores de riesgo incluyen el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), infección por *Helicobacter pylori*, o condiciones como el síndrome de Zollinger-Ellison².

La incidencia de la enfermedad ulcerosa péptica ha disminuido en los últimos años. Esto puede explicarse en parte por el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*. Sin embargo, las complicaciones de la úlcera péptica, incluida la perforación, siguen siendo un problema de salud importante.

Se trata de un dolor agudo en la región epigástrica que puede irradiarse hacia el abdomen inferior

o los hombros debido a la irritación del diafragma (signo de Kehr). El dolor se caracteriza por un inicio abrupto, muy severo y continuo. A menudo descrito como un “dolor en puñalada”. Los signos asociados son abdomen rígido en la exploración, con defensa muscular y signos de irritación peritoneal. Hipotensión, taquicardia, fiebre (en etapas avanzadas si no se trata).

El diagnóstico se hace con radiografía de abdomen en bipedestación o TAC: se observa la presencia de neumoperitoneo que indica perforación, hemograma en el que puede haber leucocitosis y otras alteraciones inflamatorias³.

El tratamiento sería intervención quirúrgica de urgencia (laparotomía o laparoscopia) para cerrar la perforación, tratamiento con antibióticos de amplio espectro y manejo intensivo.

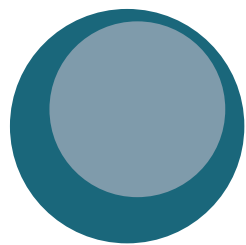
En conclusión, el cólico renal derecho es típicamente un problema urológico asociado con cálculos que producen dolor intenso pero intermitente y localizado en el flanco. La perforación duodenal es una emergencia abdominal quirúrgica causada por una úlcera péptica complicada, que presenta dolor súbito, generalizado y con signos de peritonitis.

Ambos requieren tratamientos muy distintos: manejo conservador para el cólico renal y cirugía urgente para la perforación duodenal.

Aunque este tipo de casos se presente en el servicio de urgencias, es una situación que también puede manifestarse en el contexto de la atención primaria. Por ello, es fundamental agudizar nuestra capacidad diagnóstica para evitar que pasen desapercibidos y poder derivar al paciente oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encarnación Castellano C, Canós Nebot À, Caballero Romeu JP, Galán Llopis JA. Medical treatment for acute renal colic. [Internet] Arch Esp Urol. 2021;74(1):71-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459623/>.
2. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen HS, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: a narrative review. [Internet] Scand J Gastroenterol. 2019 Aug;54(8):939-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353983/>
3. Amini A, Lopez RA. Duodenal perforation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Mar 13. Disponible en: <https://www.statpearls.com>.



CASOS CLÍNICOS

5. EL HALLAZGO DE UN QUISTE HEPÁTICO MEDIANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL

■ Estefanía Hidalgo L¹., Paniura Pinedo M²., Luque García L¹., Rodríguez Arilla A¹., González Araujo I.¹, Bermejo Fernández F³
(¹) R4 MFyC
(²) R3 MFyC
(³) Adjunta y tutora Residentes
CS Torrelodones, Madrid

INTRODUCCIÓN

La ecografía es una herramienta accesible, inocua, reproducible que está al alcance de muchos médicos de atención primaria en el centro de salud; siendo otro pilar sobre el que apoyarse al realizar un diagnóstico. Además, puede ser empleada en el seguimiento de diversas patologías, ajustes de tratamientos y/o caracterización de lesiones.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años sin antecedentes personales relevantes acude por molestias en epigastrio continuas de varios meses de evolución sin claro factor desencadenante. Niega vómitos, náuseas, diarrea, pirosis, fiebre, pérdida de peso, coluria, acolia u otra sintomatología acompañante. A la exploración se objetiva un abdomen blando, leves molestias a la palpación de epigastrio, signo de Murphy negativo, puño percusión renal negativa. Se solicita analítica de sangre en la que presenta ligera elevación de lipasa 70 U/l y amilasa 137 U/l, con normalidad de enzimas hepáticas y marcadores tumorales negativos. No presenta alteraciones en el hemograma ni en la coagulación.

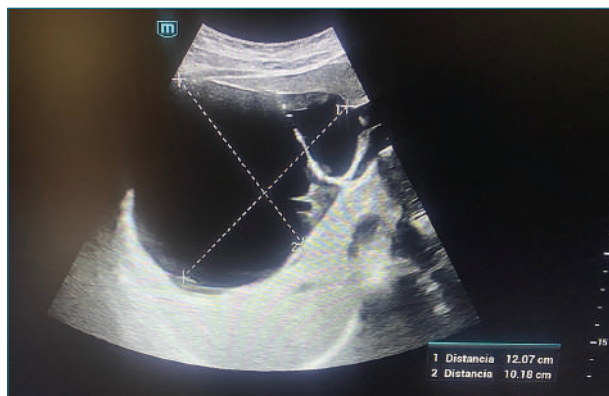


Figura 1.

* Imagen del paciente publicada con su consentimiento.

Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud visualizando un quiste hepático de 10 x 12 cm en lóbulo hepático derecho. No se observan quistes renales. Además, se decide realizar gastroscopia, obteniendo *Helicobacter pylori* en la biopsia. Recibe tratamiento antibiótico correspondiente (bismuto + metronidazol+ clorhidrato de tetraciclina) con erradicación de la bacteria. En un primer momento refiere mejoría clínica, pero al mes reaparecen la clínica. Se solicita un TC de abdomen en el que se describe el quiste hepático y no se encuentran alteraciones en páncreas. Se deriva a digestivo para valoración de este. Se realiza ecografía abdominal reglada, informando de “quiste de gran tamaño 10x12 cm con un tabique, no complicado”. Recomiendan seguimiento en 6 meses para valorar crecimiento o cambios en sus características. Por el momento se decide realizar manejo conservador, ya que la paciente presentaba molestias epigástricas que no pueden atribuirse con certeza al quiste. En el caso de que empeore se valorará realizar tratamiento activo.

DISCUSIÓN

Las lesiones quísticas del hígado representan un grupo heterogéneo de trastornos, que difieren en etiología, prevalencia y manifestaciones clínicas: quiste hepático simple, neoplasia quística mucinosa, quiste equinocócico, quistes biliares y/o otros tumores primarios o metastásicos del hígado. La mayoría de las lesiones se encuentran incidentalmente en estudios de imágenes y son de carácter benigno. Los de mayor tamaño tienen más probabilidad de ser sintomáticos y causar complicaciones: hemorragia espontánea, infección, compresión. Algunos presentan complicaciones propias como la transformación maligna en el quiste mucinoso o el shock anafiláctico en el quiste hidatídico.

En cuanto los quistes simples son formaciones quísticas que contienen líquido claro y que no se comu-

nican con el árbol biliar intrahepático. Se estima que la incidencia se estima en 2,5% y muy pocos se vuelven grandes (el quiste más grande reportado contenía 17 litros de líquido) y aún menos causan síntomas. Son más frecuentes en el lóbulo derecho y en mujeres, presentando una relación 1,5:1 en aquellos asintomáticos y 9:1 en quistes simples sintomáticos o complicados.

Entre los síntomas que se pueden presentar son molestias abdominales, dolor o náuseas. Los quistes grandes pueden producir atrofia del tejido hepático adyacente, llegando a causar atrofia completa de un lóbulo con hipertrofia compensatoria del otro lóbulo.

La ecografía es probablemente la prueba inicial más útil. Los quistes simples aparecen como un espacio anecoico unilocular lleno de líquido con paredes imperceptibles y con realce acústico posterior. La clínica del paciente junto a los hallazgos ecográficos suele ser suficiente para distinguir los quistes simples de otras lesiones. También pueden ser caracterizados por otras pruebas de imagen como la Tomografía Computarizada (TC) abdominal y/o Resonancia Magnética (RM) en caso de dudas. En general, no se requiere la aspiración para diagnosticarlos; se trataría de un líquido aspirado estéril y citológicamente negativo¹.

El enfoque difiere en función de la clínica:

- Asintomáticos: no es necesario ninguna intervención ni imágenes de seguimiento. Los datos publi-

cados sugieren que no tienen potencial maligno. Aun así, en muchos casos, se solicita una segunda ecografía un tiempo después para confirmar que permanecen estables en su tamaño.

- Sintomáticos: la relación causal entre la clínica y un quiste simple debe admitirse con precaución y aceptarse si es grande (p. ej., ≥ 4 cm). Además, deben quedar excluidas otras posibles causas (colecistitis, reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica ...).

Se han descrito varios enfoques terapéuticos en estos casos: la aspiración con aguja con inyección de un agente esclerosante, la fenestración quirúrgica (apertura del quiste hacia la cavidad peritoneal), la resección hepática parcial y, en casos excepcionales, el trasplante hepático (insuficiencia hepática evolucionada o síntomas graves)². Actualmente no existen ensayos aleatorios que comparen intervenciones; por tanto, su elección debe ser individualizada.

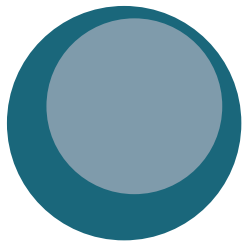
CONCLUSIÓN

Un quiste hepático simple es una entidad benigna que no precisa de seguimiento. Se debe descartar otras posibles causas en aquellos pacientes que presenten síntomas antes de atribuírselos al mismo.

La ecografía es una herramienta que juega un papel de gran interés en su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arie Regev, Rajender Reddy. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones quísticas del hígado [Internet]. UpToDate: Kristen M. Robson [revisado septiembre 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-cystic-lesions-of-the-liver?search=Quistes%20hepaticos&source=search_result&selectedTitle=1%7E108&usage_type=default&display_rank=1
2. García Fernández FJ. Tratamiento quistes hepáticos [Internet]. Fundación Española del Aparato Digestivo. [Consultado octubre 2024]. Disponible en: <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/quistes-hepaticos/quistes-hepaticos/#tratamiento>



CASOS CLÍNICOS

6. HIPERTENSIÓN SEVERA. REVISIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

■ Fernández Gamo N.¹; García Vila S.¹, Coloma Seguí C.².

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes.

⁽²⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alameda de Osuna.

INTRODUCCIÓN

Un 10% de los pacientes que consultan de urgencia en la actualidad presentan cifras de tensión arterial (TA) en el rango de crisis hipertensiva (CHT). En 2021 se estimó que la incidencia de las emergencias hipertensivas (EHT) se encuentra en torno a 1 de cada 200 pacientes atendidos por TA elevada^{1,2}.

Entre el 1-2% de los pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA), presentará una CHT en algún momento de su vida, siendo esta situación más frecuente en pacientes con una mala adherencia a las medidas higiénico-dietéticas o al tratamiento farmacológico, aunque también se produce ante el consumo de tóxicos, presencia de dolor, ansiedad...³.

La existencia de una HTA con un secundarismo asociado hace que haya una mayor probabilidad de presentar una EHT⁴, siendo la causa más frecuente de HTA secundaria el síndrome de la apnea obstructiva del sueño⁵.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años sin antecedentes personales de interés, que acude al centro de salud de urgencias por cefalea holocraneal de características tensionales de horas de evolución, asociado a una tensión arterial de 180/110 mmHg. No ha tomado analgesia. Niega dolor torácico, alteraciones de la visión u otra clínica de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas normo reactivas, movimientos oculares sin alteraciones, no nistagmo y resto de pares craneales normales. No ataxia, afasia ni disidiadocinesia. Marcha normal.

Fondo de ojo sin hemorragias, papila normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Tira de orina: Sin alteraciones.

ECG: ritmo sinusal. PR normal. QRS estrecho. No alteraciones del ST ni de la repolarización.

Se pauta metamizol 575mg oral y se deja de la paciente 30-40 min en sala de espera. La tensión arterial desciende hasta 160/90 mmHg y esta refiere que se le ha quitado la cefalea, por lo que se le da el alta a domicilio. Se le explica cómo hacer un AMPA que llevará a su médico de Atención Primaria.

REVISIÓN Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Las distintas guías definen la CHT como aquel paciente con una TA $\geq$ a 180/110 (*Guías ESC*) 180/120 (*Guías NICE*) mmHg; no existiendo un consenso claro entre las diferentes sociedades, por lo que los valores han ido variando a lo largo de los años^{6,7}.

Clásicamente se ha definido la urgencia hipertensiva como aquel paciente con TA $\geq$ 180/110 mmHg sin lesión de órgano diana (LOD), mientras que la EHT es aquella en la que el paciente presenta TA $\geq$ 180/110 mmHg con LOD.

En la actualidad, se recomienda el abandono de esta terminología y centrarnos en el diagnóstico de lo más grave, por su riesgo de mortalidad, que es la emergencia hipertensiva. Pero esto no ha sido aceptado completamente por los profesionales médicos, ya que se siguen utilizando dichos términos.

Hasta la fecha no hay evidencia que el manejo para el diagnóstico de los pacientes con una TA $\geq$ 180/110 sin LOD deba diferir del habitual y, por lo tanto, en este contexto las diversas guías recomiendan realizar un diagnóstico de HTA con uno de los métodos homologados para el mismo (MAPA, AMPA...) tras lo cual

se valorará el diagnóstico de HTA y el consiguiente inicio de farmacoterapia crónica.

Solamente en aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad vascular aterosclerótica, con una TA $\geq$ 180/110 aislada, se valida el diagnóstico de HTA⁸.

En la actualidad, no se ha llegado a un consenso para la estandarización del manejo de estas situaciones debido a la falta de evidencia. De forma global, las guías recomiendan establecer en primer lugar, la presencia o no de LOD a través de valoración de los síntomas de alarma por órganos y sistemas.

Una de las revisiones sistemáticas más recientes propone el algoritmo de BARKH (*Brain, Arteries, Retina, Kidney and Heart*), para no olvidar ninguno de los órganos diana más importantes². Para valorar dichos órganos realizaremos una buena anamnesis, exploración física (incidiendo en la exploración neurológica, cardíaca y fondo de ojo), electrocardiograma y tira de orina.

En la actualidad, no existe una evidencia clara y de calidad que nos muestre cómo de rápido se ha de descender la TA en estos pacientes. Diferentes guías y expertos refieren que ante el riesgo-beneficio, puede estar contraindicado su descenso rápido por el riesgo de hipoperfusión orgánica, por lo que se propone un descenso más paulatino, en horas-días, alargándose este periodo en el paciente mayor. Debido a que este descenso tiene que ser muy paulatino, en las primeras horas se recomienda que la TA no descienda de 160/100 mmHg o de un 25-30% respecto al inicial; pero a largo plazo, los valores de TA deben ser <140/90 o <130/80 mmHg si bien tolerado. Solamente se recomienda un descenso inmediato en casos de emergencia hipertensiva (*Tabla 1*).

Tabla 1 tiene como referencia el artículo de: Rossi GP, Rossitto G, Maifredini C, Barchitta A, Bettella A, Latella R, et al. Management of hypertensive emergencies: a practical approach. Blood Press. 2021; 30(4): 208-219. DOI: 10.1080/08037051.2021.1917983. Siendo el segundo artículo citado

	Magnitud del descenso de la TA	Fármaco de primera elección
Encefalopatía hipertensiva	Descender un 20-25%	Labetalol o nicardipino
Microangiopatía trombótica o fracaso renal agudo	Descender un 20-25%	Labetalol o nicardipino
Síndrome coronario agudo	TAS <140 mmHg	Labetalol o nitroglicerina
Ictus hemorrágico	TAS entre 130 y 180 mmHg	Labetalol o nicardipino
Ictus isquémico	Descender un 15%	Labetalol o nicardipino
Edema agudo de pulmón de origen cardiogénico	TAS <140 mmHg	Nitroprusiato o nitroglicerina +/- diurético
Síndrome aórtico	TA <120/60 mmHg	Esmolol, nitroprusiato, nitroglicerina o nicardipino
Eclampsia o HELLP	TA <160/105 mmHg	Labetalol o nicardipino + sulfato de Mg

En distintas revisiones y guías se recoge que, mover al paciente a una sala tranquila se asocia a un descenso de la TAS en torno a 10-20 mmHg.

Los pacientes con un alto riesgo de eventos cardiovasculares (LOD presente, síntomas de alarma o aneurisma cerebral conocido) en contexto de elevación severa de la TA, sí deben de recibir tratamiento, pero hoy en día, tampoco existe un consenso definitivo sobre el fármaco antihipertensivo de elección, recomendando uno u otro según el órgano diana dañado. Como norma general, se recomienda la utilización de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas de los receptores de la angiotensina 2 o β -bloqueantes de acción corta.

Existen variaciones según el país, sobre el fármaco a utilizar como primera línea en el caso de decidir descender la TA, los más utilizados son el captopril y la clonidina. Diversos grupos de expertos recomiendan la utilización de fármacos con una vida media más larga, típicamente los utilizados en el manejo crónico.

El nifedipino sublingual se ha relacionado con descensos excesivos y por tanto con complicaciones debido a la hipoperfusión, por lo tanto, no está recomendado su utilización.

En un metaanálisis de 2021, apunta que pacientes sin LOD pueden beneficiarse de un mejor manejo con calcio antagonistas, alfa bloqueantes o inhibidores de mineralocorticoide, debido a su vida media más prolongada, y a que no enmascara la posible existencia de una causa secundaria. Si por otro lado el paciente presenta LOD, la elección del fármaco dependerá del órgano dañado (*Tabla 1*).

INDICACIONES DE INICIO DE MEDICACIÓN CRÓNICA

De cara al manejo o introducción de nueva mediación crónica, en aquellos pacientes con una HTA severa asintomática, ya diagnosticados previamente de HTA, se debe de reincidir en la necesidad de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas y se puede valorar la necesidad de incrementar la dosis, el número de fármacos o de redistribuir la medicación.

En aquellos pacientes que no han sido previamente diagnosticados de HTA, el inicio de farmacoterapia puede confundir o interferir en la actuación médica posterior. En este contexto, y debido a una recomendación realizada en 2011, el comité de expertos de la guía NICE considera que parte de la población está recibiendo tratamiento farmacológico, que probablemente no necesite, ya que no podemos basarnos en una TA aislada elevada para iniciar mediación crónica.

Se recomienda descartar LOD y confirmar o descartar el diagnóstico mediante uno de los métodos validados en los próximos 7 días, antes de iniciar tratamiento crónico.

Por otro lado, si presentan LOD, sí se recomienda el inicio de farmacoterapia crónica independientemente del cribado de HTA.

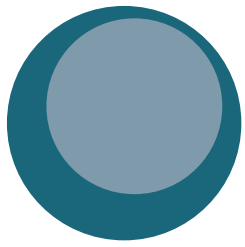
En todos los casos en los que el paciente ha presentado una hipertensión severa asintomática se recomienda una revisión con su médico de Atención Primaria en los primeros 7 días desde el evento.

CONCLUSIONES

En conclusión, no existe evidencia de que la HTA grave asintomática suponga un riesgo inminente de complicaciones cardiovasculares agudas o mortalidad, ni tenemos evidencia sobre cómo de rápido se debe de descender la misma. El tratamiento agudo e intenso de dichas situaciones no comporta un beneficio en el pronóstico, y un descenso excesivo de la misma va asociado a un aumento de complicaciones, por lo que ante la ausencia de LOD se recomienda un descenso paulatino en días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astarita A, Covella M, Vallenga F, Cesareo M, Totaro S, Ventre L, et al. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2020;38:1203-1210. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=2020%3B38%3A1203-1210>
2. Rossi GP, Rossitto G, Maifredini C, Barchitta A, Bettella A, Latella R, et al. Management of hypertensive emergencies: a practical approach. *Blood Press*. 2021; 30(4):208-219. DOI: 10.1080/08037051.2021.1917983
3. Joseph Varon. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults. Wolters Kluwer [Internet]. Octubre 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
4. Banea J, Herrero-Puente P, Gorostidi M, Santamaría Olmo R. Crisis hipertensivas. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2023. Edición del Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología.
5. Madson Q, Almeida; Giovanio V. Silva; Luciano F. Drager. What Is the Most Common Cause of Secondary Hypertension?: An Interdisciplinary Discussion. *Current Hypertension Reports* (2020) 22: 101. <https://doi.org/10.1007/s11906-020-01106-5>
6. McEvoy B, Touyz R, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*. 2024; DOI: 10.1093/eurheartj/ehae646 Hypertension in adults: diagnosis and management [Internet].
7. NICE guideline NG136. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019 [actualizado 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
8. El Sayed NA, Aleppo G, Adora VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D et cols. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023; 46 (Suppl 1): S158-S190. Doi: 10.2337/dc23-S010.



CASOS CLÍNICOS

7. CUANDO EL TRATAMIENTO DEJA HUELLA: HIPOPIGMENTACIÓN Y ATROFIA TRAS INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES

■ Romero-Barzola M.Y.^a; Castro Barrio M.^b; Sierra-Santos L.^b; De León Rivera G.^b

^(a) Médica de Familia. Médico del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112.

^(b) Médico de Familia del Centro de Salud San Agustín de Guadalix.

INTRODUCCIÓN

La tendinopatía de Quervain es una condición dolorosa que afecta al primer compartimento extensor del radio, caracterizada por inflamación y dolor localizado. El manejo incluye opciones conservadoras y, en casos refractarios, cirugía. El tratamiento con inyección de glucocorticoides es una opción eficaz, especialmente en pacientes con síntomas persistentes tras el uso de férulas y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se administra un glucocorticoide, como metilprednisolona, combinado con un anestésico, que proporciona alivio significativo. Los posibles efectos adversos incluyen atrofia de grasa e hipopigmentación, que son poco comunes y transitorios¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 36 años, trabajadora como frutera, con diagnóstico de tendinopatía de Quervain en la mano izquierda. La paciente refería dolor intenso, impotencia funcional y la presencia de un bulto palpable sobre el tendón extensor del primer dedo, lo que le dificultaba cargar pesos y realizar actividades cotidianas.

Inicialmente se indicó tratamiento conservador con inmovilización mediante muñequera rígida, AINE y analgésicos. Tras varias semanas sin mejoría clínica significativa, se decidió realizar una infiltración local con triamcinolona (corticoide) y mepivacaína (anestésico local), previa firma de un consentimiento informado. Se recomendó reposo funcional y analgesia tras el procedimiento.

A los dos meses de la infiltración, la paciente presentó efectos secundarios locales, entre los que destacaban hipopigmentación en la zona infiltrada y lipoatrofia del tejido subcutáneo (figura 1). Este hallazgo fue confirmado mediante estudio ecográfico, que evidenció una disminución localizada del grosor del tejido graso

subcutáneo. Además, se observó una ligera osteopenia en la región distal del radio a través de radiografía (figura 2), posiblemente asociada a la infiltración y al periodo prolongado de inmovilidad debido al dolor persistente.

El equipo de cirugía plástica consideró opciones para tratar la lipoatrofia, como infiltración con suero fisiológico.



Figura 1. Hipopigmentación y atrofia subcutánea en la muñeca tras inyección local de corticoides.

* Imagen del paciente publicada con su consentimiento.



Figura 2. Radiografía de muñeca izquierda en proyección anteroposterior donde se muestra una ligera osteopenia en la zona distal del radio.

* Imagen del paciente publicada con su consentimiento.

gico, ácido hialurónico o grasa autóloga. Sin embargo, estas alternativas fueron descartadas al tratarse de un problema estético sin repercusiones funcionales significativas.

La evolución clínica mostró mejoría progresiva: la hipopigmentación disminuyó visiblemente a los seis meses y el dolor remitió gradualmente, permitiendo a la paciente retomar sus actividades habituales.

DISCUSIÓN

Las infiltraciones de corticoides combinada con anestésico local son comúnmente usadas en distinta patologías tendinosas-articulares (bursitis, tendinopatías, artritis inflamatorias-no infecciosas) con la finalidad de reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de la estructura afectada². La tenosinovitis de Quervain es un atrapamiento inflamatorio de los tendones del primer compartimento extensor de la muñeca (el abductor largo y el extensor corto del pulgar). El paciente presenta un cuadro doloroso en acciones como la aducción del pulgar y acciones de garra de la mano. El

diagnóstico se realiza con la prueba de Finkelstein; es positiva cuando el paciente hace aducción del pulgar afectado hacia la palma envolviendo los dedos sobre el pulgar y la desviación cubital pasiva suave de la muñeca provoca intenso dolor en las vainas tendinosas afectadas³.

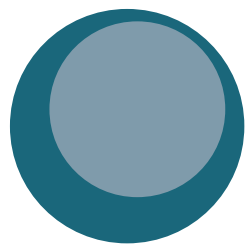
Desde un punto de vista terapéutico incluyen medidas conservadoras como es el hielo local, antiinflamatorios no esteroides, así como el uso de férulas de reposo o infiltración local con corticoides. En casos refractarios se recurre a la cirugía para la liberalización del compartimento extensor de la muñeca. En la literatura médica existen pocos estudios que avalen la eficacia del uso de corticoides en la tenosinovitis de Quervain. Solo hay dos ensayos randomizados que comparan el uso de corticoides con el uso de férulas de reposo en dicha entidad³. La conclusión es que es más beneficioso el uso de corticoides frente a la férula de reposo y es necesario tratar a dos pacientes para que uno de ellos obtenga un claro beneficio, es decir resolución de los síntomas, con prueba de Finkelstein negativo³. Por otro lado, no está claro cuál es el corticoide más efectivo, siendo la metilprednisolona el más usado en los diferentes estudios. La incidencia de complicaciones por el uso de corticoides locales, es extremadamente bajo, menos de un 1%⁴. El incremento del dolor en el lugar de la inyección es uno de los efectos secundarios locales más frecuentes, ocurre 1-2 días después de la inyección y dura una media de dos días². La hipopigmentación y la atrofia de la piel suele manifestarse los primeros meses tras la inyección y se suele resolver al año de evolución^{2,4}. La atrofia muscular es más frecuente en pacientes que toma corticoides sistémicos, su pronóstico es más incierto y puede resolverse entre 6-30 meses tras la discontinuación del tratamiento⁴. Además en nuestro caso la paciente presentó una osteopenia localizada en la porción distal radial, hallazgo no descrito en la literatura médica por el uso de corticoides locales.

Por último, desde un punto de vista teórico es aconsejable el uso de corticoides solubles (betametasona, dexametasona) frente a los insolubles (triamcinolona) cuando se aplican a nivel de estructuras periarticulares o tendinosas ya que son rápidamente absorbidos y minimizan el riesgo de hipopigmentación y atrofia subcutánea^{2,4}.

En Atención Primaria, es clave priorizar el tratamiento conservador y reservar las infiltraciones para casos persistentes, los efectos secundarios de la inyección local de corticoides, aunque infrecuentes y generalmente autolimitados, requieren un seguimiento cercano para su detección temprana y manejo adecuado. Es fundamental informar al paciente sobre estos riesgos antes de realizar la infiltración y evaluar cuidadosamente su indicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aggarwal R, Ring D. Tendinopatía de Quervain. En: Isaac Z, Case SM, editores. UpToDate. Última actualización: 2 de noviembre de 2022 [consultado el 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
2. Kamel SI, Rosas HG, Gorbachova T. Local and Systemic Side Effects of Corticosteroid Injections for Musculoskeletal Indications. *AJR Am J Roentgenol.* 2024;222(3): e2330458. doi: 10.2214/AJR.23.30458. PMID: 38117096.
3. Ashraf MO, Devadoss VG. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2014; 24(2):149-57. doi: 10.1007/s00590-012-1164-z. PMID: 23412309.
4. Park SK, Choi YS, Kim HJ. Hypopigmentation and subcutaneous fat, muscle atrophy after local corticosteroid injection. *Korean J Anesthesiol.* 2013;65(6 Suppl): S59-S61. doi: 10.4097/kjae.2013.65.6S.S59. PMID: 24478874.



CASOS CLÍNICOS

8. TINEA PEDIS EN UN PACIENTE TRIATLETA, UN CASO SOBRE EL PIE DE ATLETA

■ Martín González M., Pérez López P., Gómez González del Tánago P., Martín Peira G.
Médicos especialistas en MFYC CS Las Rozas El Abajón.

Se presenta el caso de un varón de 37 años, practicante de triatlón sin antecedentes personales relevantes que acude a consulta por lesiones interdigitales en pie izquierdo de 2 meses de evolución.

Refiere que el cuadro clínico inició con eritema y picor entre cuarto y quinto dedo del pie izquierdo tras una competición con posterior maceración, descamación y molestias en la región. Sin tratamientos tópicos aplicados salvo hidratación cutánea. No presenta otras lesiones ni síntomas añadidos.

En la exploración física se objetiva descamación y fisuras interdigitales.

Ante la sospecha clínica de tinea pedis, se inicia tratamiento con clotrimazol tópico mañana y noche durante 2 semanas con mejoría clínica.

RESUMEN

La tinea pedis o pie de atleta es una micosis superficial que afecta a plantas y espacio interdigitales de los pies.

Aparece con mayor frecuencia en condiciones de humedad y oclusión del pie, su diagnóstico es eminente

mente clínico, aunque pueden emplearse métodos directos y cultivos para la confirmación etiológica; a pesar de no ser indispensable para ésta para el tratamiento con azoles.

DISCUSIÓN

La tinea pedis es la micosis superficial más frecuente causada generalmente por dermatofitos en los espacios interdigitales y planta del pie¹.

Un 10-15% de la población a nivel mundial sufre una tiña de los pies a lo largo de su vida. El riesgo de padecer esta micosis aumenta con la edad, con la oclusión del pie (calcetines de algodón que impiden la transpiración) y con actividades deportivas que impliquen situaciones de humedad prolongada (como, por ejemplo, la natación)²⁻⁴.

Otros factores de riesgo demostrados son: la hiperhidrosis plantar, el clima (ambientes calurosos y húmedos), la diabetes mellitus, el empleo de antibioterapia y la inmunosupresión⁴.

Dentro de su etiología, los agentes más frecuentes son: *Trichophyton rubrum* (en torno a un 43%) y *Trichophyton mentagrophyte* (variedad interdigitale) (21%). Ambos son dermatofitos antropofílicos con transmisión entre individuos directa o por fómites pudiendo llegar a producir epidemias en medios urbanos³.

Clínicamente se puede presentar de cuatro formas³.

- Forma intertriginosa simple: La más frecuente se caracteriza por la presencia de eritema y descamación pruriginosa con fisuras en el fondo del pliegue siendo el cuarto espacio interdigital el afectado con mayor intensidad y frecuencia.
- Forma crónica hiperqueratósica: Habitualmente cursa de forma asintomática, en ambos pies con eritema e hiperqueratosis en plantas y bordes laterales.



Figura 1.

* Imagen del paciente publicada con su consentimiento.

- Forma vesicular aguda: Formación de vesículas en la mitad anterior de la planta de un solo pie con dolor urente y prurito.
- Forma intertriginosa compleja: Asociación de bacterias con inflamación, mal olor, maceración y fisuras.

Es imprescindible tener en cuenta la posible sobreinfección bacteriana (supuración o exudado purulento maloliente) que puede evolucionar hasta una linfangitis o celulitis y, en casos extremos hacia una osteomielitis⁵.

Otra de las complicaciones a valorar son la presencia concomitante de onicomycosis y la reacción dermatofítica o IDES que cursa con la aparición a distancia de lesiones cutáneas vesiculosas mediadas por una reacción de hipersensibilidad.

El diagnóstico requiere una exploración física detallada junto con pruebas complementarias como examen directo con microscopía óptica y el cultivo para determinar la etiología.

- Microscopía óptica directa: Con muestras de escamas o tejido macerado y posterior visualización (tras tinción con solución de hidróxido potásico) de las hifas septadas de dermatofitos.
- Cultivo: En diferentes medios para aclarar la etiología y con resultados en aproximadamente 15-20 días.

Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen la dermatitis de contacto, psoriasis, eccema dishidrótico, candidiasis e infecciones bacterianas como impétigo y piodermatitis.

El tratamiento se basa en dos pilares, en primer lugar, deben evitarse (en la medida de lo posible) los factores predisponentes con medidas de higiene; y, en un segundo punto el tratamiento con antifúngicos.

Se debe iniciar con tratamiento tópico con agentes azólicos clásicos dos veces al día: clotrimazol, ketoconazol, miconazol, oxiconazol e isoconazol o en una única dosis de aplicación los más modernos y con mayor potencia como el sertaconazol, fenticonazol, butoconazol y alteconazol.

También pueden emplearse antimicóticos tópicos con acción miscelánea (y leve potencia antibacteriana y antiinflamatoria) como la terbinafina, amorolfina o ciclopiroxolamina en fina capa dos veces al día.

Es posible limitar a únicamente el tratamiento tópico siempre y cuando la evolución sea adecuada, las áreas a tratar sean pequeñas, cuando no sea posible el empleo de antifúngicos sistémicos o para evitar recaídas en micosis frecuentes como la tinea pedis.

Dentro de los antimicóticos sistémicos, la griseofulvina, por sus múltiples interacciones y efectos adversos (cefalea, náuseas, diarrea, fotosensibilidad, leucopenia y ginecomastia) ha quedado desfasada en la tinea pedis por tratamientos orales más modernos como fluconazol, itraconazol y terbinafina.

1. El fluconazol por sus características de solubilidad y escasa unión a proteínas plasmáticas puede administrarse una vez por semana en dosis de 150 a 300 mg durante 4 semanas.
2. El itraconazol, en pulsos de 100-200 mg cada 12 horas durante 7 días por mes, se debe administrar junto con alimentos, ya que metaboliza vía hepática. Presenta reacciones adversas en un 7% aproximadamente en forma cutáneas, gastrointestinal y aumento de transaminasas, por lo que no están indicadas en pacientes con patología hepática. Deben usarse con precaución en asociación con estatinas (simvastatina y lovastatina) por riesgo de rabdomiolisis, con anticoagulantes warfarínicos y antidiabéticos orales.
3. La terbinafina, en dosis de 250 mg diarios 4 semanas. Puede administrarse junto o sin alimentos, se excreta por el sebo (con alta afinidad por los lípidos y la queratina) por lo que se concentra en el estrato córneo de la piel, pelo y uñas. Está contraindicada en embarazo y lactancia. Como reacciones adversas destaca la cefalea, somnolencia y trastornos gastrointestinales.

CONCLUSIÓN

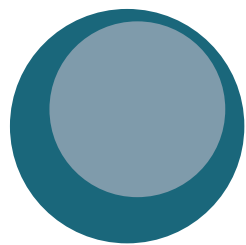
Las micosis cutáneas superficiales como la tinea pedis son prevalentes a nivel mundial. La forma intertriginosa simple que cursa con eritema y descamación en espacios interdigitales (entre 4º y 5º dedo) es la más frecuente.

En el diagnóstico diferencial se incluyen patología cutánea como dermatitis, psoriasis, candidiasis e infecciones bacterianas como impétigo y piodermatitis

Debe iniciarse el tratamiento tópico y, escalar a tratamiento sistémico con fluconazol, itraconazol o terbinafina hasta 4 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ward H, Parkes N, Smith C, Kluzek S, Pearson R. Consensus for the treatment of Tinea pedis: A systematic review of randomised controlled trials. *J Fungi (Basel)* [Internet]. 2022 [citado el 3 de noviembre de 2024];8(4):351. Disponible en: https://www.mdpi.com/2309-608X/8/4/351?utm_campaign=releaseissue_jofutm_medium=emailutm_source=releaseissueutm_term=titlelink92
2. Paugam A, Challier S, Rouges C, Guégan-Bart S. Micosis superficiales. *EMC – Tratado Med* [Internet]. 2023;27(2):1–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1636541023476891>
3. Walter Gubelin H, Rodrigo de la Parra C, Laura Giesen F. Micosis superficiales. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2011;22(6):804–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S071686401170493X>
4. Benedito Pérez de Inestrosa T, Vallecillos Pérez MM, Torres Andrés B, Molina Pérez- Aradros MN. Tiña pedis. *fml*. 2013; 17(8):2p
5. Puig L, Vilarrasa E. Tiña interdigital de los pies (pie de atleta): su diagnóstico y últimos avances en su tratamiento [Internet]. *El médico interactivo*. 2011. Disponible en: <http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/pieatleta.pdf>



CAFELITO

¡NO ME LO PUEDO CREER!

Es jueves, son las 8:30 de la mañana y ya tengo 4 sin cita en la puerta. El primero viene de otro pueblo, no saben si allí hay médico.. ¡Ea! pues conmigo que estoy solo para tres consultas, ya lo dice mi hermana “para nada que haces lo que te quejas leñe”. Le han visto ayer dos veces, esta noche otra vez y ahora viene de nuevo. Es un cólico. Hago una ecografía, creo que puedo, ¡VAMOOOS! ¡Soy un campeón!. Veo una piedra que obstruye un meato vesical, con una hidronefrosis severa del mismo lado. ¡Toma YA!. Le pongo tratamiento: diclofenaco, metamizol, paracetamol, tramadol, no me queda más que ponerle... Pienso en darle un abrazo, pero, aunque sería terapéutico, no le veo preparado para que un hombre, pasado en kilos, barbón y que no conoce, le dé un abrazo a las 9 de la mañana. Pido una ambulancia convencional para el traslado. Y vuelvo a empezar la consulta... Ya están los sin cita y los que tienen cita, todos mueven los nuevos tickets de la nueva máquina de turnos, no sé si es una pañolada o un homenaje por lo que acabo de hacer. Estoy contento, sólo llevo 1 hora de retraso. Las 11:30, llega la ambulancia, esto va bien, hoy sólo han sido 2 horas, Hoy va todo como la seda, bueno... 3 sin cita más. No hay problema que hoy estoy triunfando... Me viene a buscar mi compañera...

— ¿Se pueden llevar al paciente? ¿Quieres decir algo al compañero de la ambulancia?

— ¿? ¡Sorpresa!.

— No. Ya tienen el informe los pacientes, que se recupere pronto.

Mi compañera sonríe y se va. A los pocos minutos acude de nuevo

— Ya se lo han llevado, pero...

— ¿Pero..?

— Que no se lo quería llevar el compañero técnico de la ambulancia, que quería hablar con el médico, que eso no era motivo de derivación...

Veo doble, Estoy anonadado.

¡NO ME LO PUEDO CREER!, Mis compañeros están indignados... La verdad que, como muchos, y a pesar de llevar 11 años haciendo ecografía, haber ayudado en la formación de otros compañeros y que formaba parte del grupo de ecografía de Somamfyc, me puedo

seguir equivocando, de nuevo la duda y poco a poco empieza a surgir.

Contextualizo un poco, en los talleres, que doy con mis amigos del grupo de Salud Basado en las Emociones, soy Ira. Me he dado cuenta que me muevo mucho en la Ira, en el estallido, en la explosión, en la lucha contra la injusticia, en buscar lo que es justo, lo que es correcto, en la acción, en el ¡vamos coñ..!

Y por supuesto a medida que suben las sensaciones no lo puedo evitar, no puedo aguantar más y... estallo, exploto, explosiono. Y surge de mí sin poderlo parar. Mi compañera me mira asustada. La verdad no me extraña. Pero no puedo parar... de reir.

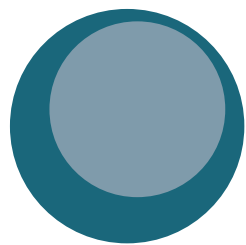
En esta ocasión no me he enfadado, no estoy indignado, ni tengo rencor o resentimiento.

¿Estoy sorprendido? Tal vez... O... esto que estudio está funcionando en mí... ¿Estoy Orgulloso de mí? En el libro “Universo de Emociones” de Rafael Bisquerra, señala que “El orgullo”, se trata de una emocional Social, y puede estar en el contexto negativo, “no dar tu brazo a torcer, aunque te hayas equivocado”, o tenerla en el contexto positivo, cuando versa sobre uno mismo o alguien cercano a nosotros. En este caso está relacionado con tu valía, con tu autoestima y te permite fluir desde la galaxia de la Ira a la galaxia del Amor, dirigiéndose al Respeto, hacia ti mismo, a admirarte por lo que eres capaz de hacer, a empoderarte para seguir adelante con lo amas y desde aquí, viajar, a la Alegría es mucho más fácil, por medio del sentido del humor.

He utilizado la energía de la acción de Ira, la inmediatez, el ahora, el presente, el tomar decisiones para alcanzar soluciones. Confiando en mí mismo. Además, me he reído. He sido capaz de unir la energía de Ira, Amor y Alegría. Si señores en este momento soy un Crack de los que define Victor Koppers.

Sigo mi consulta, acude otro paciente, tenía una neumonía, como yo le vi en la ecografía, ¡MADRE MÍA! que subidón otra vez. Miro el informe de urgencias... No aparece mi informe, ni siquiera el que yo le he derivado. Es como si mi intervención no hubiese existido. ¡ME CAGO...!, Me llama mi mujer.. me están escuchando despotricar a 70 Km, desde mi casa. Nada, a seguir madurando... ¡ARRGGGG!

JORGE JUAN PRADA PÉREZ
Grupo de Salud Basado en las Emociones



SALIR DEL CENTRO

CRÓNICA DE CURARTE: PRIMER CURSO DE INTRODUCCIÓN DE ARTE EN LA SALUD COMO ACTIVO SOCIAL Y SU PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA CELEBRADO EN UNA ASOCIACIÓN VECINAL DE BARRIO

■ Álvarez Pasquín MJ¹, Gómez Marco J¹, Cisneros Javierre AC¹, Hernández del Real J¹, Estalayo Gutiérrez B¹, Toral S.², Lis A³, Gil Lapetra C⁴, Krijnsen A.⁵, Mateo Sierra O⁶, Fernández Casado J⁷, Domingo C⁸, Sánchez P⁸, Shin S⁹.

⁽¹⁾ Médicos de familia de centros de salud universitarios Santa Hortensia, Las Calesas, Carabanchel alto, Fronteras de Torrejón de Ardoz, José María Llanos del SERMAS.

⁽²⁾ Actriz y profesora de teatro Sandra Toral Producciones.

⁽³⁾ Bailarín profesional y licenciado en Lengua Española en Brasil.

⁽⁴⁾ Medicina de Familia y anestesiista en el Hospital de Fuenlabrada (Madrid).

⁽⁵⁾ Profesora de danza y bailarina en Alexia Krijnsen Performing Arts Studio

⁽⁶⁾ Neurocirujana en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

⁽⁷⁾ Administrativo de centros de salud del SERMAS, presidente de la Compañía teatral amateur Hiparquía.

⁽⁸⁾ Perteneciente a la Asociación de vecinos Valle Inclán, de Prosperidad, Madrid.

⁽⁹⁾ Estudiante de Medicina de la UAM.

El 26 de febrero se llevó a cabo el primer curso de Iniciación del Arte en la Salud como Activo Social y su Prescripción en Atención Primaria, CurArte, en la sede de la **Asociación Vecinal Valle Inclán de Prosperidad** (AVVIP), ese barrio madrileño que alojó a Gabriel Celaya con su verso “La poesía es un arma cargada de futuro”, a Benedetti, a Pepe Bello de la del 27, y otros artistas. Este innovador curso, auspiciado por la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (**SoMaMFyC**) tiene como objetivo integrar el arte en el ámbito de la salud, promoviendo su uso como herramienta terapéutica y de bienestar en la Atención Primaria, como instruye la OMS en el documento de 2019. Sin ninguna vacilación, la Aso (AVVIP) —como la llaman sus miembros más activos— acogió la propuesta para reservar un hueco en su apretada agenda de actividades, entre las que incluyen inglés, yoga, filosofía, cine en domingo, coro, teatro etc. Incluir un curso sobre un activo social, en este caso el Arte en la Salud, en una asociación vecinal, es entrar de lleno en el aspecto comunitario de la especialidad de Medicina o Enfermería Familiar y Comunitaria. Si los profesionales todavía lo dudan y el programa de la especialidad no lo menciona, para los ciudadanos no existe ninguna duda. Eso es hacer barrio y hacer Comunidad. Infinitas gracias, en especial a Cristina.

El curso “**CurArte**” invita a descubrir cómo el arte no solo es una expresión de creatividad, sino también una herramienta poderosa en el ámbito de la salud y su prescripción en Atención Primaria como elemento claramente transformador en la vida de los pacientes, no exclusivamente en el plano mental, sino en pro-

cesos tan diferentes como EPOC, coma, ictus... Este recorrido está lleno de oportunidades para reflexionar sobre cómo las distintas formas de arte pueden ser implementadas como activos sociales en la promoción de la salud a muy diferentes niveles. Además, puedes ser una herramienta para prevenir el *burnout*, aunque no solucione otros problemas estructurales, como se constata en diversas publicaciones internacionales.

El evento comenzó de manera inspiradora, recibiendo a los participantes con la emblemática canción *People Have the Power* de Patti Smith, creando un ambiente de energía y esperanza. A lo largo del curso, los asistentes tuvieron la oportunidad de explorar diversas formas de arte y su aplicación en el contexto de la salud, desde la música y la pintura a la danza. La Dra. María José Álvarez Pasquín realizó una revisión apoyada en imágenes sobre la tradición de Medicina y Arte, intrínsecamente vinculadas y aprovechó para presentar el **Manifiesto sobre Arte y Salud** de la Fundación Cultura en vena, un llamamiento para integrar las artes en la salud pública. Este Manifiesto se dio a conocer en la **III Jornada de Arte y Salud** infantil de dicha fundación en el Museo Nacional Thyssen-Bornemisza, a la que acudieron representantes de varias instituciones para apoyarla, desde el Ministerio de Sanidad y el de Cultura, la Comunidad de Madrid, etc y contó, sobre todo, con la presencia de Christopher Bailey, director del departamento de Arte y Salud de la OMS, con el que tuvimos la fortuna de fotografiarnos. Su disertación fue impactante: si la Ciencia explica el universo y la vida, el Arte es la experiencia de ambos y comenzó cantando para todos.

Sandra Toral, actriz y profesora de teatro, tras la introducción de la Dra. Álvarez Pasquín, coordinadora del proyecto, abriendo el fuego con la pregunta “¿Qué es el Arte?” y si se debe recetar o no como una pastilla. Toral insistió sobre la necesidad de establecer un vínculo de transferencia entre profesional y paciente para que se establezca el clima que permita la confianza y el grado de sanación pertinente.

No faltó el teatro con el estreno mundial de *El turno de Maru Oviedo*, en el que intervinieron de forma *amateur* Puri Sánchez y Cristina Domingo, vecinas de la Prospe; Sumie Shin, estudiante de Medicina de la UAM, Jesús Fernández Casado, presidente de **Hiparquia**, compañía de teatro social, y administrativo de centros de salud y el Dr. Álvaro Galán haciendo el papel de médico. Las risas rompieron el hielo de la jornada, favoreciendo un clima cómodo para la escucha de las diversas ponencias abiertas que deliberaban sobre la evidencia científica existente sobre las diferentes ramas de las artes aplicadas a la salud. Además, se contó con la *performance* de **Andrés Lis**, bailarín renombrado de origen brasileño, que aborda la angustia de la sala de espera y su resolución y las actuaciones de Cristina Gil, médica, y **Alexia Krijnsen**, bailarina profesora de danza, con una interpretación clásica y el toque de humor del cabaret para ilustrar los beneficios terapéuticos del baile en diferentes enfermedades.

Y hablando sobre enfermedades, Sonia e Iván contaron su experiencia personal con el arte para mejorar su salud. Sonia refirió cómo su miastenia gravis y su TDAH entraban en contraposición en su yo más íntimo y cómo encontraba la manera de que dejaran de ser antagonicos con un teatro de propia creación, la música y la adaptación de su vivienda con toque creativo personal. Iván contó cómo salió de un shock post-traumático con la ayuda del ejercicio físico y la pintura de objetos, conchas marinas en su caso. Refi-

rió la evasión de su mente al concentrarse en el proceso creativo hasta volver “a ser la persona de antes”.

No faltó la música en directo. La Dra. Ana Carmen Cisneros interpretó *Volver*, el conocido tango, antes de explicar su experiencia sobre la prescripción de Arte en el **proyecto SaludArte** llevado a cabo en el centro de salud universitario-Santa Hortensia, junto con el Dr. Jorge Hernández que contó los beneficios en la salud de las artes escénicas. La Dra. Olga Mateo habló sobre medicina narrativa y literatura aplicada a los pacientes, basada en su tesis. La Dra. Beatriz Estalayo sobre su estudio de aplicación de música con el método Berard para mejorar la ansiedad y la depresión en pacientes de atención primaria. Y el Dr. Javier Gómez Marco bajó al terreno práctico, marcando un camino para poder aplicar la prescripción de arte en atención primaria, con el acrónimo de acuño personal, PA-AP.

El curso culminó de manera emotiva con la interpretación corporal del himno *Because the Night* de la misma cantante, Patti Smith, con la aparición estelar del Dr. Álvaro Galán dirigido por Sandra Toral, dejando a los participantes con una sensación de conexión y empoderamiento. Los organizadores del curso destacaron la importancia de estas iniciativas para fomentar el bienestar emocional y mental de las personas, y anunciaron que planean realizar más ediciones en el futuro. Y todos firmaron, en una hoja y en un lienzo colectivo, manifiesto de Arte y Salud, PA-AP.

Como dijimos, El Arte en la Medicina desde Atención Primaria puede aplicarse en formación continuada y docencia a estudiantes y residentes, fomentando la comprensión de los pacientes, y como terapia coadyuvante, según instruye la OMS (2019), además de para la humanización de los entornos. **Si el Arte es vida, los centros de salud son un entorno natural para su prescripción (PA-AP).**

BIBLIOGRAFÍA

1. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. PMID: 32091683. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553773/>
2. Ávila Valdés Noemí. Momentum arte y salud. Comunidad [Internet]. 2024 [citado 2025 Mar 08] ; 26(2): 75-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962024000200006&lng=es. Epub 07-Oct-2024. <https://dx.doi.org/10.55783/comunidad.260206>.
3. Guardiola E, Baños JE. ¿Y si prescribimos arte? El papel del arte en la mejora de la salud y el bienestar. Rev Med Cine [Internet]. 2020 Sep [citado 2025 Mar 08] ; 16(3): 149-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-52102020000300002&lng=es. Epub 16-Nov-2020. <https://dx.doi.org/10.14201/rmc2020163149153>.
4. Ávila-Valdés, N. (2021). Investigación en salud basada en las artes. Reflexiones desde la experiencia Madrid Salud. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 12(2), 820-845. <https://doi.org/10.21501/22161201.3466>
5. Bungay H, Jensen A, Holt N. Critical perspectives on Arts on Prescription. Perspect Public Health. 2024 Nov;144(6):363-368. doi: 10.1177/17579139231170776. Epub 2023 May 12 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11619186/>
6. Jensen A, Holt N, Honda S, Bungay H. The impact of arts on prescription on individual health and wellbeing: a systematic review with meta-analysis. Front Public Health. 2024 Jul 9;12:1412306. doi: 10.3389/fpubh.2024.1412306 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11264378/>

7. Jensen A, Bungay H. Swedish primary healthcare practitioners' perspectives on the impact of arts on prescription for patients and the wider society: a qualitative interview study. BMC Health Serv Res. 2021 Nov 26;21(1):1277. doi: 10.1186/s12913-021-07258-7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8626132/>
8. Estalayo-Gutiérrez B, Álvarez Pasquín MJ, Germain F. Approach to Mental Health Through a Frequency Modulated Auditory Intervention: A Controlled and Randomized Clinical Trial. J Clin Med. 2025 Jan 6;14(1):288. doi: 10.3390/jcm14010288. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11721829/>
9. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open. 2017;7 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5558801/>
10. Álvarez Pasquín MJ, García Urosa L, Cisneros Javierre AC, Soler González M ¿Podemos prescribir arte desde Atención Primaria? Una experiencia comunitaria en la sala de espera 2010-2023 (Póster) <https://www.comunicacionescongresosemfyc.com/comunicacion/podemos-prescribir-arte-desde-atencion-primaria-una-experiencia-comunitaria-en-la-sala-de-espera-2010-2023-poster-5-2023#:~:text=Aplicabilidad,la%20humanizaci%C3%B3n%20de%20los%20entornos.>

¿MÁS IMÁGENES?

El rock cura. <https://mariskalrock.com/actualidad/el-rock-cura-el-primer-curso-de-iniciacion-de-arte-en-salud-se-inicio-y-finalizo-con-himnos-de-patti-smith/>

Pinceladas 1: <https://www.instagram.com/p/DG04zhuN45i/>

Pinceladas 2: https://www.instagram.com/p/DGIuInC-tEz/?img_index=1



Figura 1. Sandra Toral con María José Álvarez Pasquín.



Figura 2. Performance de Andrés de Lis sobre la angustia y resolución en la sala de espera.

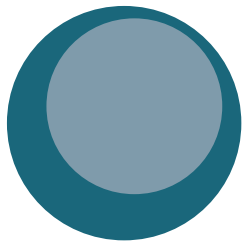


Figura 3. Alexia Krijnsen con Cristina Gil.



Figura 4. Representación de *El turno* de Maru Oviedo en local de la Asociación vecinal Valle Inclán de Prosperidad (Madrid)

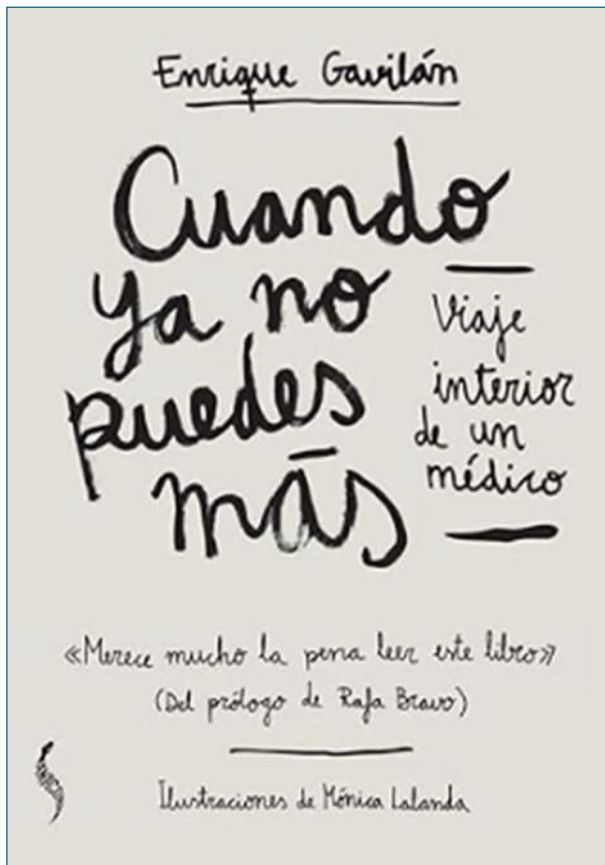
* Todas las imágenes tomadas son con el consentimiento de los participantes.



TABERNA DE PLATÓN

CUANDO YA NO PUEDES MÁS

■ Enrique Gavilán
Anaconda Editions



Como bien dice el prólogo de Rafa Bravo: “merece mucho la pena leer este libro” con ilustraciones de Mónica Lalanda. **Cuando ya no puedes más** es un libro de Enrique Gavilán que hace un recorrido por la vida humana y profesional de este médico, repasando su trayectoria desde los inicios, por las épocas de luces y de sombras, hasta navegar en algunas arenas movedizas, y aterrizajes en la superficie. Un relato honesto y valiente, en el que este compañero va desgranando un duro fragmento de su vida, y comparte desde lo más profundo de su interior sus vivencias y pensamientos en un momento crítico para la medicina, en concreto para la Medicina de Familia. Donde la crisis de la profesión, y estructural del sistema, lo arrastra en su corriente pantanosa hacia el temido, poco conocido y reconocido *burnout* (síndrome de desgaste profesional). Mientras tanto, el autor lucha durante años por vadear sus aguas, como si fuera en una patera en mar abierto, con los pocos recursos

de los que disponemos, y en ocasiones como único acompañante de sí mismo.

A corazón abierto, también vemos un retrato de la Atención Primaria desde dentro, esa gran desconocida y pieza elemental del sistema sanitario. Desde la visión idealizada y romántica de lo que pudo ser la especialidad, hasta sus cavernas y pasadizos más profundos del día a día de la consulta.

El libro se divide en varios capítulos, donde acompañamos al autor en este camino, que nos resulta a veces tan conocido como presente; otras, como un aviso visto en otros compañeros; y en todo caso, como un aprendizaje. Me he sentido muy comprendida cuando leía las reflexiones y dicotomías que se plantea este médico rural, en su día a día y sus medios plazos, porque bien podrían haber sido los míos propios. La parte más crítica y nuclear se desarrolla entre los años de 2010 a 2015, hace quince años, pero que sigue perfectamente vigente, y podría trasladarse al escenario actual de la Atención Primaria, pues la mayoría de las cosas siguen parecidas, alguna quizás ha mejorado y otras tantas han continuado su declive.

Se tratan la pérdida de horizontes, la falta de recursos (materiales y profesionales), la sobrecarga asistencial, el deterioro de las condiciones laborales, la burocratización, el desprestigio social, incluso en ocasiones la sensación de desprecio por parte de nuestros superiores, y tantas otras dificultades, que siguen presentes en nuestro día a día de la práctica clínica. Entre todos los obstáculos destacaría la reflexión que se hace sobre la “medicalización de la vida”, que tal y como describe el autor sería la “pérdida de capacidad del individuo y la sociedad de responder ante la adversidad, la enfermedad y los acontecimientos de la vida” que resulta un punto clave en el exceso de demanda, la sobrecarga de nuestras consultas y la consiguiente frustración agotadora de los profesionales.

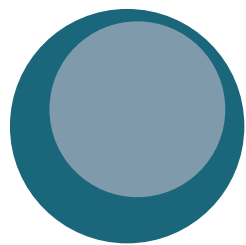
Médicos sí, pero también personas. En este contexto hostil, leer el análisis desde este punto de vista humano, íntimo y cercano creo que nos permite empatizar, y sentirnos comprendidos, lo cual no es poco en estos días. Frente a la sensación de hastío, de quejas, de aburrimiento de repetir nuestros problemas

sin encontrar solución real, la mirada individual, solo una pequeña pieza de este engranaje alienador es el todo, porque en muchos momentos todos somos el autor. De repente te das cuenta de que cada pequeña parte del sistema es tan importante como el sistema en sí, y de que cuidar de los profesionales, de los compañeros y de las circunstancias en las que desarrollan su trabajo es una pieza clave en este tren que lleva años haciendo chispas. Como bien predicamos en las consultas, “el cuidador debe cuidarse primero para poder cuidar”, como en los aviones, “en caso de despresurización primero la mascarilla del adulto y después la de los niños”. Pues los médicos también nos tenemos que priorizar, y cuidarnos, porque si no, no podremos ayudar a nadie más. Es más, podemos resultar peligrosos (para otros o para nosotros mismos) y causar otros daños colaterales no intencionados. El relato es en ocasiones un *déjà vu*; en momentos, “un aviso”; y en todo el tiempo, una realidad palpable, sincera y demoledora. Al final del viaje, el autor incluso aporta una humilde reflexión sobre “remedios provisionales” que podrían resultar

útiles para él y probablemente para muchos de nosotros también.

Se plantean muchas cuestiones profesionales y dilemas éticos a lo largo de todo el libro, reflexionando acerca de las posibles alternativas, a las que este médico intenta dar respuesta con honestidad en su circunstancia. Además, está repleto de referencias a otros autores, que trae a colación a lo largo del relato como *Las confesiones del Dr. Sach* (Martin Winckler), *Las babas del diablo* (Julio Cortázar), *La sociedad del cansancio* (Byung-Chul Han), Kafka, etc. De forma que dan ganas de releerlo varias veces, tomando notas con papel y boli para exprimirlo mejor. Me parece un libro de mesilla, absolutamente recomendable para todos los compañeros médicos de cualquier especialidad y sanitarios en general, porque hace un retrato tan fiel como agridulce de nuestra profesión con sus grandezas y miserias.

GARCÍA GARCÍA B.
GdT de Bioética de la SoMaMFyC



LECTURA COMENTADA

1. UN ANTIDIABÉTICO PARA DORMIR MEJOR

■ Arredondo Alcayna J.^a, Ayala Terrados L.^b, Muñoz Castillo M.^c

^(a) Médico residente de 3º año de MFYC. CS Valle de la oliva. Majadahonda. Jorge.arredondo.externo@salud.madrid.org

^(b) Médico residente de 4º año de MFYC. CS Valle de la oliva. Majadahonda

^(c) Médico residente de 3º año de MFYC. CS Las Américas. Parla

Se ha publicado recientemente el estudio SURMONT-OSA¹ en el *New England Journal Of Medicine* que evalúa si la tirzepatida es un tratamiento efectivo en la apnea obstructiva del sueño (AOS).

La AOS es una enfermedad que se caracteriza por la oclusión total o parcial de la vía aérea de manera recurrente durante el sueño. Se puede acompañar de síntomas que afectan de manera importante a la calidad de vida del individuo como somnolencia diurna, ronquidos, pausas de apnea observadas por el cónyuge y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares¹. Para confirmar el diagnóstico se requiere de una prueba del sueño (poligrafía respiratoria y/o polisomnografías) en la que se confirme un índice de apneas/hipopneas (IAH) mayor o igual a 5. El IAH es un parámetro que mide el número de apneas-hipopneas por hora que suceden durante el sueño. Se clasifica en leve (IAH entre 5 y 14), moderado (IAH 14-29) y severo (IAH >29)². La obesidad se constituye como uno de los principales factores de riesgo para esta enfermedad, incluyendo también otra serie de enfermedades como malformaciones craneofaciales o afectaciones a nivel neurológico².

Actualmente, el tratamiento principal de la AOS es la presión continua positiva de la vía aérea (*continuous positive airway pressure*: CPAP). Se ha constatado que el uso de esta disminuye el IAH y reduce los síntomas asociados a la enfermedad¹. Existen otras alternativas de tratamiento como los dispositivos de avance mandibular o cirugías de la vía aérea superior en casos de mala tolerancia a CPAP o ante pacientes seleccionados. Sin embargo, no hay un tratamiento farmacológico que haya sido aprobado para el tratamiento de la AOS^{1,2}.

La tirzepatida es un fármaco que actúa como agonista dual de receptores polipéptido insulínico dependiente de glucosa (GIP) y de péptido-1 similar a glucagón (GLP-1) mejorando la secreción y la sensibilidad a insulina y aumentando la captación de glucosa a nivel celular³. Este fármaco ha demostrado en los pacientes diabéticos reducciones importantes de peso, mejoras de las cifras de tensión arterial y reducción de los

marcadores inflamatorios^{1,3}. Dadas las complicaciones que se encuentran en la AOS es interesante estudiar qué tipo de impacto podría tener el uso de tirzepatida en pacientes con AOS y obesidad.

Bajo este planteamiento nace el estudio SURMOUNT-OSA, un ensayo clínico en el que se compara la eficacia de tirzepatida frente a placebo en pacientes con AOS, con la hipótesis de que tirzepatida puede mejorar la clínica del AOS, disminuyendo el IAH. Se trata de un ensayo clínico fase 3 doble ciego aleatorizado, multicéntrico (60 centros en 9 países diferentes) para evaluar la eficacia y la seguridad de la dosis máxima tolerada de tirzepatida (10-15 mg semanales) en pacientes con AOS y obesidad, con un tiempo de seguimiento de 52 semanas.

Los criterios de inclusión principales fueron: tener un diagnóstico de AOS moderado-severo (IAH >14) y de obesidad (IMC >30; >27 en Japón). Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, pérdida de peso de más de cinco kilos en los tres meses previos al inicio del estudio, planificación quirúrgica para tratamiento de AOS y/o obesidad y malformaciones craneofaciales.

Se crearon dos grupos; un primer grupo en el que, a pesar del diagnóstico de AOS, los pacientes no utilizaban o no toleraban la CPAP; y un segundo grupo que sí había utilizado la CPAP durante al menos tres meses consecutivos, y que planeaban continuar con esta durante el ensayo. Tras cuatro semanas de despistaje y una vez conocido si utilizaban CPAP, fueron asignados de manera aleatoria 1:1 para iniciar tratamiento con tirzepatida o placebo. Se incluyeron a un total de 469 pacientes. En el primer grupo había un total de 234 sujetos, de los cuales, 114 recibieron tratamiento con tirzepatida; y 120, con placebo. Mientras que en el segundo grupo hubo un total de 235 individuos, de los cuales, 120 recibieron tratamiento con tirzepatida; y 115, con placebo. El IAH fue medido en laboratorio mediante la realización de polisomnografías nocturnas en el despistaje, en la semana 20 y en la semana 52.

El objetivo primario del estudio fue la disminución del IAH. Como objetivos secundarios se valoraron numero-

sas variables destacando cambios en la tensión arterial, variaciones en el peso y cambios en la calidad del sueño medidas a través de dos formularios (PROMIS Sleep Related Impairment, PROMIS Sleep Disturbance Score). Todos estos objetivos fueron valorados desde el comienzo del estudio hasta la semana 52, a excepción de las cifras de tensión arterial que fue evaluado en la semana 48 para evitar suspender la CPAP en casos con mal control. A todos los participantes se les dieron recomendaciones médico-dietéticas y de ejercicio físico para realizar durante el período de intervención.

Como resultados en el objetivo principal se encontraron:

En el primer grupo, al final del estudio se apreció un cambio en el IAH de -25.3 con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) de -29.3 a -21.2 en los pacientes en tratamiento con tirzepatida, y un cambio en el IAH de -5.3 (IC 95%: -9.4 a -1.1) en los pacientes en tratamiento con placebo. Diferencia estimada estadísticamente significativa en el IAH: -20.0 (IC 95%: -25.8 a -14.2; $p < 0.001$).

En cuanto al segundo grupo, se evidenció un cambio en el IAH de -29.3 (IC 95%: -33.2 a -25.4) en los pacientes en tratamiento con tirzepatida, y un cambio en el IAH de -5.5 (IC 95%: -9.9 a -1.2) en los pacientes en tratamiento con placebo. Por lo que, en comparación, se evidencia una diferencia estimada de -23.8 eventos a la hora en los pacientes que han recibido de tratamiento la tirzepatida, con significación estadística (IC 95%: -29.6 a -17.9; $p < 0.001$).

Como resultado en las variables secundarias se demostró:

En el primer grupo: sobre el peso se constató una diferencia estimada de -16.1 kg en los casos que habían recibido la tirzepatida, con significación estadística (IC 95%: -18.0 a -14.2; $p < 0.001$). Sobre la tensión arterial se apreció una diferencia estimada en las cifras de tensión arterial sistólica de -7.6 mmHg en los casos que habían recibido la tirzepatida, con significación estadística (IC 95%: -10.5 a -4.8; $p < 0.001$).

En el segundo grupo: respecto al peso se demostró una diferencia estimada de -17.3 kg en los casos que han recibido tratamiento la tirzepatida, con significación estadística (IC 95%: -19.3 a -15.3; $p < 0.001$). En cuanto a la tensión arterial se comprueba una diferencia estimada de -3.7 mmHg en los casos que han recibido tirzepatida, con significación estadística (IC 95%: -6.8 a -0.7; $p = 0.02$).

Para la calidad del sueño se evaluó a los dos grupos de manera unificada comparando entre aquellos que recibieron tratamiento con tirzepatida o placebo independientemente de si utilizaron la CPAP. Se apreció una diferencia estimada en el PROMIS Sleep related Impairment T score de -3.9 puntos (IC 95%: -5.7 a -2.2; $p < 0.001$) y en el PROMIS Sleep Disturbance T Score de -3.1 puntos (IC 95%: -4.5 a -1.5; $p < 0.001$) en los casos que han recibido como tratamiento tirzepatida, demostrándose significación estadística.

Los autores afirman que el cambio en el IAH de los pacientes que han recibido tratamiento con tirzepatida es clínicamente significativo, ya que la *American Academy of Sleep Medicine* define como cambio clínico relevante la disminución mayor o igual en el IAH de -15³, junto a otras variables concordantes que han sido analizadas en el estudio (reducción de proteína c reactiva de alta sensibilidad, disminución de la puntuación en la escala de Epworth, disminución del daño asociado a la hipoxia y mejoría de la calidad del sueño).

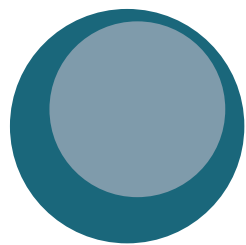
Además, en el estudio se demuestra que la tirzepatida es efectiva contra placebo en reducción del peso y en la mejoría de la tensión arterial, que son complicaciones importantes a valorar y tratar en los pacientes con AOS.

Como limitaciones de este trabajo, cabe destacar que la corta duración de la intervención no permite extraer conclusiones sobre complicaciones cardiovasculares a largo plazo, que no se hayan incluido pacientes con sobrepeso o índice de masa corporal normal, y que no existen investigaciones que hayan investigado el tratamiento con tirzepatida durante más de 52 semanas.

La conclusión es que los pacientes que recibieron tratamiento con tirzepatida mejoraron en el IAH y en la calidad del sueño y experimentaron una reducción de los factores de riesgo cardiovasculares asociados a la AOS (disminución significativa de la cifra de tensión arterial sistólica y del peso). Como médicos de familia, debemos ser prudentes en el uso de cualquier fármaco de comercialización reciente, aunque este estudio nos anima a reevaluar a los pacientes con AOS y obesidad en consulta, comentarles los beneficios descritos, y plantearles la posibilidad de iniciar este tratamiento, valorando la barrera económica que supone su coste, y las incertidumbres aún existentes, tales como la ausencia aún de resultados a más largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malhotra A, Grunstein RR, Fietze I, Weaver TE, Redline S, Azarbarzin A, et al. Tirzepatide for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Obesity. *N Engl J Med* 2024; 391:1193–205. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2404881>.
2. Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso-Álvarez ML, Almendros I, Alonso-Fernández A, et al. Spanish Sleep Network. Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. *Archivos de Bronconeumología* 2022; 58(1):52–68. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017>
3. Forzano I, Varzideh F, Avisato R, Jankauskas SS, Mone P, Santulli G. Tirzepatide: A Systematic Update. *IJMS* 2022;23:14631. <https://doi.org/10.3390/ijms232314631>



LECTURA COMENTADA

2. MÁS ALLÁ DE LA DIABETES: ¿UNA NUEVA ESPERANZA PARA EL ALZHEIMER Y LA NEUROPSIQUIATRÍA?

■ del Valle Martín I¹., Llanes de Torres R².

⁽¹⁾ Médico residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Panaderas, Fuenlabrada (Madrid)

⁽²⁾ Médico de familia. Consultorio local de Pelayos de la Presa (Madrid)

Traemos hoy a esta sección el exhaustivo estudio publicado recientemente en *Nature Medicine*¹ sobre una de las familias terapéuticas que más ha impactado en nuestra sociedad: los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1, o simplemente aGLP-1) como tratamiento de la diabetes y la obesidad. Como bien sabemos estos fármacos han ganado una popularidad considerable en la última década debido a sus propiedades protectoras cardiovasculares y renales, así como a sus grandes efectos sobre la pérdida de peso²⁻³. Disponemos de múltiples estudios que analizan su efecto farmacológico⁴, así como de una amplia variedad de ensayos clínicos que establecen un sólido perfil de seguridad cardiovascular⁵. Pero, y ¿qué ocurre con los efectos secundarios detectados al implementar su uso para el tratamiento de nuestros pacientes? ¿Se ha ido más allá a la hora de investigar sobre la efectividad y los riesgos de estos productos? Efectivamente, junto con su espectacular aumento de uso, también están surgiendo informes de estudios observacionales y ensayos controlados aleatorizados que sugieren un aumento de los ya conocidos riesgos de varios efectos secundarios gastrointestinales⁶, pero también una disminución en los riesgos de trastorno por uso de sustancias y, posiblemente, de enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson⁷⁻⁹. Por todo ello, resulta sugerente este trabajo en el cual, a través de un enfoque innovador, se realiza por primera vez una evaluación de manera integral sobre la efectividad y los riesgos de los agonistas del receptor GLP-1, abarcando una variedad de resultados, en comparación con el uso de sulfonilureas, inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (i-DPP4), e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (i-SGLT2).

El estudio se llevó a cabo utilizando una base de datos del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos para crear como primer objetivo una cohorte de personas con diabetes que iniciaron aGLP-1 (n=215.970), a las que se comparó con aquellas que iniciaron sulfonilureas (n=159.465), i-DPP4 (n=117.989) o i-SGLT2 (n=258.614), un grupo control formado por una proporción igual de individuos que iniciaron sulfonilureas, i-DPP4, e i-SGLT2 (n=536.068),

y un grupo de control de 1.203.097 individuos que continuaron con el uso de antihiper glucemiantes no aGLP-1 (atención habitual). Como segundo objetivo se evaluaron 175 desenlaces clínicos para determinar beneficios y riesgos asociados con el uso de aGLP-1. El reclutamiento de pacientes tuvo lugar entre el 1 de octubre de 2017 y el 31 de diciembre de 2023, y fueron seguidos durante una mediana de 3.68 años.

Como resultados principales, en comparación con el uso de sulfonilureas, el uso de aGLP-1 se asoció con un riesgo reducido de 23 (13,14%) situaciones clínicas, incluyendo neumonía, bronquitis, EPOC, ideación suicida, coagulopatía y trastornos de la coagulación; y un riesgo aumentado de 14 (8%) situaciones clínicas, incluyendo náuseas y vómitos, ERGE, trastornos del sueño, dolor óseo y dolor abdominal. En comparación con el uso de inhibidores de DPP4, el uso de aGLP-1 se asoció con un riesgo reducido de 30 (17,14%) situaciones clínicas, incluyendo insuficiencia respiratoria, secuelas posttrombóticas, neumonía, anemia e infecciones bacterianas; y un riesgo aumentado de 13 (7,43%) situaciones clínicas, incluyendo náuseas y vómitos, ERGE, trastornos del sueño, hipotensión, cefalea y nefrolitiasis. En comparación con el uso de inhibidores de SGLT2, el uso de aGLP-1 se asoció con un riesgo reducido de 20 (11,43%) situaciones clínicas, incluyendo condiciones inflamatorias de los órganos genitales masculinos y pélvicos femeninos, trastornos por uso de alcohol, infecciones fúngicas y trombosis venosa profunda; y un riesgo aumentado de 29 (16,57%) situaciones clínicas, incluyendo anemia, náuseas y vómitos, nefrolitiasis, ERGE y dolor abdominal.

Respecto a los resultados de aGLP-1 frente a un grupo control compuesto que incluía una distribución equitativa de las tres clases de antihiper glucemiantes, en comparación con el grupo control compuesto, el uso de aGLP-1 se asoció con un riesgo reducido de 34 (19,43%) situaciones clínicas, incluyendo neumonía, trastornos por uso de alcohol, insuficiencia respiratoria, EPOC e ideación suicida; y un riesgo aumentado de 17 (9,71%) situaciones clínicas, incluyendo náuseas y vómitos, ERGE, dolor abdominal, nefrolitiasis y trastornos del sueño.

En relación con los resultados de agregar aGLP-1 a un plan de tratamiento en comparación con la continuación de un plan de tratamiento existente sin la adición de aGLP-1; la adición de aGLP-1 se asoció con una disminución del riesgo en 42 (24%) desenlaces clínicos y aumento del riesgo en otros 19 (10,86%), mientras que no se encontró una asociación estadísticamente significativa en 114 (65,14%) resultados.

Por último, cabe destacar la efectividad de los aGLP-1 en algunos resultados: en primer lugar, neuropsiquiátricos, pues parecen producir una reducción del riesgo de trastornos psiquiátricos, convulsiones, enfermedades neurocognitivas (incluyendo Alzheimer y demencia). Además, mostraron riesgo disminuido de coagulopatía y trastornos de coagulación; enfermedades cardiometabólicas (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca incidente, accidente cerebrovascular, lesión renal aguda y enfermedad renal crónica) e infecciones respiratorias, incluidas bacterianas, neumonía, derrame pleural e insuficiencia respiratoria.

Sin embargo, también se identificaron riesgos aumentados de trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, ERGE...), aumento del riesgo de hipotensión y síncope por su efecto hemodinámico (por ello se debe realizar monitoreo de la presión arterial en pacientes con aGLP-1); trastornos del sueño, artritis, nefrolitiasis, nefritis intersticial y pancreatitis inducida por fármacos.

Los propios autores mencionan que el estudio presenta fortalezas como el uso de una base de datos amplia, además de que el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos ofrece una cobertura médica integral que reduce la probabilidad de que la elección del tratamiento antihiper glucemiante esté influenciada por el estado financiero del paciente. En cambio, también refieren que presenta limitaciones como que al incluir el uso de veteranos estadounidenses (que en su mayoría son hombres blancos y mayores), puede no representar a la población general y podría limitar la generalización de resultados ya que los efectos de salud del uso de aGLP-1 pueden variar según la edad, raza, etnia y sexo.

Podemos concluir, por tanto, que los aGLP-1 han demostrado beneficios más allá del control glucémico, lo que refuerza su papel en el manejo integral de la diabetes tipo 2, especialmente en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Dado que la obesidad y otros mecanismos biológicos asociados a los receptores GLP-1 son determinantes en múltiples patologías, estos hallazgos podrían suponer una prometedora esperanza para nuevas estrategias de abordaje. Cabe sugerir que futuras investigaciones deberían aprovechar la pleiotropía de estas moléculas para evaluar su impacto en diversas enfermedades, en particular, su potencial uso como terapéutica primaria o adyuvante para el manejo del trastorno por abuso de sustancias, trastornos psicóticos y trastornos depresivos. De hecho, están en marcha estudios como el EVOKE y EVOKE+¹⁰, dos ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, que investigan el efecto y la seguridad de la semaglutida oral en sujetos con enfermedad de Alzheimer temprana, de los que se espera que publiquen sus primeros resultados en septiembre de 2025.

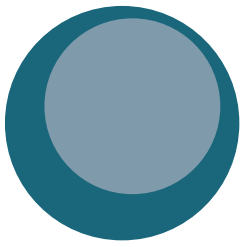
En nuestra práctica clínica, estos hallazgos podrían ser relevantes para el abordaje de nuestros pacientes en atención primaria más allá del manejo propiamente dicho de la diabetes. Aunque los resultados varían según el grupo comparador, muestran consistentemente efectos que van más allá de los beneficios cardiovasculares previamente conocidos. Aunque no olvidemos, por otro lado, que a pesar de los numerosos beneficios identificados, los aGLP-1 presentan efectos adversos y riesgos que debemos tener en cuenta a la hora de prescribirlos, especialmente a aquellos pacientes más vulnerables, como adultos mayores o con comorbilidades gastrointestinales o renales. Como siempre, deberemos individualizar el tratamiento desde un enfoque integral.

Parece que cada vez usaremos más “glutidas”. En este sentido, insistimos en que nos ha llamado particularmente la atención la utilidad potencial de los aGLP-1 en trastornos neuropsiquiátricos, con un eventual efecto neuroprotector, cuya confirmación extendería sin duda el ya abundante uso de estos fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xie Y, Choi T, Al-Aly Z. Mapping the effectiveness and risks of GLP-1 receptor agonists. *Nat Med* [Internet]. 2025. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-024-03412-w>
2. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2024;391(2):109–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2403347>
3. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, et al. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. *N Engl J Med* [Internet]. 2023;389(12):1069–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2306963>
4. Müller TD, Finan B, Bloom SR, D'Alessio D, Drucker DJ, Flatt PR, et al. Glucagon-like peptide 1 (GLP-1). *Mol Metab* [Internet]. 2019;30:72–130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.molmet.2019.09.010>

5. Andersen A, Lund A, Knop FK, Vilsbøll T. Glucagon-like peptide 1 in health and disease. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2018;14(7):390–403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41574-018-0016-2>
6. Sodhi M, Rezaeianzadeh R, Kezouh A, Etminan M. Risk of gastrointestinal adverse events associated with glucagon-like peptide-1 receptor agonists for weight loss. *JAMA* [Internet]. 2023;330(18):1795–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.19574>
7. Wang W, Volkow ND, Berger NA, Davis PB, Kaelber DC, Xu R. Association of semaglutide with risk of suicidal ideation in a real-world cohort. *Nat Med* [Internet]. 2024;30(1):168–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-023-02672-2>
8. Rubin R. Could GLP-1 receptor agonists like semaglutide treat addiction, Alzheimer disease, and other conditions? *JAMA* [Internet]. 2024;331(18):1519–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2024.1017>
9. Wang W, Volkow ND, Berger NA, Davis PB, Kaelber DC, Xu R. Association of semaglutide with tobacco use disorder in patients with type 2 diabetes : Target trial emulation using real-world data: Target trial emulation using real-world data. *Ann Intern Med* [Internet]. 2024;177(8):1016–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/M23-2718>
10. Cummings JL, Atri A, Feldman HH, Hansson O, Sano M, Knop FK, et al. evoke and evoke+: design of two large-scale, double-blind, placebo-controlled, phase 3 studies evaluating efficacy, safety, and tolerability of semaglutide in early-stage symptomatic Alzheimer's disease. *Alzheimers Res Ther* [Internet]. 2025;17(1):14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13195-024-01666-7>



CARTA AL DIRECTOR

1. DIABETES TIPO 1 Y MENOPAUSIA

■ María Tablado M.A.
GdT Diabetes SoMaMFyC
GDT Mujeres y Diabetes Sociedad Española de Diabetes (SED)

La menopausia es un reto para los profesionales responsables del cuidado y manejo de la diabetes tipo 1 (DM1) en estas mujeres. Existen muchas preguntas que tiene una respuesta de momento basada en evidencias muy discretas y que sería un objetivo y un reto junto con la formación en entrevista clínica de los mismos.

¿ESTÁ ALTERADA LA RESERVA OVÁRICA EN MUJERES CON DIABETES TIPO 1?

Dada la información contradictoria sobre la reserva ovárica en mujeres con DM1, los estudios actuales en menopausia nos informan sobre la posible presencia de un envejecimiento reproductivo más temprano en estas mujeres. Sin embargo, pocos estudios examinan este tema y no han encontrado asociaciones sólidas entre la DM1 y la edad de la menopausia. Siendo la gravedad de la DM1 uno de los factores que podría contribuir a una menopausia más temprana. En la cohorte de Investigación prospectiva europea sobre cáncer y nutrición (EPIC) entre las mujeres diagnosticadas de DM1 antes de los 20 años, la menopausia se produjo significativamente antes. Sin embargo, estudios más recientes no observan diferencias en la edad de la menopausia en mujeres con y sin DM1. Sjöberg et al informaron que el cese de la menstruación se produjo a una edad similar en mujeres con DM1 y mujeres sin diabetes¹. El estudio OVADIA (Ovarian Ageing in Type 1 Diabetes mellitus) encontró una edad idéntica en la menopausia en aquellas mujeres con DM1 en comparación con aquellas sin ella. La edad de la menopausia tampoco se relacionó en ningún estudio con la gravedad de la diabetes o la intensidad del control de la misma.

El impacto de la diabetes en la función reproductiva y el envejecimiento es un fenómeno complejo. Una multitud de factores relacionados con la diabetes pueden alterar la función hipotalámica, pituitaria y ovárica. El daño microvascular responsable de la retinopatía proliferativa y la nefropatía puede extenderse a los órganos endocrinos incluidos los ovarios. Se necesitan estudios longitudinales que evalúen los posibles mecanismos del envejecimiento ovárico en mujeres con diabetes, dada la creciente carga de diabetes entre

las mujeres en edades reproductivas más tempranas. Este mayor conocimiento implica un reto que nos permita desarrollar herramientas para se pueda predecir y prevenir las consecuencias no deseadas asociadas al fallo ovárico de estas mujeres².

¿SE REQUIERE MENOS INSULINA EN MENOPAUSIA Y DIABETES TIPO 1?

Es un hecho que, durante el ciclo menstrual, pueden producirse mayores requerimientos de insulina en mujeres con DM1. Es plausible que durante la menopausia los requerimientos de insulina previamente más altos pueden disminuir en paralelo³. Hasta la fecha, hay poco conocimiento sobre cómo la menopausia afecta la dosificación real de insulina. Esta alteración de los requerimientos pone en riesgo de complicaciones agudas a estas pacientes (hipoglucemia). En el estudio T1D Exchange, los eventos hipoglucémicos graves fueron más frecuentes en participantes >50 años, lo que representa el 15% de toda la población del estudio. Si 50 años es la edad promedio de la menopausia, podría ser una explicación de esa cifra tan alta. No existen pautas de tratamiento disponibles sobre cómo ajustar el tratamiento con insulina en mujeres posmenopáusicas con diabetes tipo 1. Las mujeres posmenopáusicas utilizaron dosis de insulina basal más bajas en comparación con las mujeres premenopáusicas, mientras que el control glucémico y el IMC fueron similares. Una menor tasa de filtración glomerular estimada y una menor exposición a las hormonas sexuales pueden ser responsables de esta observación. Significando un reto por ejemplo el crear algoritmos de manejo de los requerimientos de insulina en estas edades basado en Inteligencia Artificial con datos de medidores continuos de glucosa, asa cerrada o bombas de insulina.

¿CUÁL ES EL VERDADERO RIESGO VASCULAR, ESTA AUMENTADO?

Es razonable sospechar que en las mujeres con DM1 se producirán los efectos fisiológicos adversos habituales relacionados con la transición menopáusica (desarrollo más rápido de complicaciones cardiovasculares, disminución más rápida de la densidad mine-

ral ósea), pero debido a una afección preexistente vascular más grave (diabetes), las consecuencias pueden ser más severas. Se ha demostrado que la DM1 per se aumenta la rigidez arterial a medida que aumenta la duración de la diabetes, anticipandola se observa en el proceso de envejecimiento fisiológico. Por lo tanto, las mujeres con diabetes que se acercan a la menopausia probablemente estén experimentando procesos simultáneos de envejecimiento prematuro⁴.

Las personas con DM1 tienen un alto riesgo de daño vascular, que se manifiesta por complicaciones macro y microvasculares. El riesgo ajustado por edad de complicaciones cardiovasculares es aproximadamente diez veces mayor en personas con DM1 en comparación con la población general, y las mujeres se ven afectadas desproporcionadamente, en relación con mujeres sin diabetes y con los hombres con o sin diabetes. Además, los eventos cardiovasculares ocurren antes en personas con diabetes tipo 1 que en la población general. Para las complicaciones microvasculares, los investigadores del Estudio de Epidemiología de las Complicaciones de la Diabetes de Pittsburgh (EDC) mostraron que la incidencia acumulada de retinopatía proliferativa, polineuropatía simétrica distal confirmada y nefropatía fueron superiores al 50%, 40% y 30%, respectivamente, a los 25 años de duración de la DM1.

En comparación con las que no tienen diabetes, las mujeres con DM1 a menudo experimentan un retraso de la menarquia y ciclos menstruales irregulares, que se han asociado con un aumento de la calcificación de la arteria coronaria y un mayor riesgo de enfermedad cardíaca coronaria fatal y no fatal. Debido a estas condiciones preexistentes, es razonable sospechar que la menopausia conduciría a consecuencias de salud vascular más graves en las mujeres con DM1.

Aunque la DM1 en sí puede no afectar la edad de inicio de la menopausia las mujeres con complicaciones microvasculares más graves de la diabetes (como retinopatía, neuropatía y nefropatía) tienen un mayor riesgo de menopausia más temprana en comparación con otras mujeres con DM1 y sus contrapartes no diabéticas. Cabe destacar que una menor edad de la menopausia se ha correlacionado con un mayor riesgo de ECV y mortalidad⁵.

En particular, las mujeres con DM1 son generalmente más resistentes a la insulina, tienen cambios más desfavorables en su distribución de grasa y tienden a desarrollar un perfil de lipoproteínas más aterogénicos con el envejecimiento en comparación con los hombres con DM1. Estos factores de riesgo metabólico, de forma independiente o en conjunto, ponen a las mujeres con DM1 en un riesgo significativamente mayor de desarrollar ECV que sus contrapartes no diabéticas.

Constituye un desafío no considerar por tanto a las mujeres con DM1 con menopausia como los hombres de su misma edad respecto al riesgo vascular ni respecto a las complicaciones que acarrea. Desarrollando estudios con una clara perspectiva de género para poder actuar en consecuencia.

¿TIENE MAYOR MORTALIDAD GENERAL Y VASCULAR EN PARTICULAR LA MUJER CON DIABETES TIPO1?

Para responder a esta pregunta presentamos los resultados de este metaanálisis, que incluía datos de más de 200 000 hombres y mujeres e información sobre más de 15 000 muertes. Su objetivo no era estimar el exceso de mortalidad asociado con la diabetes tipo 1 per se, sino más bien establecer si existen o no diferencias de género en los resultados cuando se comparan mujeres y hombres⁶. Se demuestra que existe una diferencia de género en el exceso de riesgo de mortalidad (en particular, la mortalidad vascular conferida por la DM1 en detrimento de las mujeres). En las personas con diabetes tipo 1, el exceso de riesgo de mortalidad por todas las causas fue un 37% mayor en las mujeres que en los hombres. En cuanto a los resultados macrovasculares, el exceso de riesgo de mortalidad en las mujeres en comparación con los hombres fue incluso mayor. Se especula que el exceso de mortalidad vascular registrada en mujeres en comparación con hombres con DM1 podría deberse a que las mujeres tienen una mayor exposición acumulada a lo largo de la vida a la hiperglucemia debido a un peor control glucémico en comparación con los hombres.

Debemos insistir en estudios epidemiológicos con resultados duros como la mortalidad y orientados en perspectiva de género para descubrir cuales son las verdaderas causas de este exceso de mortalidad disimulado por la mayor esperanza de vida de las mujeres.

¿EXISTE MÁS RIESGO DE FRACTURA EN MUJERES MENOPAÚSICAS CON DIABETES TIPO 1?

En diabetes tipo 2 parece que esta pregunta tiene más fácil respuesta, pero en DM1 no está tan claro. En un gran estudio de cohorte se evidenció mayor riesgo de fracturas en personas con DM1 en comparación con aquellas sin diabetes, en particular después de los 40 años. De forma similar, en otro estudio observacional, las mujeres posmenopáusicas con DM1 tenían al menos 12 veces más probabilidades de una fractura de cadera incidente que las no diabéticas. En consonancia con este informe, un estudio longitudinal de 15 años mostró que las mujeres con diabetes tipo 1 tenían más caídas, fracturas incidentales y osteoporosis en comparación con las mujeres no diabéticas a lo largo de la transición menopáusica, lo que podría atribuirse a la menor Densidad Mineral Ósea o menor calidad ósea en esta población.

Existe más riesgo, pero ese aumento del riesgo no se refleja completamente en la densidad mineral ósea. La mayor tasa de fracturas en la DM1 también se ha atribuido a un mayor riesgo de caídas debido a complicaciones relacionadas con la diabetes (disminución del equilibrio, reducción de la fuerza muscular y problemas de visión, entre otros) y una calidad ósea comprometida, incluyendo estas últimas las propiedades estructurales y materiales/compositivas del hueso⁷. En un estudio reciente que compara el material intrínseco óseo y las propiedades compositivas entre mujeres posmenopáusicas y mujeres posmenopáusicas diagnosticadas con diabetes tipo 1 de larga duración, confirman la elevación del riesgo de fractura independiente de la densidad mineral ósea.

El refuerzo de una dieta rica en calcio y el screening de la presencia de osteoporosis en estas pacientes puede ser necesario para evitar las complicaciones propias de las fracturas.

¿EXISTE ALGUNA RECOMENDACIÓN DIETÉTICA/ EJERCICIO FÍSICO PARA EVITAR ESTAS COMPLICACIONES VASCULARES, DE ENVEJECIMIENTO Y OSTEOMETABÓLICAS?

Las recomendaciones dietéticas y de ejercicio son las mismas que se recomendaban en la premenopausia y resto de la vida de estas pacientes. Junto a la supresión del hábito tabáquico y consumo cero de alcohol, reforzar la ingesta de calcio y una dieta mediterránea o DASH rica en fibra siempre es beneficiosa, aunque no hay estudios concretos para la DM1 y menopausia. A pesar de los beneficios bien documentados del ejercicio, aún no se ha estudiado toda la gama de riesgos y beneficios con respecto a la salud y el bienestar de las mujeres posmenopáusicas con DM1. Además, la mayoría de los estudios sobre el ejercicio se realizaron en mujeres premenopáusicas; por lo tan-

to, no se han examinado las diferencias hormonales entre mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, que podrían desempeñar un papel importante en la respuesta de la glucosa durante el ejercicio⁸. En los adultos mayores, y en particular en las mujeres mayores con DM1, se desconocen los efectos glucémicos agudos del ejercicio.

Determinar estos efectos es esencial para eliminar las barreras al ejercicio y la actividad física, como el miedo a la hipoglucemia y la pérdida de control sobre los niveles de glucosa en sangre en mujeres mayores con DM1.

También sería interesante conocer la adherencia a dietas tipo mediterránea o DASH en estas mujeres como objetivo de conocimiento de aporte de nutrientes cardiosaludables.

¿TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA EN MENOPAÚSICA CON DIABETES TIPO 1?

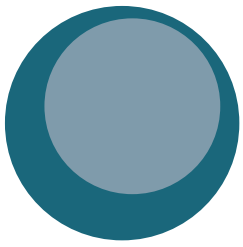
Como comentamos entre las preocupaciones de estas mujeres la pérdida de la libido, los cambios físicos por la desaparición de las hormonas y el riesgo al embarazo hacen que nos planteemos con ellas objetivos en anticoncepción y posible terapia hormonal sustitutiva⁹. Esta terapia en mujeres con diabetes tipo 2 a corto plazo redujo la glucosa en ayunas y la HbA1c. Produciendo el beneficio correspondiente en síntomas vasomotores y las debidas cautelas respecto a los antecedentes de patología familiar o personal. No existe experiencia suficiente que aporte valor ni contraindicación aparente en la DM1.

Concluimos con que la terapia hormonal sustitutiva es recomendable en aquellas mujeres en que los síntomas asociados a la menopausia sean graves o impidan una relación satisfactoria con iguales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sjöberg L, Pitkääniemi J, Harjutsalo V, Haapala L, Tiitinen A, Tuomilehto J, Kaaja R. Menopause in women with type 1 diabetes. *Menopause*. 2011 Feb;18(2):158-63. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181ef3af0>
2. Wellons MF, Matthews JJ, Kim C. Ovarian aging in women with diabetes: An overview. *Maturitas*. 2017 Feb;96:109-113. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.11.019>
3. Melmer A, Zürrer I, Kopp F, Pfeifer M, Kamml E, Götz G, Hofer S, Schütz-Fuhrmann I, Hungele A, Holl RW. Differences in insulin dosing in women with type 1 diabetes before and after the menopause. *Swiss Med Wkly*. 2021 Sep 30;151:w30025 En internet última consulta: 20/07/2024. <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3077>
4. Yi Y, El Khoudary SR, Buchanich JM, Miller RG, Rubinstein D, Orchard TJ, Costacou T. Association of age at diabetes complication diagnosis with age at natural menopause in women with type 1 diabetes: The Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) Study. *J Diabetes Complications*. 2021 Mar;35(3):107832. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7870550/>
5. Yi Y, El Khoudary SR, Buchanich JM, Miller RG, Rubinstein D, Orchard TJ, Costacou T. Predictors of the age at which natural menopause occurs in women with type 1 diabetes: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) study. *Menopause*. 2021 Apr 5;28(7):735-740. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8225549/>

6. Huxley RR, Peters SA, Mishra GD, Woodward M. Risk of all-cause mortality and vascular events in women versus men with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Mar;3(3):198-206. En internet última consulta: 20/07/2024. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(14\)70248-7](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(14)70248-7)
7. Qian W, Gamsjaeger S, Paschalis EP, Graeff-Armas LA, Bare SP, Turner JA, Lappe JM, Recker RR, Akhter MP. Bone intrinsic material and compositional properties in postmenopausal women diagnosed with long-term Type-1 diabetes. *Bone*. 2023 Sep;174:116832. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2023.116832>
8. Momeni Z, Logan JE, Sigal RJ, Yardley JE. Can Resistance Exercise Be a Tool for Healthy Aging in Post-Menopausal Women with Type 1 Diabetes? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 18;18(16):8716. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168716>
9. Speksnijder EM, Ten Noever de Brauw GV, Malekzadeh A, Bisschop PH, Stenvers DJ, Siegelaar SE. Effect of Postmenopausal Hormone Therapy on Glucose Regulation in Women With Type 1 or Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2023 Oct 1;46(10):1866-1875. En internet última consulta: 20/07/2024. <https://doi.org/10.2337/dc23-0451>



CARTA AL DIRECTOR

2. ¡SOCORRO, MIS PACIENTES NO AFRONTAN SU ENFERMEDAD!

■ Ruiz Pereira C¹. Ramírez Álvarez C². Román Álvarez M.C³. Castillo Muñoz L.M.⁴.

⁽¹⁾ Residente de 4º año de MFYC en Distrito Sevilla (C.S. Amate).

⁽²⁾ Residente de 4º año de MFYC en Distrito Sevilla (C.S. Bellavista)

⁽³⁾ Residente de 4º año de MFYC en Distrito Sevilla (C.S. Candelaria).

⁽⁴⁾ Castillo Muñoz. Residente de 4º año de MFYC en Distrito Sevilla (C.S. San Luis).

HERRAMIENTAS DOCENTES

Son muchos los pacientes que no afrontan su enfermedad; esto afecta al ánimo del paciente, pero también a su salud, haciendo un camino largo y difícil. Debemos preguntarnos si cómo médicos, podemos hacer algo por nuestros pacientes. Por ello, me gustaría plantear sesiones en nuestros centros de salud con nuestros pacientes más difíciles: jornadas grupales, guiadas por un equipo multidisciplinar (médicos de Atención Primaria, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas...), donde se explique el proceso de afrontamiento de una enfermedad. Esto consiste en dar herramientas a nuestros pacientes para adoptar un papel activo en su enfermedad.

Proceso del afrontamiento de la enfermedad:

1. Reacción inicial ante el diagnóstico: conocer y aceptar las emociones como parte natural del proceso.
2. Conocimiento de la enfermedad: a través de información médica, de auto búsqueda, de experiencias de otros...
3. Afrontar la enfermedad y los retos.

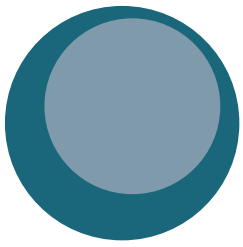
Nos centraremos en el tercer punto, sin olvidar que cada paciente presenta una reacción diferente ante la enfermedad, pues cada uno es protagonista de su vida. Debemos convencer de que tomar papel activo en el cuidado de nuestra salud puede ayudar a mejorar también nuestro bienestar emocional y la relación con la enfermedad.

- **Actitud positiva:** Los pensamientos generan sentimientos; cambiando lo primero, cambiará lo segundo. Reduciendo las emociones negativas, se reduce la percepción del dolor y de la enfermedad.
- **Evitar inmovilismo y rechazo:** Es frecuente que nuestros pacientes adopten una actitud de inmovilismo, rechazando la enfermedad y a los seres

queridos. ¿Por qué salir a la calle, si estoy enfermo?, ¿por qué dar cariño, si quizás muera pronto?, ¿por qué esforzarme en mi vida?, ¿por qué continuar haciendo lo que me gusta...?, son preguntas que se hacen nuestros pacientes y que los hace sentir mal, ayudémosle a plantar cara, a no tirar la toalla y a cambiar la actitud de inmovilismo.

Debemos insistir en que nuestros pacientes deben realizar ejercicio físico, sonreír más, dedicar tiempo a un hobby, celebrar la mejoría de su sintomatología, dar cariño a sus seres queridos... todo lo que evite el inmovilismo y vaya hacia el camino de la mejoría clínica, bien sea física o mental.

- **Papel activo en nuestra propia enfermedad.** Un paciente experto de su enfermedad toma papel activo en el cuidado de su salud. Por ello, debemos explicar de una manera clara y concisa toda la información relevante sobre la enfermedad que padece nuestro paciente. De esta manera, será más fácil que el paciente sea experto de su enfermedad.
- **Dar confianza y apoyo por parte del equipo médico.**
- **Insistir en apoyo en los seres queridos.**
- **Dimensión espiritual, basado en los ideales y creencias del paciente.**
- **Vivir el presente, olvidar como se estuvo antes de la enfermedad y el futuro que llegará a su tiempo.**
- **Relativizar.** Explica que la enfermedad no define al paciente, es tan sólo una parte de su vida. Evitar etiquetas.
- **“Quiérete, acéptate y valora tus capacidades. Cuídate”.** Son algunos de los mensajes que debemos transmitirles a nuestros pacientes.
- **“No hay cambios en la mente ni en el alma que no se refleje en el cuerpo. Ni cambio en el cuerpo que no se refleje en la mente o en el alma”.** Aristóteles.



CARTA AL DIRECTOR

3. PATOLOGÍA MENTAL EN MENTE PROPIA

■ Alonso Serna B.⁽¹⁾
Residente de 4º año en MFyC C.S. Orcasitas

Sabemos que existe un importante estigma acerca de las enfermedades mentales y como médicos tratamos de paliarlo y hacer ver a nuestros pacientes que se trata de una patología más y que así lo tienen que ver y ser capaces de afrontar. Que una medicación es una medicación, bien sea un antidepresivo, un antihipertensivo, un ansiolítico o un hipolipemiente. Ahora bien, ¿qué sucede cuando pasamos de ser médicos a pacientes? ¿Somos capaces de seguir con esa visión objetiva o nos dejamos llevar por la parte irracional?

UN POCO DE CONTEXTO

Joven de entre 20 y 30 años, sin antecedentes de interés, en el instituto estudiante modelo con matrícula de honor, estudia idiomas, teatro, pintura y es deportista. Si bien en la universidad sufrió un pequeño traspies logró reponerse sacando curso por año con alguna que otra matrícula de honor mientras participaba en el claustro de estudiantes, delegaba su curso y ayudaba a la organización de congresos a la vez que trabajaba esporádicamente como azafata de eventos.

COMIENZA EL APOCALIPSIS

Durante sexto de carrera e inicio de preparación para el examen de médico interno residente (MIR) comienza una pandemia que obliga al confinamiento domiciliario. Todo lo que tenía controlado sigue controlado; tiene más tiempo para su ejercicio diario y estudios, puede acabar el trabajo fin de grado sin problema y no perder el tiempo en cosas fútiles como las relaciones sociales vacuas. Mantiene buena relación con su pareja, familiares y amigos más cercanos. Todo parece perfecto.

Los simulacros van yendo a mejor y eso la anima a estudiar más y más. Al pasar tanto tiempo sentada comienza a tratar de buscar minutos extra para poder realizar algo más de ejercicio y a cuidar más su alimentación. Todo está en orden.

Comienza el, por muchos ansiado, desconfinamiento; todo se desmorona. Pieza a pieza el mundo se desarma. Ya no tiene excusa para evitar relacionarse; le aterra esa posibilidad. Se descubre de rodillas intentando vomitar. Hasta aquí.

Se despierta llorando sin fuerzas de salir de la cama, el día se hace cuesta arriba y sus padres no saben qué pasa. Antes parecía feliz, contenta... Parecía entera.

Comienza a ir al psicólogo y poco a poco logra recoger los pedazos abandonados de su antiguo yo. Sabe que ya no será esa, pero al menos sigue siendo, su madre no creía que eso fuera posible, la llegó a dar por muerta.

Se presenta al MIR sin esperanza y sale llorando de rabia. Con lo que ella había sido, con lo que ella había vivido. Todo de ella le da asco. Su cerebro, ese que siempre había estado allí, le había fallado y ni siquiera había logrado mantener un control sobre su cuerpo; había comido de más y en ese aspecto también había cambiado. Se daba asco. Le daba igual quién ser mientras no fuera ella. Qué importaba nada.

REDENCIÓN

Pausa. Respira. Continúa.

Estás aquí y es lo importante. De todo se aprende, sigamos adelante.

En su nueva ciudad cuando ve que todo comienza a tambalearse pide ayuda y, tras unos meses, llega. Trata cosas que debería de haber tratado hace tiempo y le enseñan enfoques que jamás había pensado.

“Puedes parar”, esa frase resuena en su cabeza.

Empieza a quitarse cargas poco a poco, todo aquello superfluo de lo que había querido formar parte pero que solo la arrastraba al abismo. Suspira aliviada.

EL SÉPTIMO CÍRCULO DEL INFIERNO

Todo está bien. Le encanta su trabajo. Vive sin ayuda de nadie y todo en sus círculos cercanos va bien. Ha logrado todo lo que se ha propuesto y más.

Entonces... ¿por qué se siente así? ¿Por qué no logra levantarse de la cama un día a tiempo? ¿Por qué no duerme? ¿Por qué está despierta en la cama horas antes de levantarse? ¿Por qué a pesar de despertarse a las 5 y entrar a las 8 llega tarde? ¿Por qué no es capaz de ducharse? ¿Por qué no es capaz de recoger ese calcetín del suelo?, ¿y todo lo demás que hay tirado? ¿Por qué según llega de trabajar se tiene que tumbar en el sofá o en la cama? ¿Por qué ya no quiere ver a sus amigos o hacer las cosas que antes le gustaban? ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué?

Es algo puntual se repite una y otra vez a modo de mantra. **“Se me pasará”**. “Ya sabes que el otoño es así”.

Una llamada, unas palabras **“tienes que parar”, “o pides ayuda o tenemos que tomar medidas”**. Lágrimas que no paran de salir y una sola palabra que se repite en su mente **“no”**.

Va hacia donde su tutora quien la recibe con los brazos abiertos y la deja llorar; **“ya has roto, ya está”**. Ahora solo queda resurgir.

Médicos, psicólogos y tratamientos. No es fácil, lo más difícil es admitírselo a una misma. No estás bien. Ésta eres tú. Así eres tú. No te puedes culpar.

Y ESTO ES ESO A LO QUE LLAMAN DEPRESIÓN

El DSM-V se recoge que la depresión se caracteriza por¹:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Categorizamos las cosas y ponemos diferentes criterios no solo para ayudarnos al diagnóstico, sino también para alejarnos de él. Todo es mucho más fácil racionalizándolo, pero ¿qué pasa cuando tu razón no comprende qué es lo que está pasando?

Te dicen que estás enferma, que igual que no pides a alguien cojo que corra una maratón no te puedes pedir a ti estar perfecta. Que te dejes curar y vayas con calma. Y tú sólo eres capaz de ver cómo pasa el tiempo, cómo la gente siente lástima o no te comprende, cómo te dan una serie de consejos bien intencionados pero que sólo te hunden un poquito más. **“Haz ejercicio”**, ¿crees que si tuviera energía para hacer ejercicio no la tendría para salir de la cama a tiempo? **“Cuidate”**, ¿piensas que no me ducho por gusto?

Muchas veces ponemos esas etiquetas para permitarnos alejarnos, para permitarnos ver que estamos en

realidades diferentes cuando, en ocasiones, podemos llegar a jugar ambos roles simultáneamente sin llegar a comprender del todo ninguno de los dos.

Una persona enferma es una persona enferma. Todos lo tenemos claro, pero a veces se nos olvida. Un hipertenso puede estar perfectamente controlado y, por comer un día fuera, perder la buena racha que llevábamos. Lo mismo ocurre con los trastornos mentales. No es fácil, y el estigma que muchas veces el propio profesional tiene inculcado por la sociedad en la que vivimos; no ayuda.

PARA FINALIZAR...

Desde aquí y con esta posición privilegiada que me ha tocado vivir quiero lanzar un grito de ayuda hacia mis queridos compañeros de profesión; dejemos de ser tan médicos y seamos más humanos. Seamos capaces de realizar esa medicina que sabemos que es la más adecuada, aquella que engloba tanto al paciente como a su entorno, aquella a la que llamamos holística. No olvidemos que no tratamos patologías, tratamos personas. Y que, como dijo José Letamendi (1828-1898), **“el médico que sólo sabe medicina; ni medicina sabe”**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos Depresivos. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.