

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 1 • VOL 22

ABRIL 2020

5 EDITORIAL

EL SECRETO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO
Abad Chilling C.

6 INCIDENTE CRÍTICO

- 1. DESCARTAR ORGANICIDAD EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**
Bollati Delclós A.G., López Gil A., Álvarez de la Torre E.
- 2. MANEJO DE URGENCIAS POTENCIALMENTE GRAVES. ATENCIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
Bollati Delclós A.G., López Gil A., Álvarez de la Torre E.
- 3. MANEJO DE PATOLOGÍA NO ORGÁNICA CON COMPONENTE PSICOLÓGICO EN URGENCIAS**
Álvarez de la Torre E., López Gil A., Bollati Delclós A.G., De las Rivas Forqué B., Ferre Sánchez C., Llácer Barberán B.
- 4. INCIDENTE CRÍTICO: "DOCTOR QUIERO QUE PRACTIQUEN UNA VASECTOMÍA A MI HIJO"**
García Bertolín E., Quevedo Seises J.A.
- 5. ¿QUÉ ME ESTÁN PREGUNTANDO?**
Llaguno Sanmartín P., Manzorro Fernández P., Trondina D., Noriega Martínez V. Álvarez De la Torre E., Bollati Delclós A.G.

14 CASOS CLÍNICOS

- 1. SALES DE BAÑO: ¿BUENAS PARA LA PIEL?**
Serrano Aguado C., Terrón Rodas C., Imbroda Conde I., Lajara Jiménez, A. González Tardón P.
- 2. SÍNDROME RS3PE (REMITTING SERONEGATIVE SYMMETRICAL SYNOVITIS WITH PITTING EDEMA)**
Maqueda Zamora G., Martínez Ballester J.F., Sierra Santos L.
- 3. AGENESIA DEL CUERPO CALOSO, UNA ALTERACIÓN INFRECUENTE NO TAN RARA.**
Romero Barzola M.Y., Sierra Santos L., Ejarque Doménech I., Maqueda Zamora G.
- 4. HIPERCALCEMIA TUMORAL, UNA URGENCIA MÉDICA**
Pérez Mañas G., Cerrada Cerrada E., Pérez Calero L., Silván Domínguez M., González Godoy M., Roldán Terillano R.
- 5. SI EL RAYNAUD APARECE INESPERADAMENTE, INVESTIGA RÁPIDAMENTE**
González Godoy M., Viñas Fernández G., Pérez Mañas G., Silván Domínguez M., Castelo González C., Ramos Flores A.

6. LO QUE LA PIEL ESCONDE.....

González Godoy M., Viñas Fernández G., Rodríguez Bastida M., Silván Domínguez M., Castelo González C., Pérez Mañas G.

7. PIOMIOSITIS DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

Silván Domínguez M., Pérez Mañas G., González Godoy M., Castelo González C., Rubio Benito E., Cerrada Cerrada E.

8. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ ¿SABEMOS RECONOCERLA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Redondo Sendino A., González Sánchez I.C., Gómez Cuñarro M., López Durive D., Garcimartin del Rey C.

39 ORIGINAL

TRIAJE DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD. OPINIÓN DEL EQUIPO TRAS QUINCE AÑOS DE IMPLANTACIÓN

Cobos Hinojal M.T., Fajardo Alcántara A., Amores Ordoñez C., Mendoza Paico M., Muñoz Balsa M.L., Herrador Sánchez E.

46 EL CAFELITO

TODAVIA RECUERDO...
Pérez M.

47 TABERNA DE PLATÓN

BIOÉTICA MÍNIMA
Sánchez Salvador J.

49 LECTURA COMENTADA

COVID-19: ENTONCES, ¿SE PUEDEN USAR IBUPROFENO E IECAS O NO?
Llanes de Torres R.

51 CARTA AL DIRECTOR

LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR

Llaguno Sanmartín P.; Casaseca García P.; López Gil A.; Manzorro Fernández P.; Noriega Martínez V.; Álvarez De la Torre E.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 1 • VOL 22

ABRIL 2020

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

Comité Editorial: Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, Lubna Dani Ben Abdellah, Javier Bris Pertíñez, Carlos Fondón León, Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes de Torres, Esther Martín Ruiz, Mario Miranda García, 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: Clara Abad Schilling. **Vicepresidencia:** Sara Ares Blanco.

Secretaría: Lubna Dani Ben Abdellah. **Tesorería:** Manuel Gómez García.

Vocal del Papps: Carlos Fondón León. **Vocalía de Investigación:** Sara Ares Blanco y Jaime Barrio Cortes.

Vocalía de Formación: Noelia Caballero Encinar, Zaida Caurel Sastre y Jaime Marín Cañada.

Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca y Cinta Hernández García.

Vocalía de Residentes: Itziar Barandiaran Fernández de Vega. **Vocalía de JMF:** Teresa Biec Amigo.

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

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

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

E-mail: somamfyc@somamfyc.com • WEB: www.somamfyc.com

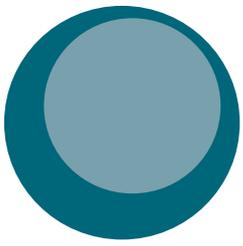
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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

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

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

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



SUMARIO

5 EDITORIAL

EL SECRETO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

Abad Chilling C.

6 INCIDENTE CRÍTICO

1. DESCARTAR ORGANICIDAD EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Bollati Delclós A.G., López Gil A., Álvarez de la Torre E.

2. MANEJO DE URGENCIAS POTENCIALMENTE GRAVES. ATENCIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Bollati Delclós A.G., López Gil A., Álvarez de la Torre E.

3. MANEJO DE PATOLOGÍA NO ORGÁNICA CON COMPONENTE PSICOLÓGICO EN URGENCIAS

Álvarez de la Torre E., López Gil A., Bollati Delclós AG., De las Rivas Forqué B., Ferre Sánchez C., Llácer Barberán B.

4. INCIDENTE CRÍTICO: "DOCTOR QUIERO QUE PRACTIQUEN UNA VASECTOMÍA A MI HIJO"

García Bertolín E., Quevedo Seises J.A.

5. ¿QUÉ ME ESTÁN PREGUNTANDO?

Llaguno Sanmartín P., Manzorro Fernández P., Trondina D., Noriega Martínez V. Álvarez De la Torre E., Bollati Delclós A.G.

14 CASOS CLÍNICOS

1. SALES DE BAÑO: ¿BUENAS PARA LA PIEL?

Serrano Aguado C., Terrón Rodas C., Imbroda Conde I., Lajara Jiménez, A. González Tardón P.

2. SÍNDROME RS3PE (REMITTING SERONEGATIVE SYMMETRICAL SYNOVITIS WITH PITTING EDEMA)

Maqueda Zamora G., Martínez Ballester J.F., Sierra Santos L.

3. AGENESIA DEL CUERPO CALOSO, UNA ALTERACIÓN INFRECUENTE NO TAN RARA.

Romero Barzola M.Y., Sierra Santos L., Ejarque Doménech I., Maqueda Zamora G.

4. HIPERCALCEMIA TUMORAL, UNA URGENCIA MÉDICA

Pérez Mañas G., Cerrada Cerrada E., Pérez Calero L., Silván Domínguez M., González Godoy M., Roldán Terillano R.

5. SI EL RAYNAUD APARECE INESPERADAMENTE, INVESTIGA RÁPIDAMENTE

González Godoy M., Viñas Fernández G., Pérez Mañas G., Silván Domínguez M., Castelo González C., Ramos Flores A.

6. LO QUE LA PIEL ESCONDE.....

González Godoy M., Viñas Fernández G., Rodríguez Bastida M., Silván Domínguez M., Castelo González C., Pérez Mañas G.

7. PIOMIOSITIS DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

Silván Domínguez M., Pérez Mañas G., González Godoy M., Castelo González C, Rubio Benito E, Cerrada Cerrada E.

8. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ ¿SABEMOS RECONOCERLA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Redondo Sendino A, González Sánchez I.C., Gómez Cuñarro M., López Durive D., Garcimartin del Rey C.

39 ORIGINAL

TRIAJE DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD. OPINIÓN DEL EQUIPO TRAS QUINCE AÑOS DE IMPLANTACIÓN

Cobos Hinojal M.T., Fajardo Alcántara A., Amores Ordoñez C., Mendoza Paico M., Muñoz Balsa M.L., Herrador Sánchez E.

46 EL CAFELITO

TODAVIA RECUERDO...

Pérez M.

47 TABERNA DE PLATÓN

BIOÉTICA MÍNIMA

Sánchez Salvador J.

49 LECTURA COMENTADA

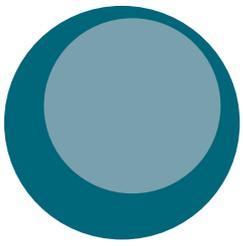
COVID-19: ENTONCES, ¿SE PUEDEN USAR IBUPROFENO E IECAS O NO?

Llanes de Torres R.

51 CARTA AL DIRECTOR

LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR

Llaguno Sanmartín P.; Casaseca García P.; López Gil A.; Manzorro Fernández P.; Noriega Martínez V.; Álvarez De la Torre E.



EL SECRETO DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

Hace unos meses escribí un editorial que se titulaba “Todo tiene su momento”. Sinceramente ni en nuestras peores pesadillas podríamos haber pensado que viviríamos esta situación actual de pandemia.

Pero tenemos un secreto que no todos los países tienen para soportar esta crisis, y se llama Atención Primaria. Y no somos ni mejores ni peores que los compañeros que trabajan en los hospitales, simplemente somos muchas piezas fundamentales de esta gran cadena que es nuestro sistema sanitario. Todos somos importantes desde los centros de salud donde hemos sido absolutamente flexibles para organizarnos y atender a nuestra población, las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias plagadas de médicos de familia, las UVIs móviles, las unidades de Cuidados Paliativos que tanto nos apoyan, las Unidades Docentes que han movilizado a los residentes para estar a nuestro lado, las Unidades de Investigación que nos dan información trillada, las residencias de ancianos donde muchos compañeros trabajan, y el famoso hospital de IFEMA. Por eso le pedimos a nuestros dirigentes que no se olviden de cada una de las partes de la cadena y de la importancia de cada una de ellas, pero sobre todo que no olviden que la mayoría de los ciudadanos nos necesitan cerca de ellos, a cualquier hora, en sus barrios, visitándoles en sus casas, a golpe de paseo para seguirles atendiendo. Entendemos el desbordamiento de los hospitales y la necesidad de buscar soluciones como IFEMA pero allí pueden trabajar médicos de todas las especialidades y no solo los médicos de familia. A su vez no se puede mantener un hospital a base de voluntarios. No por vestir un santo, hay que desvestir a otros. No es congruente que se hable en IFEMA de ratios de 1 médico para 50 pacientes cuando en el hospital los ratios son claramente menores. Entendemos que se pueda decidir

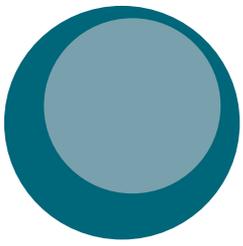
enviar a residentes de último año para ayudar, pero no pueden ser únicamente residentes de medicina de familia sino de todas las especialidades. No podemos perder todos nuestros R4 cuando el resto de servicios los mantienen en su plantilla. El esfuerzo es de todas las especialidades y no en base a mantener la estructura hospitalaria para desatender así la Atención Primaria. Es necesario encontrar un equilibrio.

Y como en esta cadena todos somos igual de importantes exigimos a nuestros responsables que la recompensa económica a nuestros esfuerzos sea similar a la de nuestros compañeros del hospital. Si los R4 pasan a realizar una labor de adjuntos, deberán recibir la remuneración como adjuntos y no como residentes.

Esta situación no va a ser corta y exige toda nuestra fuerza, es verdad que hace salir nuestra vocación, pero también exige nuestra responsabilidad. Y debemos estar atentos y si notamos algún síntoma que sugiera que nos hemos infectado debemos quedarnos nosotros también en casa, porque recordad que somos parte de una gran cadena que tiene que continuar.

Por todo este trabajo que estamos haciendo, desde la Junta de SoMaMFyC queremos mandar un mensaje de agradecimiento y orgullo a todos los médicos de familia de Madrid, porque si de algo estoy segura es de que la Atención Primaria es el secreto de nuestro sistema sanitario.

Clara Abad Schilling
Médico de familia del Centro de Salud Barcelona
y Presidenta de SoMaMFyC.



INCIDENTE CRÍTICO

1. DESCARTAR ORGANICIDAD EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

- Bollati Delclós A.G¹, López Gil A.², Álvarez de la Torre E³.
⁽¹⁾ Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
⁽²⁾ Médico de Familia y Comunitaria.
⁽³⁾ Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Torreldones.

DESCRIPCIÓN

Durante la guardia de Urgencias, acudió una paciente agitada con antecedentes psiquiátricos. Para descartar organicidad se realizó un TAC cerebral observando que la paciente presentaba una hemorragia subaracnoidea.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Diagnóstico diferencial del paciente agitado con antecedentes psiquiátricos.

MÉTODO

Tutorización. Revisión bibliográfica. Consulta de guías, protocolos ó ficha técnica.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

La agitación psicomotriz es un grave problema a nivel social y asistencial en Urgencias. Puede ser confundido con ansiedad, violencia, irritación, debiendo descartar procesos psíquicos u orgánicos.

Se define como un estado de hiperactividad psíquica y motora desorganizada, que puede ir acompañado de alteraciones afectivas, del pensamiento y en ocasiones del estado de conciencia.

La agitación psicomotriz de origen orgánico se engloba dentro del síndrome confusional agudo. Se caracteriza por la alteración fluctuante de la atención y de la conciencia junto con otras alteraciones neurológicas. Es más frecuente en pacientes con factores predisponentes como la edad avanzada, trastornos visuales o auditivos junto con enfermedades neurodegenerativas. Los factores desencadenantes pueden ser neurológicos, como accidentes cerebro

vasculares, crisis epilépticas; sistémicos, como infección o deshidratación; o secundario a fármacos, en especial con acción directa sobre el sistema nervioso central.

La hemorragia subaracnoidea es en la mayoría de los casos traumática, siendo en el caso espontáneo secundaria a rotura de un aneurisma intracraneal. Los factores de riesgo asociados con la formación de aneurismas son la hipertensión, el tabaco y antecedentes familiares. Clínicamente, se caracteriza clásicamente por una cefalea brusca de gran intensidad asociada con disminución del nivel de conciencia, náuseas, vómitos y meningismo. Algunos pacientes presentan en los días previos cefaleas centinelas de menor intensidad secundaria a sangrados de menor cantidad. Por otro lado, en función de la localización del aneurisma y por tanto del sangrado, la cefalea puede ser infravalorada, planteando el diagnóstico diferencial con migraña, sinusitis, gastroenteritis, etc.

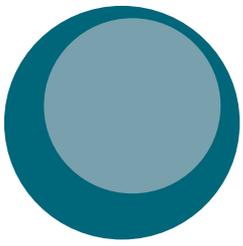
Para el diagnóstico diferencial de la agitación psicomotriz, se debe valorar en primer lugar el nivel de conciencia junto con el estado de agitación. Dentro de los trastornos mentales orgánicos, se encuentra clásicamente el delirium. Se caracteriza por la fluctuación del nivel de conciencia, la desorientación y las alteraciones sensorio-perceptivas. Otras causas orgánicas sin alteración del nivel de conciencia pueden ser estados postictales, epilepsia temporal, hematomas subdurales, accidentes cerebro vasculares, encefalopatía hipertensiva, infecciones o neoplasias intracraneales.

Posteriormente se debe valorar el consumo de sustancias, desde fármacos como corticoides, benzodiazepinas, fármacos con efecto anticolinérgico a tóxicos como alcohol, cocaína o anfetaminas entre otros. Las alteraciones sensorio-perceptivas son similares a las presentes en la esquizofrenia por lo que algunos cuadros psicóticos inducidos por sustancias no son fáciles de diferenciar de la psicosis funcional.

CONCLUSIÓN

El abordaje de la patología médica en Urgencias puede ser difícil tanto por la complejidad de la patología como por el tiempo disponible. A pesar de todo, el diagnóstico diferencial es una herramienta

fundamental que debería estar presente en todo momento ya que mucha patología tiende a ser infradiagnosticada. Por tanto, se debería valorar al paciente de forma global teniendo en cuenta sus antecedentes pero teniendo presente la posibilidad de organicidad.



INCIDENTE CRÍTICO

2. MANEJO DE URGENCIAS POTENCIALMENTE GRAVES. ATENCIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

- Bollati Delclós A.G.¹, López Gil A.², Álvarez de la Torre E.³.
(¹) Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
(²) Médico de Familia y Comunitaria.
(³) Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreldones.

Durante mi rotación de Urgencias atendí en una guardia de Cirugía General un accidente de motocicleta. El paciente había sufrido un traumatismo directo contra otro turismo. Acudía al servicio de Urgencias Extrahospitalarias por policonusiones.

Al evaluarle, y ante la potencial gravedad del caso, se solicitaron las pruebas de imagen en modo portátil. La mala comunicación entre los cirujanos con los técnicos de radiología, generó conflicto entre los especialistas, manejando el caso con mayor dificultad.

ORDEN DE ACTUACIÓN

El abordaje del paciente politraumatizado en las Urgencias Hospitalarias es un trabajo multidisciplinar.

Desde el punto de vista médico, comienza con la comunicación con las urgencias extrahospitalarias, para poder organizar los servicios hospitalarios previamente a la llegada del paciente. A su llegada, el tiempo es esencial, se comienza con la valoración primaria, graduada, para detectar las potenciales lesiones en función de la gravedad según el acrónimo ABCDE. Es fundamental la reevaluación constante ante cualquier cambio clínico, comenzando en ese caso nuevamente desde el principio.

Se comienza valorando la permeabilidad y seguridad de la vía aérea. Se puede observar mediante el color de la piel y el nivel de conciencia, prestando atención a los pacientes estuporosos o agitados. Requieren una atención especial los pacientes con bajo nivel de conciencia, en especial si han sufrido traumatismo craneoencefálico, para prevenir la hipercapnia. Con respecto a la seguridad de la vía, se debe mantener la máxima que *“todo traumatizado presenta una lesión*

de la columna cervical hasta que no se demuestre lo contrario”.

Posteriormente, se debe valorar la respiración, observando la frecuencia respiratoria y uso de musculatura accesoria. Posteriormente se procede a la auscultación pulmonar. Se trata de descartar lesiones como el neumotórax.

A continuación en el siguiente punto se valora la circulación prestando atención a la estabilidad hemodinámica y valorando posibles focos de sangrado.

La evaluación neurológica se realiza mediante el estado de las pupilas y la escala de Glasgow.

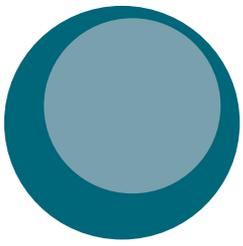
Por último se debe desvestir al paciente para valorar la espalda. Posteriormente se debe cubrir para evitar la hipotermia.

La evaluación secundaria consiste en la anamnesis y la exploración sistemática de cabeza a pies.

Finalmente, la evaluación terciaria consiste en una nueva exploración completa a las 24 horas tras la llegada del paciente.

CONCLUSIÓN

El manejo de las situaciones potencialmente graves, bien sea una parada cardíaca o un politraumatismo, requiere un alto grado de sistemática y jerarquización. Esto permite ir descartando progresivamente las lesiones potenciales. De esta manera, se procede de manera preventiva. Además, se podrán aprovechar todas las virtudes del equipo, independientemente del estamento al que pertenezcan.



INCIDENTE CRÍTICO

3. MANEJO DE PATOLOGÍA NO ORGÁNICA CON COMPONENTE PSICOLÓGICO EN URGENCIAS

■ Álvarez de la Torre E.¹, López Gil A², Bollati Delclós AG.³, De las Rivas Forqué B.¹, Ferre Sanchez C.⁴, Llácer Barberán B.⁵

⁽¹⁾ Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones.

⁽²⁾ Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones.

⁽³⁾ Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones

⁽⁴⁾ Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire Madrid

⁽⁵⁾ Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Madrid

DESCRIPCIÓN

El momento más crítico que he vivido hasta el momento, que me ha hecho dudar de mi competencia en algunos aspectos, y lo he vivido en urgencias. Estando de guardia en nivel 3 (consultas) llegó un paciente que había sido triado por dolor torácico. Cuando pasó a la consulta el paciente impresionaba de estar triste, es decir, me impresionó más su estado de ánimo que su dolencia. Iniciamos la entrevista, y en efecto, el dolor torácico que refería apuntaba más a componente ansioso, secundario a la difícil situación por la que estaba pasando: esa mañana había sido despedido del trabajo, lo había dejado con su pareja, estaba atravesando un mal momento económico y además llevaba varios meses de nula relación con su entorno familiar, a raíz de fuertes discusiones. En ese momento me sentí, por primera vez desde que empecé la residencia, incómoda, sin saber cual sería la mejor manera de abordar la situación, y con estrés, ya que sentía que no disponía del tiempo necesario para dedicarle a ese paciente que lo necesitaba.

PREGUNTA

¿Cómo de preparados estamos para manejar situaciones que no estudiamos en los libros? ¿Situaciones en las que no hay meramente patología orgánica? ¿Estamos preparados para lidiar correctamente con pacientes que se encuentran en una crisis emocional? ¿Es urgencias el lugar adecuado para hacerlo?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Creo que se deberían de ofrecer más cursos y talleres para aprender a manejar estas situaciones. Durante

la carrera es cierto que se habla sobre la empatía, la asertividad y el manejo en determinadas situaciones, pero siento que no es suficiente y que cuando llega el momento estamos poco preparados para manejarlo de manera exitosa. Creo que deberían de impartirse talleres con profesionales que estén acostumbrados a manejar este tipo de situaciones (médicos de atención primaria, psicólogos, trabajadores sociales...), ayudarnos de la evidencia científica y exponernos más a ello, que nos den pautas para que llegado el momento sepamos actuar de la manera más óptima para ayudar al paciente.

MANEJO

Clases, cursos y seminarios. Talleres. Tutorización. Consulta a otras especialidades. Revisión bibliográfica.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido a que lo mejor es dejar que el paciente cuente lo que le sucede. No tener miedo a preguntar de manera directa sobre qué le pasa y no tratar de reprimir las emociones del paciente porque nos hagan sentir incómodos.

La mejor manera de aprender a manejar situaciones similares ha sido preguntando a compañeros, que me contasen sus experiencias y cómo actuaron. Entre todas nuestras experiencias y las de profesionales con más recorrido, se pueden aprender maneras de actuar que ayudan a manejar la situación.

Creo que el mejor registro de aprendizaje no es otro que el manejo mucho más adecuado empleado en situaciones similares vividas posteriormente.

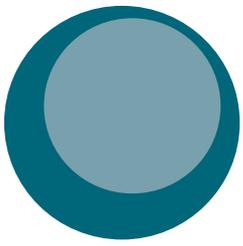
Justamente lo he aplicado poco tiempo después, también en Nivel 3, con una pareja que acudía por problemas matrimoniales y que implicaba patología psiquiátrica por parte de uno de los miembros. Ante esa situación dejé que ambos hablaran, apliqué escucha activa, sin intentar reprimir los sentimientos por incomodidad. Una vez se narraron los hechos, hice mi juicio clínico y contacté con Psiquiatría porque eran ellos los que, a partir de ese contacto inicial con el Hospital, iban a poder ofrecer una ayuda más óptima.

CONCLUSIÓN

En general, falta experiencia en esas situaciones. A base de vivir casos así es cuando se aprende a manejarlo. Así mismo, considero que puede ser de utilidad pedir consejo, apoyarse en la experiencia propia y de compañeros, así como en bibliografía y publicaciones con evidencia probada para realizar un manejo adecuado llegado el momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delbanco, T. and Gerteis, M. (2018). *UpToDate*. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship> [Accessed 26 Nov. 2019].
2. Shorey, J. and Spollen, J. (2018). *UpToDate*. [online] Uptodate.com. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient> [Accessed 26 Nov. 2019].



INCIDENTE CRÍTICO

4. INCIDENTE CRÍTICO: “DOCTOR QUIERO QUE PRACTIQUEN UNA VASECTOMÍA A MI HIJO”

■ García Bertolín E¹., Quevedo Seises J.A.²

⁽¹⁾ Resid. de 4º año de Medicina de Familia. Centro de salud Justicia (Madrid).

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de salud Justicia (Madrid).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso se trata de un padre que acude a consulta para informarse sobre la posibilidad de someter a su hijo a una vasectomía sin consentimiento del mismo. Éste, paciente también de nuestra consulta, es un varón de 18 años con antecedentes personales de Síndrome de Klinefelter y retraso mental leve.

Ante la consulta de nuestro paciente nos surgieron varias dudas:

1. ¿Existe alguna posibilidad de gestación espontánea en un paciente con síndrome de Klinefelter?
2. ¿Nuestro paciente es capaz de decidir si quiere someterse a una vasectomía con lo que ello implica?
3. ¿Está nuestro paciente incapacitado jurídicamente?
4. ¿Es legal que un padre someta a su hijo a un proceso de esterilización aún estando el mismo incapacitado jurídicamente por retraso intelectual?
5. ¿Cómo podemos abordar la situación velando por los intereses de ambos?

OBJETIVOS

Los objetivos que perseguimos con la exposición de este incidente crítico son la realización de una revisión bibliográfica del caso y más concretamente a nivel legal sobre la esterilización forzosa en discapacitados intelectuales en nuestro país, así como orientar el manejo del mismo desde la consulta de Atención Primaria.

MÉTODO

La metodología que hemos seguido ha consistido, en primer lugar, en realizar una revisión bibliográfica

sobre posibilidades de gestación en pacientes con Síndrome de Klinefelter (revisión de casos), revisión de protocolos de estudio de esterilidad en varones y una revisión en materia legal sobre la esterilización forzosa en España. En segundo lugar, teniendo la información anterior disponible, nos planteamos programar una entrevista con el paciente y con su padre, y la posibilidad de solicitar una interconsulta tanto con la Trabajadora social del centro como con el servicio de Urología.

RESULTADOS

CLÍNICOS

Los resultados de nuestra consulta bibliográfica fueron determinantes en que el síndrome de Klinefelter es una causa conocida de esterilidad aunque sí se ha reseñado algún caso de gestación espontánea. Se trata de un hipogonadismo primario, resultado de una polisomía del cromosoma X en el varón. La constitución cromosómica es, en la mayoría de los casos, 47 xxy en forma homogénea y, en una minoría, se presenta en mosaico con otras líneas celulares normales. La mayoría de los varones que han logrado gestación han sido formas mosaicas, ya que éstos pueden presentar algún grado de espermatogénesis con cuadros variables de oligozoospermia. Por ello, en primer lugar, se debería revisar el historial clínico del paciente con el objetivo de buscar un cariotipo y en caso de no hallarlo se debería solicitar. Lo más adecuado sería derivar a la Unidad de esterilidad de varones a través de una ITC con Urología para realizar un estudio completo (cariotipo y seminograma).

LEGALES

Posteriormente, nos centramos en materia de esterilización forzosa que según la reforma del Código Penal (CP), llevada a cabo por la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo: hoy solo es posible practicar la esterilización sin el consentimiento del

sujeto pasivo “en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno su consentimiento, siempre que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil” (artículo 156, segundo párrafo). El presupuesto para la licitud de la esterilización no consentida ya no es la existencia de una discapacidad psíquica, ni de una declaración judicial de incapacidad, sino la imposibilidad fáctica de prestar el consentimiento. Por tanto, ninguna persona con discapacidad intelectual a la que se le pueda explicar en términos elementales la finalidad de la intervención (esto es, que si se realiza la esterilización no podrá tener hijos) y pueda manifestar si quiere que ello suceda o no, podrá ser esterilizada sin su consentimiento. Se exige, además, que la carencia de la aptitud para prestarlo sea permanente.

En el caso de nuestro paciente, en principio, no se dispone de una declaración judicial de incapacidad y pese a su retraso intelectual, sí preserva la capacidad para comprender lo que implica una vasectomía así como para prestar o no consentimiento a la misma. Por ello, decidimos no solicitar consulta con la trabajadora social ya que una incapacitación judicial no cambiaría el manejo. Por otro lado, en el caso de que el paciente, tuviera un retraso mental grave y no fuera capaz de presentar su conformidad/disconformidad, sí se debería plantear la derivación para valorar el caso, además de aportar para dicho trámite un informe médico del mismo así como un informe de valoración por parte de Psicología clínica donde deberíamos remitirlo desde la consulta de Atención Primaria.

CONCLUSIONES

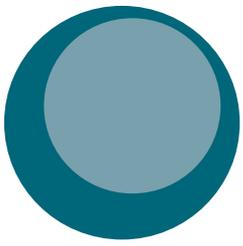
En resumen, nuestro paciente tiene escasas posibilidades de gestación espontánea, y capacidad para presentar disconformidad ante un procedimiento de esterilización. Por ello, su padre no podría llevar a cabo su voluntad ni con una incapacitación judicial. Ante esta situación nos planteamos como prioritario planificar una intervención familiar con ambos con el objetivo de explicar la información que disponíamos respecto al tema. Además identificamos que había otros problemas de mayor magnitud que nos se estaban abordando como la importancia de la utilización de métodos barrera y prevención de ETS.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

En materia de cuestiones éticas, es importante hacer un abordaje multidisciplinar de los casos para asegurar un manejo integral de la situación y con ello lograr un resultado satisfactorio. Por un lado, el manejo de las fuentes bibliográficas nos ha proporcionado la información necesaria para estudiar el caso. Y por otro, la planificación de una intervención familiar, siguiendo pautas de Manuales de Intervención Familiar, así como las adquiridas por mi tutor a través de su experiencia en este ámbito, nos ha permitido la gestión del mismo. La confianza de la familia hacia nosotros y las estrategias de información, negociación y decisiones compartidas, entre otras técnicas comunicacionales han sido elementos clave. Estas habilidades se adquieren con la experiencia y con programas de formación como talleres y cursos. Por ello, creo en la importancia de la formación de los sanitarios en este ámbito, imprescindible para el éxito en consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aszpis S, Gottlieb S. Síndrome de Klinefelter: Viejos y nuevos conceptos. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2006; vol. 43. Nº 1.
2. Quintana M, Matorras R. Embarazo espontáneo generado por un varón con síndrome Klinefelter sin mosaico. Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2002; vol. 19, nº 4: 285-288.
3. Aran B, Vidal F. Estimación del riesgo de aneuploidías para los cromosomas sexuales en un paciente 46 XY/47XXY candidato a fecundación in vitro fertilización by intracytoplasmic sperm injection. Prog Obstet Ginecol. 2001;44:169-174.
4. <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/completo.pdf>
5. BOE.es - Código Penal y legislación complementaria
6. BOE.es - Documento BOE-A-2015-3439
7. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1>
8. semFYC, Semergen. Módulo de Formación Continuada en Atención a la Familia. In: semFYC, Semergen, ed. By Javaloyes 23.04 de Ediciones S.L. Cursos a distancia 300 horas. 2000.



INCIDENTE CRÍTICO

5. ¿QUÉ ME ESTÁN PREGUNTANDO?

■ Llaguno Sanmartín P.¹, Manzorro Fernández P.¹, Trondina D.², Noriega Martínez V.³, Álvarez De la Torre E.³, Bollati Delclós A.G.²

⁽¹⁾ Residente de 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria.

⁽²⁾ Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria.

⁽³⁾ Residente de 1º año de Medicina de Familia y Comunitaria.
Centro de Salud Torreledones.

¿QUÉ HA OCURRIDO?

Durante mi rotación en Cardiología he observado que las preguntas realizadas a los pacientes en consultas externas para su seguimiento, son difíciles de contestar si no se ejemplifican. Al tratarse de pacientes añosos con insuficiencia cardíaca crónica que acuden cada seis/doce meses, se encuentran con preguntas directas sobre su sintomatología, como si han padecido disnea, o la frecuencia de la clínica en los últimos meses. Muchas veces no saben qué contestar al no saber definir bien sus síntomas o no poder precisar la frecuencia con la que se han repetido en un periodo tan largo, o porque dentro de la pluripatología que presentan, es difícil distinguir cuál es la clínica de cada patología crónica que sufren.

PREGUNTA

¿Se podría ser más pragmático a la hora de preguntar los síntomas?, o ¿se podría hacer algo desde Atención Primaria para que estos pacientes, puedan definir de una forma correcta qué les ocurre, para asegurarnos que reciben un tratamiento adecuado?

OBJETIVO

Siempre es importante una buena comunicación con el paciente, además de entender qué le ocurre,

él debe entender qué le pasa y para qué necesita cada tratamiento. Siendo pacientes añosos y polimedificados, en ocasiones con pérdida de habilidades cognitivas, es algo muy difícil. Se podría explicar a sus cuidadores habituales o familiares, en sesiones informativas impartidas en el centro de salud, o en el hospital de día de cardiología, por si el tiempo en consultas de Atención Primaria resultase insuficiente.

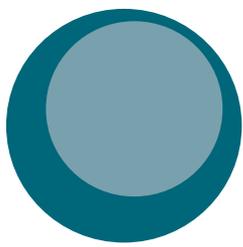
MÉTODO

Tutorización, búsqueda bibliográfica y cursos.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido la importancia de usar un lenguaje que el paciente pueda comprender, y el poder de la comunicación para lograr una buena adherencia terapéutica. Mi mejor procedimiento para aprender ha sido mi mes de rotación en cardiología, y repaso de la patología en el centro de salud.

Lo aplico en la práctica clínica cada vez que desde Atención Primaria añadimos un nuevo tratamiento para la insuficiencia cardíaca, o lo renovamos viendo el informe de atención especializada. Explicamos al paciente para qué sirve un fármaco, y cuáles son los signos de alarma de su patología por los que debería volver a consultar.



CASOS CLÍNICOS

1. SALES DE BAÑO: ¿BUENAS PARA LA PIEL?

■ Serrano Aguado C.¹, Terrón Rodas C.², Imbroda Conde I.³, Lajara Jiménez, A.⁴, González Tardón P.⁵

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Legazpi. Madrid.

⁽³⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

⁽⁴⁾ Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

⁽⁵⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las nuevas sustancias psicoactivas han modificado drásticamente el escenario actual del mundo de las drogas¹, concretamente en el ámbito recreativo con la aparición de nuevas prácticas como el cada vez más extendido “Chemsex”, término que hace referencia a las sesiones en las que se mezclan sexo y una o varias drogas con la intención de facilitar y/o prolongar e intensificar la experiencia sexual, sobre todo entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH)².

Una de las sustancias más comúnmente utilizadas actualmente con este propósito son las catinonas sintéticas, también denominadas “Sales de Baño”, principalmente la mefedrona y la metilona. Se trata de compuestos ilegales que imitan los efectos de drogas psicoestimulantes³.

Casos recientes de abuso de estas sustancias han generado una gran alarma en relación a los riesgos físicos y psicológicos resultantes de su consumo, enfatizando en que el aumento en el uso de dichas drogas puede constituir un importante problema de salud pública¹.

EXPOSICIÓN

Presentamos un caso clínico de un paciente que acudió a nuestra consulta por lesiones ulcerosas que resultaron secundarias a la administración intravenosa de Mefedrona.

Se trataba de un varón de 33 años, sin antecedentes clínicos relevantes, que consultó por dos úlceras de dos semanas de evolución en ambos antebrazos tras inyección de mefedrona. HSH serodiscordante con su pareja (VIH positivo).

A la exploración física se evidenciaron úlceras con celulitis perilesional de 1,5x1,5 cm de diámetro en antebrazo izquierdo y derecho (Imagen 1 y 2). Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico y se programaron curas con enfermería, recogiendo muestras para cultivo. Se envió interconsulta vía web a Dermatología que, ante crecimiento de *S.aureus* en cultivo recomendó añadir ácido fusídico tópico y emplear antibiótico sistémico según antibiograma, iniciando pauta con Clindamicina oral 300 mg cada 8 horas durante 7 días.



Imagen 1



Imagen 2

Ante empeoramiento del tejido cutáneo y aparición de celulitis se añadió Cloxacilina 500 mg/8h durante 6 días a la terapia y se realizó derivación a consultas de Dermatología para ampliar estudio y seguimiento.

Posteriormente, el paciente dejó de acudir a curas y, hasta el momento, desconocemos su evolución. No ha vuelto a visitar nuestro centro ni el hospital de referencia.

Sin confirmar el diagnóstico, el caso clínico podría explicarse como efecto secundario al uso de mefedrona.

REVISIÓN

La mefedrona es un derivado sintético de la catinona, un alcaloide natural que se encuentra en las hojas de una planta denominada *Catha Edulis* (Khat), que crece en el Noreste de África y la Península Arábiga, y cuyos análogos (similares en estructura y acción a las anfetaminas) se han utilizado por sus propiedades estimulantes⁽³⁾.

En nuestro país, el uso de este tipo de drogas es reciente. Existen escasos estudios epidemiológicos sobre el tema, pero los datos disponibles nos muestran que su uso está creciendo notablemente en Europa y otros continentes desde que se informó del primer caso en 2008. Su combinación con otras drogas de diseño (alcohol, cocaína, cannabis o sedantes) forma habitualmente parte de la ecuación. Además, la combinación o patrones de su uso difieren según la orientación sexual (más frecuente entre HSH) y factores sociodemográficos (principalmente población adolescente y adultos jóvenes)⁽⁴⁾.

La mefedrona se consume en forma de polvo blanco o cristalino, en una mezcla vendida como “Sales de Baño”, “Miaou, Miaou”, “Mef” y otros nombres uti-

lizados coloquialmente (ver Tabla 1)^(3,4). Se encuentra disponible a la venta por Internet etiquetados como “no apto para consumo humano”, “alimento para plantas”, “limpiadores de joyas”, etc., evitando así las regulaciones legales relacionadas con su venta y distribución⁽³⁾, lo que las hace sustitutas ideales de drogas ilegales más conocidas y perseguidas (MDMA, Cocaína...).

Tabla 1. Nombres coloquiales asociados a Mefedrona^(3,4)

• Meph, drone
• Mefe
• Meow ó meow meow
• Miaow ó Miaow Miaow
• Miaou miaou (Francia)
• Mef (Eslovenia, Suecia)
• Mefi, mephisto, Moonshine
• Flower Magic Powder, special diamond
• Rush
• Hurricane Charlie, Ketones, Dove
• Sales de Baño
• Vanilla Sky
• Ivory Wave

Las vías de administración más frecuentes son la nasal y la oral, aunque también puede consumirse vía intramuscular, intravenosa (“slamming”) y rectal⁽¹⁾.

Los principales efectos son comparables a los producidos por drogas estimulantes: euforia, sensación de bienestar, excitación motora, desinhibición, aumento de la concentración, empatía, aceleramiento e incremento del deseo sexual⁽³⁾ son algunos de los más referidos por sus consumidores. Comienzan 15-45 minutos después de la ingesta y duran aproximadamente entre 2 y 5 horas⁽⁴⁾, siendo frecuente varias tomas durante una misma sesión para prolongar sus efectos⁽¹⁾.

Aunque aún no se conoce en profundidad la magnitud de los efectos adversos que produce, se han asociado numerosos efectos negativos a su uso elevado y/o prolongado.

Además de los síntomas mayormente documentados (ver Tabla 2)⁽⁴⁾, cabe destacar que el uso de Mefedrona vía intravenosa, como en nuestro caso clínico, está más frecuentemente relacionado con síntomas adictivos, y las inyecciones repetidas pueden dar lugar a bloqueos venosos, infecciones locales, flictenas y abscesos, úlceras y grandes agujeros en el punto de inyección⁽¹⁾. También se han reportado casos de necrosis distal de las extremidades⁽⁵⁾ y síndrome compartimental⁽⁶⁾, así como efectos psiquiátricos (agitación, insomnio, depresión, paranoia...) y aumento del riesgo

de contraer infecciones de transmisión sexual, VIH y pérdida de adherencia a las terapias antirretrovirales¹.

Tabla 2. Efectos adversos de la Mefedrona⁴

Efectos adversos más frecuentes	Otros
<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Hipertensión • Agitación • Fatiga • Rash facial • Midriasis • Pérdida de apetito • Aumento de sudoración • Visión anormal • Piel de gallina 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareo • Temblor • Estupor • Cefalea • Dolor torácico • Disnea • Náuseas, vómitos, dolor abdominal • Irritación nasal y faríngea • Trismus, bruxismo • Síndrome inapropiado de secreción ADH

CONCLUSIONES

El escenario de las drogas y adicciones se ha visto indudablemente modificado tras la aparición de los derivados de las catinonas (mefedrona y metilona principalmente). Se han relacionado con su uso importantes problemas de salud, aunque los efectos

crónicos de su uso a largo plazo no se conocen bien hasta la fecha¹.

Uno de los mayores problemas para establecer planes de intervención sanitaria es la escasa información epidemiológica de la que disponemos².

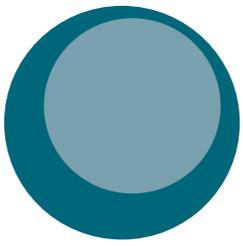
Los profesionales sanitarios debemos estar alerta con respecto al consumo de estas sustancias y a las prácticas sociales a las que se asocian, para poder identificar posibles casos y llevar a cabo planes de prevención e intervención y disminución del daño. La prevención, la información y educación a la población afectada y a los profesionales, la intervención y el tratamiento, componen el algoritmo para el desarrollo de planes de acción sanitarios frente a este nuevo y aún desconocido problema de adicción⁴.

La Atención Primaria constituye un pilar de vital importancia para su posible cumplimiento, puesto que es la principal conexión sanitaria con potenciales usuarios afectados. Es importante además que se produzca una desestigmatización de estos pacientes para lograr acceder más fácilmente a la información y poder realizar un diagnóstico y seguimiento adecuados.

CONFLICTO DE INTERESES POR PARTE DE LOS AUTORES:
Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karila L, Billieux J, Benyaminad A, Lançon C, Cottencin O. The effects and risks associated to mephedrone and methylone in humans: A review of the preliminary evidences. *Brain Research Bulletin*. 2016; 126: 61-67.
2. Giorgetta R, Tagliabracca A, Schifano F, Zaamir S, Marinelli E, Busardò FP. When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex”. *Current Neuropharmacology*. 2017; 15: 762-770.
3. Krauss K, Naser A. Update on drug abuse by nasal route. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2018; 78: 89-98.
4. Karila L, Reynauda M. GHB and synthetic cathinones: clinical effects and potential consequences. *Drug Test. Analysis*. 2011; 3: 552-559.
5. Francés M, Fuertes V, Casarrubios JM, Navarro C, Sánchez OC, Poza E, Fernández-Palacios J. Fingertip Necrosis due to Intravascular Use of Mephedrone: A Case Report. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018 Aug 7;6(8):e1906.
6. Levine M, Levitan R, Skolnik A. Compartment Syndrome After “Bath Salts” Use: A Case Series. *Ann Emerg Med*. 2013; 61:480-483.



CASOS CLÍNICOS

2. SÍNDROME RS₃PE (REMITTING SERONEGATIVE SYMMETRICAL SYNOVITIS WITH PITTING EDEMA)

■ Maqueda Zamora G.¹, Martínez Ballester J.F.², Sierra Santos L.³.

⁽¹⁾ Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Madrid.

⁽²⁾ Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de La Paz. Madrid.

⁽³⁾ Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Boalo. Madrid. Grupo de trabajo de genética clínica y cáncer hereditario de la SemFYC.

RESUMEN

El síndrome RS₃PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea) es una entidad reumatológica poco frecuente, de características y pronóstico en su mayor parte benigno, pero puede manifestarse en forma de síndrome paraneoplásico.

Presentamos el caso de un varón de 83 años sin patologías previas de interés que viene a consultas de Atención Primaria por rigidez y debilidad matutina de dos semanas de evolución en manos y pies, de forma bilateral y simétrica, que asocia edema con fovea en dichas localizaciones.

Palabras clave: Artritis, sinovitis, edema.

ABSTRACT

RS₃PE syndrome (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) is a rare rheumatic entity, with characteristics and prognosis mostly benign but may manifest itself in the form of paraneoplastic syndrome.

We present the case of an 83-year-old male without previous pathologies of interest that attends Primary Care consultations due to morning stiffness and weakness of two weeks of evolution in hands and feet, bilaterally and symmetrically, which associates edema with fovea in these locations.

Key words: Arthritis, synovitis, edema.

INTRODUCCIÓN

El RS₃PE es una entidad reumatológica descrita por McCarty et al. en 1985¹, que se caracteriza por una poliartritis simétrica asociada a sinovitis aguda de for-

ma predominante en ambas manos, que condiciona importante edema². Es más frecuente en personas de edad avanzada³, de carácter en su mayor parte benigno (RS₃PE primario o idiopático), aunque en los últimos años se está asociando con procesos neoplásicos formando en sí mismo un síndrome paraneoplásico en distintos tipos de carcinomas y tumores hematológicos². Además, puede asociarse a otras enfermedades sistémicas o infecciones (RS₃PE secundario), por lo que su presencia nos obliga a profundizar el estudio del paciente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un varón de 83 años sin antecedentes personales o familiares de interés, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que deambula con ayuda de bastón y no asocia deterioro cognitivo previo. El paciente viene a consulta de Atención Primaria por inflamación en manos y pies, de aparición brusca hace dos semanas, sin asociar traumatismo ni sobreesfuerzo ulterior. Refiere además impotencia funcional en dichas articulaciones con rigidez de predominio matutino y astenia. Niega alteraciones patológicas en otros aparatos o sistemas, no ha perdido peso en los últimos meses ni presenta sudoración nocturna, fiebre u otro síntoma asociado.

A la exploración física presenta tumefacción y edemas con fovea en ambas manos y pies (foto 1), con limitación a la movilidad activa por rigidez asociada. Tanto la auscultación cardiopulmonar como el resto de exploraciones no presentan alteraciones reseñables.

Ante la clínica compatible con poliartritis aguda se decide iniciar tratamiento corticoideo y se solicita estudio con analítica completa, hemograma, bioquímica, proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación glomerular (VSG) y factor reumatoide (FR). El paciente acude una semana después de nuevo a consulta para recoger resultados y controlar evolución, presentando



Figura 1. Tumoración en articulaciones interfalángicas con edema con fovea en ambas manos.

una clara mejoría de la clínica. En la analítica solamente se evidencia una discreta elevación de reactantes de fase aguda, con factor reumatoide negativo.

Se deriva a Reumatología para completar estudio y filiación de la artritis, quienes diagnostican síndrome RS₃PE primario según criterios clínicos y realizan pruebas complementarias para despistaje de neoplasias.

DISCUSIÓN

El síndrome RS₃PE es un síndrome reumatológico poco frecuente, de inicio agudo, más frecuente en varones mayores de 50 años de raza blanca, que presenta generalmente FR y anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico (anti-CCP) negativos^{2,3,4}.

Su etiología es desconocida, pero se han descrito asociaciones con factores séricos^{2,4} (sobre todo como síndrome paraneoplásico: IL-6, TNF- α , Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), factores genéticos (HLA-B7 y HLA-A2) y agentes infecciosos³ (parvovirus B19 y bacilo de Calmette-Guérin). Su patogenia se basa en una tenosinovitis de tendones flexores y extensores de la mano (observable por resonancia magnética y ecografía), que condiciona un gran edema, produciendo gran limitación funcional. Se acompaña de poliartritis simétrica, leve, no deformante ni erosiva de las articulaciones de la mano¹.

Presenta clínica con aparición brusca (< 1mes)¹ de una poliartritis periférica simétrica (aunque de inicio puede ser unilateral) con sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos asociado a un edema severo con fovea en el dorso de la mano (“mano en

guante de boxeo”), que se presenta en el 100% de los casos y que, al ser tan pronunciado, puede producir gran limitación funcional y dificultar el reconocimiento de la inflamación articular en la exploración física^{2,3,5}. Además, puede asociar edema en parte distal de miembros inferiores u otras localizaciones, rigidez matutina, debilidad de cintura escapular, síndrome de túnel carpiano o derrame pericárdico. Si aparece asociado a un síndrome constitucional nos debe hacer sospechar proceso neoplásico, al que puede preceder en meses o incluso años, ser sincrónico o aparecer durante su evolución². También es muy característica su excelente respuesta al tratamiento corticoideo^{1,5}, con mejoría evidente desde la primera dosis, siendo indicativo de proceso paraneoplásico su respuesta disminuida o retrasada a dicho tratamiento.

En analítica se observa negatividad para FR y Anti-CCP³, presentando un aumento leve e inespecífico de reactantes de fase aguda (PCR y VSG), y en algunos pacientes anticuerpos antinucleares (ANAs) positivos a títulos bajos, hipoalbuminemia o anemia normocítica leve. En pruebas de imagen no se observa destrucción ósea y se puede ver gran inflamación en partes blandas con ecografía o RMN, sin ser necesario para diagnóstico.

El diagnóstico se establece con la exclusión de otras entidades junto con los criterios Olivo⁵, descritos en 1994: Edad >65 años; FR negativo; polisinovitis aguda simétrica afectando a muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y vainas tendinosas de los extensores de las manos; edema en «piel de naranja» con fovea en las zonas afectadas; rigidez matutina; respuesta rápida al tratamiento esteroideo; exclusión de otras enfermedades.

El diagnóstico diferencial, con otros cuadros reumáticos, especialmente la artritis reumatoide y espondiloartritis de inicio del anciano, la polimialgia reumática, la arteritis de la temporal y la condrocalcinosis².

El síndrome RS₃PE se puede presentar de forma aislada (primario o idiopático, que presenta las características típicas) o ser secundario a: múltiples tipos de tumores como diferentes tipos de neoplasias digestivas, ginecológicas, nefrourológicas y hematológicas^{6,7,8,9} (con síntomas constitucionales, mayor asociación con factores séricos y pobre respuesta a corticoides); enfermedades reumáticas y trastornos inmunitarios (pudiendo presentar FR positivo); agentes infecciosos³ (parvovirus B19, instilaciones vesicales de bacilo de Calmette-Guérin, etc); o estar inducido por fármacos^{10,11} (algunos tipos de insulinas, IDPP-4, nivolumab, etc.).

La forma primaria tiene una rápida y espectacular respuesta a corticoides^{1,2} a dosis bajas con mejoría evidente en pocos días y una remisión completa en menos de un año. El tratamiento de elección es prednisona 5-20 mg/día¹², con pauta descendente hasta

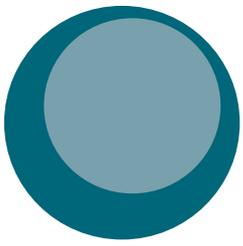
dosis mínima eficaz, que se mantendrá 6-15 meses. Debido a esto se debe realizar valoración de riesgo y prevención de osteoporosis. Los AINEs y cloroquina pueden ser útiles en casos seleccionados, sobre todo para disminuir dosis necesaria de corticoides, y los inmunosupresores o fármacos biológicos raramente son necesarios^{2,3}.

El pronóstico de la forma primaria es excelente, con remisión completa antes de 1 año, pudiendo presentar posteriores recidivas, curando sin secuelas en la mayoría de los casos. Hay que tener en cuenta que puede evolucionar hacia otras enfermedades reumatológicas y neoplasias, por lo que requiere seguimiento.

En resumen, nos encontramos ante un probable síndrome paraneoplásico, de carácter principalmente benigno y con excelente respuesta a tratamiento, que puede asociar patologías muy graves, por lo que precisa un despistaje inicial de estas y un seguimiento por el médico de Atención Primaria a corto y largo plazo, que permita la detección precoz y tratamiento de estas entidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical sinovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. *JAMA*. 1985;254(19):2763-7.
2. Reboiro Díaz ST. RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea). [Internet]. *Fisterra*. [Revisado 19/12/2014; Consultado 10/08/2019] Disponible: <https://www.fisterra.com/bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/rs3pe-sinovitis-simetrica-seronegativa-remitente-con-edema-con-fovea/#>
3. Ruíz Rivero J, Demelo Rodríguez P, Nuevo González JA, Cano Ballesteros JC. RS3PE syndrome: A case description and a literature review. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(6):299-303.
4. Arima K, Origuchi T, Tamai M, Iwanaga N, Izumi Y, Huang M, et al. RS3PE syndrome presenting as vascular endothelial growth factor associated disorder. *Ann Rheum Dis*, 64 (2005), pp. 1653-1655
5. Olivo D, D'Amore M, Lacava R, Rossi MG, Gareri P, Fiorentini C, et al. Bening edematous polysinovitis in the elderly (RS3PE syndrome). *Clin Exp Rheumatol*, 12 (1994), pp. 669-673.
6. Arboleya Rodríguez L, Barile Fabris L, Portela Hernández M, Vázquez MA. Formas misceláneas de artritis. En: Rozman Borstnar C, Cardellach López F. *Farreras Rozman. Medicina Interna*. 18ª Ed. España: Elsevier; 2016. p. 994-998.
7. Rondón Carvajal J, Figueroa Lemusy WJ, Muñoz Velandia OM, Síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema) como manifestación paraneoplásica de mesotelioma: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Reumatol*. 2019.
8. Salcido de Pablo PA, Urrutia-Guerrero JS, Reyes Cordero GC. Síndrome RS3PE en un anciano como síndrome paraneoplásico de cáncer de colon. *Med Int Mex* 2013;29:331-334.
9. Bruscas Izu C, Puertas JR, Cabrerizo García JL. Síndrome RS3PE como primera manifestación de un carcinoma de vejiga. *Reumatol Clin*. 2013;9(1):72-74.
10. Gauci ML, Baroudjian B, Laly P. Remitting seronegative symmetrical sinovitis with pitting edema (RS3PE) síndrome induced by nivolumab. *Semin Arthritis Rheum* 2017;47:281-287.
11. Yamauchi K, Sato Y, Yamashita K. RS3PE in Association With Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor: Report of Two Cases. *Diabetes Care* 2012;35(2):e7-e7.
12. Yao Q, Su X, Altman RD. Is remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) a subset of rheumatoid arthritis? *Semin Arthritis Rheum*. 2010;40(1):89-94.



CASOS CLÍNICOS

3. AGENESIA DEL CUERPO CALLOSO, UNA ALTERACIÓN INFRECUENTE NO TAN RARA

■ Romero Barzola M.Y.¹, Sierra Santos L.², Ejarque Doménech I.³, Maqueda Zamora G.⁴

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Barrio del Pilar. Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Neurología de SemFYC.

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de salud Manzanares el Real. Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Genética Clínica y Enfermedades Raras de SemFYC.

⁽³⁾ Médico de Familia, especialista en Genética Clínica y en Análisis Clínicos. Miembro del grupo de trabajo de Genética Clínica y Enfermedades Raras de SemFYC. Consultorio Auxiliar de Chera. Valencia.

⁽⁴⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Manzanares el Real. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La agenesia del cuerpo calloso (ACC) es una anomalía congénita que consiste en la ausencia total o parcial de esta estructura. Es una condición clínicamente heterogénea que va desde el paciente asintomático hasta cuadros graves. En este aspecto se dice que es definido por su ausencia y no por sus manifestaciones¹. Es una de las malformaciones más frecuentes en el cerebro con una prevalencia de 1 en 4000 nacidos vivos, presente en el 0,3 a 0,7% de la población general y en el 3-5% de los individuos con trastornos neurológicos².

Palabras clave: Agenesia del cuerpo calloso. Anomalías congénitas. Plasticidad neuronal.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 28 años, hijo de padres sanos no consanguíneos con un hermano mayor sano. La madre relató una mala alimentación durante el embarazo por motivos económicos. La gestación fue controlada adecuadamente y a los 6 meses se diagnosticó, por medio de ecografía, agenesia del cuerpo calloso. Nacido a término en parto eutócico, con talla y peso adecuado para su edad gestacional, sin complicaciones neonatales. Estuvo en seguimiento por neurología neonatal hasta los 4 meses en que dejaron de acudir a la consulta. Tuvo retardo en el desarrollo psicomotor: se sentó a los 8 meses y adquirió la marcha y el habla a los 2 años. Durante la infancia y adolescencia tuvo problemas de integración y adaptación. Estudió música (toca bien la batería), teatro y aprendió a conducir un ciclomotor. No ha presentado convulsiones ni ha necesitado tratamientos crónicos. El paciente cumple las actividades básicas

de la vida diaria sin ayuda y desarrolla con normalidad su labor de cuidador de caballos. En la evaluación clínica actual se objetiva nistagmus horizonte rotatorio en la mirada bilateral, cumple ordenes simples y complejas aunque le cuesta cumplir ordenes consecutivas y presenta problemas de lateralidad. No se observan alteraciones en la campimetría, marcha ni reflejos osteotendinosos. Acudió a su médico de fami-

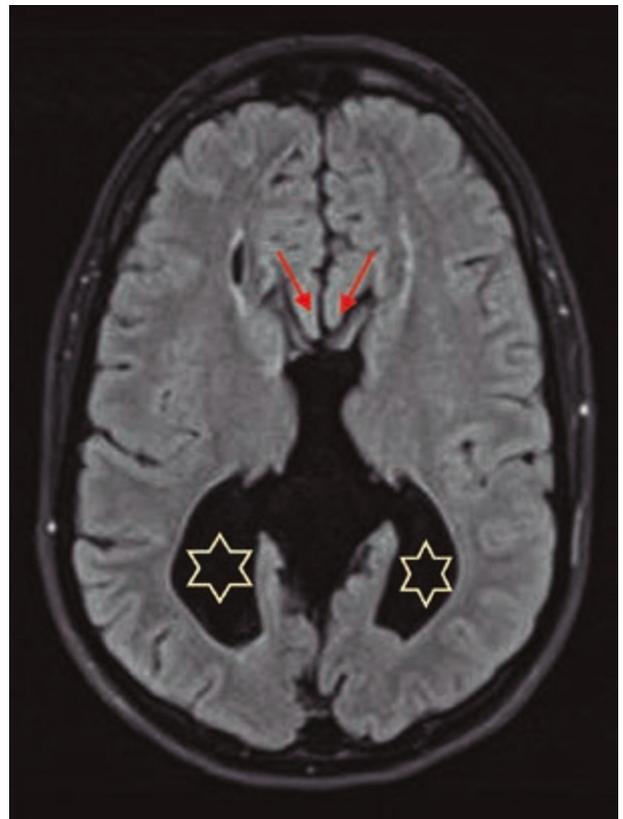


Figura 1. Imagen de RMC. Corte axial. Atrfia de cuerpo calloso (Flechas rojas) y dilatación de los ventrículos laterales (estrellas amarillas).

lia porque el día previo había sufrido un traumatismo en la muñeca, a pesar de la deformidad evidente el paciente aquejaba poco dolor, se realizó una radiografía donde se objetivó fractura de Colles. Al revisar su historia clínica el sanitario se percató del diagnóstico prenatal de ACC y que no había tenido ningún seguimiento por parte de ninguna especialidad desde los 4 meses de edad por lo que lo derivó al neurólogo. Se le realizó una resonancia magnética cerebral (RMC) donde se observó normalidad en fosa posterior, tronco encefálico y región supratentorial. Atrofia del cuerpo calloso con colpocefalia. Descenso del haz 10 mm (Figuras 1, 2 y 3). No se le ha realizado estudio genético al no presentar otras alteraciones en la RMC ni

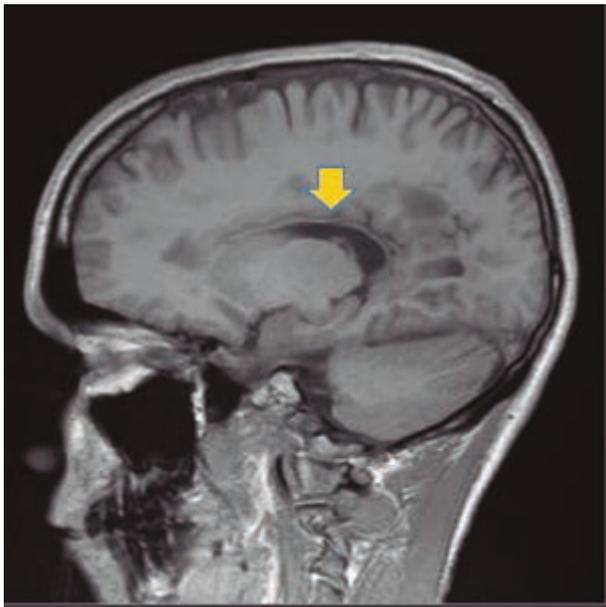


Figura 2. Imagen de RMC. Corte sagital. Atrofia de cuerpo calloso.



Figura 3. Imagen de RMC. Malformación de Chiari. Hernia del cerebelo de 10 mm (flecha roja).

dismorfismos faciales u otras alteraciones evidentes. Debido a la estabilidad del cuadro y que no presentó comorbilidades es dado de alta de la especialidad de neurología con indicación de seguimiento por su médico de familia.

REVISIÓN

El cuerpo calloso (CC) es un cúmulo de fascículos nerviosos en forma de C que conectan ambos hemisferios cerebrales y está compuesto por 4 partes: cabeza, tronco, rodilla y esplenio³. Se forma entre la octava y vigésima semana de gestación simultáneamente con otras estructuras cerebrales importantes⁴. Su función principal es coordinar y transferir información entre los hemisferios. Se encarga de la integración sensorial, motora, visuomotora y de funciones cognitivas superiores⁵.

Las anomalías estructurales congénitas comprenden la agenesia total o parcial del CC debido a alteraciones durante su desarrollo. Se postula que su causa es multifactorial incluyendo carencia de vitaminas, exposición a radiaciones, infecciones prenatales (TORCH), alcohol, tabaquismo, diabetes materna y causas genéticas⁶. Puede presentarse aislado o en síndrome congénito asociado a otras malformaciones como hipoplasia cerebelosa, microcefalia y polimicrogiria (excesivos pliegues corticales y surcos poco profundos)⁷.

La ACC es una malformación clínicamente significativa y relativamente frecuente del sistema nervioso cuya prevalencia es difícil de determinar debido a la variedad de condiciones clínicas a las que se asocia⁸. Schell, et al., señalaron una prevalencia de 1 en 4000 nacidos vivos, presente en el 0,3 a 0,7% de la población general y en el 3-5% de los individuos con trastornos neurológicos².

La ACC puede formar parte de aproximadamente 108 síndromes congénitos con un amplio espectro de manifestaciones que va desde el paciente asintomático hasta los que presentan graves trastornos neurológicos¹². Existen características clínicas que pueden sugerir esta anomalía: retardo en el desarrollo, coeficiente intelectual menor de lo normal, dificultad para defenderse táctilmente, alta tolerancia al dolor, dificultad en la comunicación y el aprendizaje, así como problemas de lateralidad. Se atribuye a la neuroplasticidad cerebral la falta de expresión clínica en algunos casos de ACC^{9, 10}.

El diagnóstico prenatal puede realizarse mediante una ecografía o resonancia magnética a partir de la semana 20 de gestación. El diagnóstico postnatal puede realizarse además de las técnicas anteriores con tomografía computarizada. La resonancia magnética sería la prueba estándar con la cual también podemos identificar otras anomalías asociadas^{3,4}.

Ante un caso de ACC se debe descartar la presencia de anomalías cromosómicas, se ha descrito que están implicados los cromosomas 1, 8, 13, 15, 18, 21 y X¹³. sin embargo, todavía no se ha identificado ningún gen específico. Los estudios genéticos que pueden realizarse son la determinación del cariotipo en primer lugar y algunas técnicas moleculares más específicas, como hibridación in situ fluorescente, MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification) o array de hibridación genómica (array-CGH: técnica mediante la cual es posible detectar ganancias o pérdidas de material genético)¹⁴.

No existe un tratamiento específico. Está indicado el tratamiento de rehabilitación y estimulación precoz para aprovechar la neuroplasticidad, además el objetivo de la rehabilitación es mejorar el funcionamiento global del paciente³.

El pronóstico se determina fundamentalmente con relación a las anomalías asociadas. No siempre hay correlación clínica entre la imagen y la clínica por lo que no se puede utilizar como medidor pronóstico. En ocasiones la ACC con clínica llamativa pueden tener una evolución favorable si se realiza rehabilitación y estimulación precoz^{1,11}.

CONCLUSIONES

La ACC es una malformación más frecuente de lo pensado, su pronóstico es variable dependiendo de las malformaciones a las que se asocie, pudiendo incluso

desarrollar cuadros neurológicos graves, por lo que su diagnóstico precoz es importante. Generalmente éste se apoya en signos ecográficos indirectos a partir de las 20ª semana gestacional y se confirmaría mediante resonancia porque tiene mayor sensibilidad y especificidad. La ACC se puede asociar a anomalías cromosómicas o genéticas por lo que se recomienda el estudio genético cuando se confirme el diagnóstico. En este contexto se recomienda el asesoramiento prenatal a los padres de los pacientes afectados de esta malformación y del paciente cuando sea necesario.

Debido a su frecuencia y variabilidad clínica estos pacientes también son seguidos en Atención Primaria y debemos conocer las patologías que puede asociar. Pueden presentar características clínicas que pueden sugerir el cuadro, algunas de ellas presentes en nuestro caso: retardo en el desarrollo psicomotor, coeficiente intelectual menor de lo normal, alta tolerancia al dolor, problemas de lateralidad, etc.

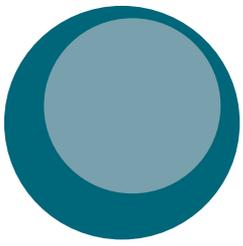
Incidimos en la importancia de la estimulación desde edades tempranas en todos los niños para facilitar la neuroplasticidad ya que el cerebro se forma a partir de los estímulos que se perciben en la primera infancia. Si los estímulos son adecuados, el desarrollo madurativo del niño/a lo será y esto tendrá implicaciones posteriores.

Llamamos la atención en el hecho de que en la comunidad de Madrid no podemos derivar directamente desde Atención Primaria hacia genética por lo cual los pacientes son derivados a otras especialidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Serret JE, Martínez López JA, Renté Nabadié Y. Agenesia parcial del cuerpo calloso en una infante. MEDISAN [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Ago 31]; 20(8): 2001-2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000800013&lng=es.
2. Schell-Apacik CC, Wagner K, Bihler M, Ertl-Wagner B, Heinrich W, Klopocki, et al. Agnesis and Dysgenesis of the Corpus Callosum: Clinical, Genetic and Neuroimaging Findings in a Series of 41 Patients. *Am J Med Genet A*. 2008; 146 A(19): 2501-2511. doi: 10.1002/ajmg.a.32476
3. Aljure-Reales VJ, Rangel-Carrillo JJ, Ramos JD, Rodríguez-Bermúdez JA, Rodríguez JS. Agnesis del cuerpo calloso: un tema poco conocido. *CES Med*. 2017; 31(2):172-179.
4. Villarreal-Ybazeta MA, Tirado-Chavarría FA, Calderón-Alarcón NE. Síndrome de Aicardi: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev de Neuro-Psiquiatr* 2016; 79 (1): 59-65.
5. Zahr NM, Rohlfing T, Pfefferbaum A, Sullivan EV. Problem solving, working memory, and motor correlates of association and commissural fiber bundles in normal aging: a quantitative fiber tracking study. *Neuroimage*. 2009; 44(3):1050-62. doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.09.046.
6. Edwards TJ, Sherr EH, Barkovich AJ, Richards LJ. Clinical, genetic and imaging findings identify new causes for corpus callosum development syndromes. *Brain*. 2014; 137(Pt 6):1579-613. doi: 10.1093/brain/awt358.
7. O'Driscoll et al. Identification of genomic loci contributing to agnesis of the corpus callosum. *Am J Med Genet A* 2010; 152A: pp. 2145-2159.
8. Ballardini E, Marino P, Maietti E, Astolfi G, Neville AJ. Prevalence and associated factors for agnesis of corpus callosum in Emilia Romagna (1981-2015). *Eur J Med Genet*. 2018; 61(9):524-530. doi: 10.1016/j.ejmg.2018.06.004.

9. Tovar-Moll F, Moll J, de Oliveira-Souza R, Bramati I, Andreiuolo PA, Lent R. Neuroplasticity in human callosal dysgenesis: a diffusion tensor imaging study. *Cereb Cortex*. 2007; 17(3):531-41.
10. Brescian NE, Curiel RE, Gass CS. Case study: A patient with agenesis of the corpus Callosum with minimal associated neuropsychological impairment. *Neurocase*. 2014; 20(6):606-14. doi: 10.1080/13554794.2013.826690.
11. Lagaresa AM, Harob A, Crespoc P, Ceballosd V, Rodríguez R, Conejeroa JA. Agnesia del cuerpo calloso. Discordancia clínico-radiológica. Análisis tras 15 años de experiencia. *Rehabilitación* 45(3):208-216
12. M. Winter R, Baraitser M. London dysmorphology database. London Oxford University Press.
13. O. Sánchez-Villares L, Martín Bahamontes C, García González P, Torres Peral R, Hernández Fabián A. Agnesia del cuerpo calloso como forma de presentación de un síndrome de delección y duplicación invertida del brazo corto del cromosoma 8. *Acta Pediatr Esp*. 2017; 75(9-10): e166-e170
14. P. Ambou Frutos I, Lastra Pérez L, Vilches Lescaille D, Osorio Illas L, Ramos López M, Rodríguez Ahuar N. Clinical manifestations associated to the TORCH syndrome. *Rev Cubana Oftalmol [Internet]*. 2018 Mar [citado 2019 Ago 31]; 31(1):132-144. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762018000100013&lng=es.



CASOS CLÍNICOS

4. HIPERCALCEMIA TUMORAL, UNA URGENCIA MÉDICA

■ Pérez Mañas G.⁽¹⁾, Cerrada Cerrada E.⁽²⁾, Pérez Calero L.⁽¹⁾, Silván Domínguez M.⁽¹⁾, González Godoy M.⁽¹⁾, Roldán Terillano R.⁽³⁾

⁽¹⁾ Residentes de MFyC Centro de Salud Francia.

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Francia. Fuenlabrada

⁽³⁾ Residente de Urología Hospital de Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

La hipercalcemia es una alteración del metabolismo definida como niveles de calcio en sangre por encima de 10,5 mg/dl¹. Mientras que la causa más frecuente de hipercalcemia en el paciente ambulatorio es el hiperparatiroidismo primario secundario a un adenoma productor de PTH, la hipercalcemia tumoral maligna representa la causa más frecuente en los hospitalizados². Son los niveles de calcio y la velocidad a la que se instaura lo que determina la gravedad del cuadro. Mientras que la hipercalcemia leve (10,5-12,5 mg/dl) y de instauración lenta suele cursar de manera asintomática, la grave o tumoral (>14,5 mg/dl) pueden comprometer la vida del paciente, lo que exige un tratamiento urgente que evite las graves alteraciones a nivel neurológico, cardiovascular y renal derivadas de su brusca instauración.

EXPOSICIÓN

Se presenta el caso de un paciente varón de 69 años, hipertenso, diabético, fumador, con un bloqueo bifascicular asintomático y con el antecedente de un nódulo pulmonar estable en seguimiento por neumología.

El paciente acude al servicio de urgencias derivado por su médico de Atención Primaria por un cuadro de astenia y deterioro de la función renal. En la anamnesis, además refería hiporexia y pérdida de 5 kg de peso en los últimos 4 meses junto con sensación de cuerpo extraño a nivel faríngeo. No refería fiebre, ni aumento de tos ni de expectoración. Tampoco dolor a ningún nivel, aunque sí disfonía progresiva en las últimas semanas.

A la exploración física destacaba deterioro físico importante, una adenopatía supraclavicular derecha de 2 cm de diámetro, pétérea, adherida a planos profundos y una disminución global del murmullo vesicular en la auscultación. Se solicitó una bioquímica en la que se objetivaron las siguientes alteraciones: urea

122 mg/dl, creatinina 2,34 mg/dl, calcio 16,1 mg/dl, (calcio corregido 16,2 mg/dl), magnesio 1,6 mg/dl, LDH 834 U/l, PCR 4,95 mg/dl y una gasometría venosa con: pH 7,54, PCO₂ 45 mmHG, pO₂ 81 mmHg, CO₃H 38,5 mmol/L, CO₂ total 39,9 mmol/L, exceso de bases 14,10 mmol/L, lactato 2.00 mmol/L, siendo el resto de la analítica normal. Inicialmente se solicitó una radiografía de tórax, en la que no se evidenció ningún cambio con respecto a las placas previas. Se instauró tratamiento con suero salino, furosemida y zoledronato junto con calcitonina y tratamiento corrector de la hipomagnesemia. Además fue visto por el otorrinolaringólogo de guardia, el cual intentó realizar una laringoscopia sin éxito, debido a la incapacidad para introducir el fibrolaringoscopio por la presencia de una masa de gran tamaño a nivel de hipofaringe.

Ante la mala situación clínica del paciente y la alta sospecha de hipercalcemia tumoral se ingresó al paciente. Se solicitó un TAC de tórax (imagen 1) y un TAC de cuello (imagen 2 y 3) que evidenció la presencia de un carcinoma microcítico de pulmón, sincrónico a un tumor supraglótico izquierdo de estirpe neuroendocrina con afectación de la cuerda vocal ho-

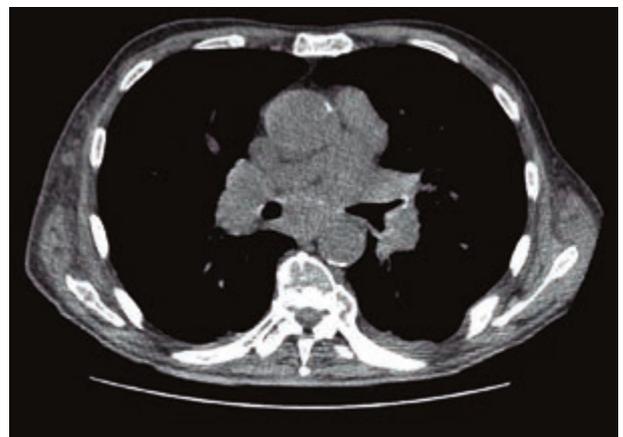


Imagen 1. Tac de tórax: irregularidad del hilio izquierdo con engrosamiento de las paredes bronquiales compatible con tumor primitivo.

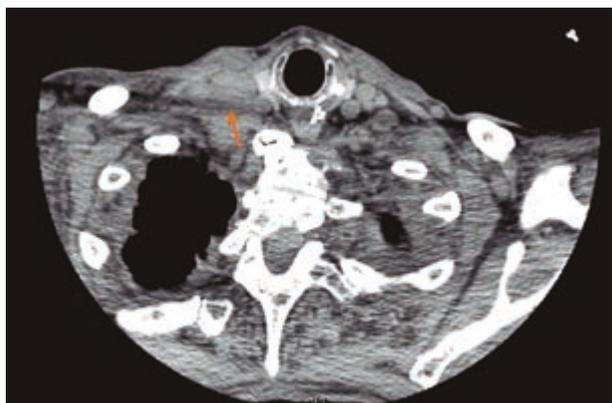


Imagen 2. TAC de cuello: Tumoración homogénea de atenuación partes blandas de aproximadamente 3,5 cm de eje máximo situada en el pliegue ariepiglótico izquierdo y cuerpo de la glotis.

molateral, con conglomerado adenopático en la región cervical inferior derecha e intensa afectación a nivel óseo (T3,N3,M1). Se realizó también un TAC cerebral, que no evidenció lesiones a dicho nivel.

Con el tratamiento instaurado, la hipercalcemia se corrigió en unas horas, pero conocida la extensión tumoral y la mala situación clínica del paciente se decidió tratamiento paliativo del dolor y de la clínica respiratoria secundaria a la compresión tumoral, sin llevar a cabo medidas cruentas e invasivas, falleciendo el paciente a las tres semanas del ingreso.

DISCUSIÓN

El control del calcio sérico normal depende de la PTH, la 1,25 (OH)-vitamina D y la calcitonina, tres sistemas hormonales que determinan el intercambio de calcio entre intestino, riñón, hueso y líquido extracelular. Mientras que la PTH impide la caída del calcio sérico; estimulando su reabsorción a nivel renal, aumentando la resorción ósea y estimulando la producción de 1,25(OH)-vitamina D en el riñón (lo que aumenta la absorción de calcio a nivel intestinal), la calcitonina inhibe la resorción ósea, actuando así como un contra regulador de la PTH. La mayoría del calcio en el cuerpo humano se encuentra en forma de depósitos inorgánicos en el hueso, los cuales pueden ser movilizados a la circulación sistémica mediante un proceso llevado a cabo por los osteoclastos, denominado resorción ósea³.

Las causas de hipercalcemia pueden ser muy variadas, lo que convierte a la determinación de la concentración plasmática de PTH en la herramienta diagnóstica inicial más importante, dado que nos permite diferenciar entre procesos PTH dependientes, como el hiperparatiroidismo, de aquellos independientes de la acción hormonal, como es el caso de la hipercalcemia tumoral. Dentro de las neoplasias malignas, el cáncer

de pulmón, el de mama y el mieloma múltiple representan las causas más frecuentes de hipercalcemia maligna¹, siendo su aparición un indicador de mal pronóstico en todos estos casos.

Numerosos factores de crecimiento y citoquinas intervienen en la hipercalcemia tumoral maligna, destacando el PTHrp (PTH-related protein), el ligando del receptor-activador del factor nuclear kappa B (RANK-L) y el transforming growth factor- β (TFG- β). El mecanismo más frecuente en los casos asociados a neoplasias malignas sólidas no metastásicas es la secreción de la PTHrp, cuyos efectos sobre la resorción ósea y a nivel renal, son similares a los de la PTH, ya que comparten el mismo receptor. En estos casos se habla de hipercalcemia tumoral maligna representando el 80% de los casos de hipercalcemia tumoral, estando asociada especialmente a carcinomas epidermoides de pulmón, cabeza y cuello, cáncer de mama, hipernefroma, cáncer de vejiga o cáncer de ovario².

Existen otros mecanismos fisiopatológicos que están implicados en la hipercalcemia asociada a tumores, como la hipercalcemia por osteolisis que se produce en las metástasis óseas del cáncer de mama o aquellas producidas por la secreción de calcitriol (1,25 dihidroxivitamina D) o ectópica de PTH, mecanismos fisiopatológicos mucho menos frecuentes y rara vez implicados en la génesis de este tipo de hipercalcemias.

Como se ha descrito anteriormente, las manifestaciones clínicas de la hipercalcemia van a depender de los niveles de calcio en sangre y de la rapidez de su ascenso¹ (Figura 1). Pacientes con valores comprendidos entre 10,5 y 12 g/dl suelen cursar de manera asintomática o con alteraciones leves e inespecíficas como náuseas, falta de concentración, poliuria-polidipsia y cierto grado de astenia. Por el contrario, concentraciones de calcio por encima de 14 mg/dl rara vez pasan desapercibidas, produciendo importantes manifestaciones a nivel neuromuscular, gastrointestinal y renal que pueden llevar al paciente a una situación de estupor o coma. En el caso de la hipercalcemia maligna, los signos y síntomas también incluyen los del tumor maligno responsable de la hipercalcemia, que en esta fase suele estar en estadios avanzados.

Las manifestaciones digestivas (estreñimiento, anorexia, náuseas y vómitos, pirosis retroesternal, úlcera péptica, pancreatitis) son habitualmente, las primeras en aparecer. Le siguen las manifestaciones renales (poliuria, nicturia, polidipsia, hipercalcemia, nefrocalcinosis, nefrolitiasis e insuficiencia renal en casos de larga evolución), síntomas neuromusculares (hipotonía muscular, astenia), músculo esqueléticas (mialgias, artralgias, osteopenia, fracturas patológicas, osteítis fibrosa quística) y cardiovasculares (hipertensión arterial, palpitaciones, arritmia, alteraciones en el electrocardiograma en forma de onda T ancha e in-

Figura 2. Clasificación de la hipercalcemia

	Niveles	Clínica	Tratamiento
Leve	>10,5- <12 mg/dl	Asintomático/ síntomas inespecíficos	No requiere tratamiento urgente
Moderada	>12- <14 mg/dl	Nauseas, falta de concentración, poliuria, polidipsia... etc.	Corrección de la causa desencadenante
Grave	≥14 mg/dl	Estupor, incluso coma	Hidratación intravenosa, fármacos inhibidores de la resorción ósea, calciuresis, glucocorticoides y diálisis

tervalo QT corto)⁴. La disfunción del sistema nervioso central y las alteraciones cardiovasculares, junto con el fracaso renal, representan las principales causas de mortalidad en estos pacientes.

Los pacientes con hipercalcemia asintomática o con síntomas leves (calcemias < 12 mg/dl), no requieren tratamiento urgente y, la actitud terapéutica se centra en la corrección de la causa responsable.

En aquellos casos en los que el paciente presenta síntomas y signos de hipercalcemia agudos, o siempre que la hipercalcemia sea mayor de 14 mg/dl, el tratamiento debe iniciarse de manera urgente con medidas de hidratación intravenosa, fármacos inhibidores de la resorción ósea, calciuresis, glucocorticoides y diálisis (si existe fracaso renal refractario a otras medidas)².

La deshidratación presente en el paciente con hipercalcemia aguda obliga a una restauración hídrica intensiva y precoz con el fin de aumentar el volumen de filtrado glomerular e inducir la excreción de calcio o calciuresis¹. Se realiza preferentemente con suero salino isotónico al 0,9% cuya velocidad y volumen de infusión dependen de varios factores, incluyendo la magnitud de la hipercalcemia, las comorbilidades y la edad del paciente. En ausencia de edemas, es razonable iniciar la sueroterapia a un ritmo de 200-300 ml/hora, ajustándose para conseguir como mínimo una diuresis de 100-150 ml/hora².

Tras la hidratación, los diuréticos de asa a dosis bajas (furosemida 10-20 mg) inhiben la reabsorción tubular renal de calcio y sodio y contribuyen a controlar el exceso de volumen y promover la calciuria. Sin embargo, algunos autores proponen reservar su uso a situaciones en las que se haya producido sobrecarga hídrica, ya que su uso antes de reestablecer el filtrado glomerular puede incrementar la depleción de volumen, aumentar la reabsorción de calcio a nivel renal y perpetuar así la situación de hipercalcemia.

En la actualidad, los bifosfonatos se consideran los agentes de elección en el manejo de la hipercalcemia maligna, actuando como potentes inhibidores de la resorción ósea, impidiendo así la liberación de calcio desde el hueso. Su administración intravenosa puede normalizar los niveles de calcio en 48 horas y su uso puede tener beneficios sobre la recidiva de crisis hipercalcémica e incluso interferir en la génesis de las metástasis óseas de algunos tumores, aunque no se ha visto que influya en la supervivencia de los pacientes¹. Los agentes de elección son el zoledronato y el pamidronato, siendo más potente el primero, aunque se relaciona también con una mayor incidencia de casos de osteonecrosis de mandíbula. La administración de 4 mg intravenosos de zoledronato durante al menos 15 minutos normaliza la calcemia hasta en el 88% de los pacientes, con una duración del efecto de hasta 43 días².

La prednisona a dosis de 20-40 mg/día se puede utilizar en los linfomas, cuya hipercalcemia es inducida por exceso de calcitriol, o en las enfermedades granulomatosas como la sarcoidosis, disminuyendo la calcemia en 3-5 días.

La calcitonina presenta un mecanismo menos potente que los bifosfonatos, utilizándose en el inicio del tratamiento hasta que se consigue el efecto antiresortivo de éstos. Debido a su rápido mecanismo de acción, a las 4-6 horas, dosis de 4-8 UI/kg/6-12 horas por vía intramuscular o subcutánea consiguen disminuir 1-2 mg/dl la calcemia, limitándose su eficacia a las primeras 48 horas por un mecanismo de taquifilaxia.

La hemodiálisis se considera el tratamiento de última elección, principalmente indicado en pacientes con hipercalcemias muy severas, insuficiencia renal y cardíaca o en aquellos en los que la hidratación intravenosa no es segura.

Por último, hay que tener presente que la presencia de valores de hipercalcemia superiores a 14 mg/dl en

pacientes con patología oncológica, como ocurrió en nuestro caso, se asocia a mal pronóstico, falleciendo la mitad de ellos en los siguientes 30 días al diagnóstico¹.

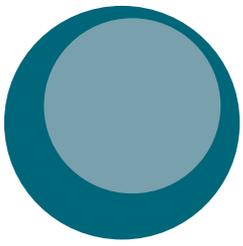
CONCLUSIONES

El tratamiento de la hipercalcemia tumoral debe instaurarse de manera urgente debido a que la afectación cardíaca, neurológica y renal puede comprometer la vida del paciente. Como consecuencia de la ines-

pecificidad de los síntomas con los que se manifiesta, es fundamental llevar a cabo una determinación en sangre del calcio y las proteínas o bien del calcio iónico para su rápida identificación. La instauración precoz de fluidoterapia y el tratamiento con bifosfonatos consiguen la normalización precoz de los niveles de calcio, evitando las complicaciones fatales derivadas de su elevación y constituyendo por tanto, el pilar básico en el tratamiento. A pesar de ello, la mitad de los pacientes fallecen en el primer mes tras su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuevo-González J.A. Hipercalcemia como urgencia médica. *Reemo* 2009; 18 (3): 51-5.
2. Martínez Díaz-Guerra G, Partida M, Hawkins F. Hipercalcemia. *Medicine* 2012; 11 (16): 934-43.
3. Gussinyé M, Yeste D, Clemente M, Albisu MA, Carrascosa A. Actitud ante una hipercalcemia. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2010;1 (Suppl)
4. Cinza Sajurjo S, Nieto Pol E. Hipercalcemia. *Fisterra* 2015. Visto en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipercalcemia/>



CASOS CLÍNICOS

5. SI EL RAYNAUD APARECE INESPERADAMENTE, INVESTIGA RÁPIDAMENTE

■ González Godoy M.¹, Viñas Fernández G.², Pérez Mañas G.¹, Silván Domínguez M.¹, Castelo González C.¹, Ramos Flores A.¹

⁽¹⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Oeste. Centro de salud Francia y Hospital Universitario Fuenlabrada.

⁽²⁾ Médico adjunto del centro de salud Francia. Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de Raynaud es una condición frecuente en un 10% de la población general¹. Con frecuencia es de causa idiopática¹. Sin embargo, la asociación entre isquemia digital y enfermedad maligna es bien conocida desde su descripción por Trousseau en 1865², actuando dicho fenómeno de Raynaud como un síndrome paraneoplásico¹. Por ello, es necesario estar alerta ante los posibles signos de alarma que sugieran que no se está ante un caso habitual de fenómeno de Raynaud³.

El fenómeno de Raynaud paraneoplásico supone una alta morbilidad y el tratamiento requiere una intervención multidisciplinaria e interdisciplinaria⁴. Se relata a continuación un caso clínico que evidencia la información anteriormente expuesta.

EXPOSICIÓN

Mujer de 64 años, con antecedentes personales de tabaquismo activo de 20 cigarros/día, que acude a la consulta de Atención Primaria en mayo de 2018 por notar, desde hacía tres meses, parestesias, dolor y acorchamiento en los dedos de las manos, sobre todo en el cuarto y quinto de la mano derecha. Asimismo, se observaron lesiones costrosas con halo eritematoso circundante en el pulpejo de los dedos (Imagen 1). No refiere lesiones ni en pabellones auriculares ni en nariz. Dos semanas antes de dicha consulta, apreció cambios de coloración en la piel, con brotes inicialmente cianóticos, seguidos de palidez y finalizando en rubefacción. Lo relacionaba con la exposición tanto al frío como al calor. El relleno capilar era normal. Se le cataloga de posible Síndrome de Raynaud y se le pidió una analítica (con resultado normal), así como una interconsulta al servicio de Reumatología. Como analgesia, tomó ibuprofeno, metamizol y piketoprofeno en crema, y se le pautó ácido fusídico en crema con limpieza diaria y en comprimidos.

En julio, fue vista nuevamente en Atención Primaria, donde se constató mejoría de las lesiones digitales, con menor eritema (Imagen 2).



Imagen 1.

En la consulta de Reumatología, los marcadores inmunológicos resultaron negativos y en la radiografía de tórax se observó una masa pulmonar de 36 mm de diámetro, redondeada y bien delimitada en el lóbulo superior izquierdo por lo que se le citó un TAC de tórax desde el servicio de Radiología para completar el estudio. Se le añadió, al tratamiento que ya tomaba, omeprazol, nifedipino, evitar sobrecargar la articulación, evitar exponerse al frío y al tabaco.

Con todo lo expuesto, se le diagnosticó de Síndrome de Raynaud severo sin criterios de enfermedad autoinmune sistémica y masa pulmonar a estudio, siendo derivada al servicio de cirugía vascular.

El TAC reveló que podría tratarse de una malformación adenomatoidea periférica del adulto o un quiste indeterminado. Por este motivo, se indicó un PET-TAC y una fibrobroncoscopia.

En el PET-TAC se observó un nódulo pulmonar izquierdo con una baja tasa de glucólisis, sugerente de

posible hamartoma versus tumor mesenquimal. No se encontraron más hallazgos patológicos. La broncoscopia resultó normal.

Desde el Comité de Tumores Torácicos se decidió enviar a Cirugía torácica para valorar su resección quirúrgica. La paciente no tenía contraindicación quirúrgica (FEVI 84%, DLCO 60%) y el tumor era resecable. Por ende, el tumor fue extirpado en octubre de 2018, mediante cirugía torácica asistida con vídeo, que se reconvirtió en toracotomía y resección atípica, sin más incidencias durante la cirugía. En la anatomía patológica se confirmó el diagnóstico de hamartoma condroide.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática del Raynaud y sin signos de recidiva tumoral.

REVISIÓN

El fenómeno de Raynaud es una respuesta vascular exagerada a estímulos térmicos o estresantes, que se caracteriza por cambios de la coloración en las zonas digitales¹. La etiopatogenia subyacente consiste en brotes de vasodilatación y vasoconstricción de los vasos cutáneos², causantes del cambio en la coloración de las zonas acrales. Es más frecuente en mujeres jóvenes y el diagnóstico es clínico. Puede dividirse en Raynaud primario o idiopático y Raynaud secundario³. Este es el más preocupante ya que responde a situaciones potencialmente serias, como enfermedades autoinmunes, drogas, tumores, pudiendo ser en este último supuesto, un síndrome paraneoplásico, como ocurrió en nuestro caso presentado⁴. La epidemiología difiere del Raynaud primario, ya que el secundario suele acontecer en varones añosos y pueden padecer úlceras dolorosas en zonas acras⁵ como en el caso expuesto. Los tumores a los que se asocia son muy variados (pulmón, mama, tiroides, ovario...)⁴, siendo el de pulmón con el que se relaciona con mayor frecuencia³. El Síndrome de Raynaud paraneoplásico suele desaparecer cuando se trata exitosamente el tumor primario⁵.

En este escenario, el papel del médico de familia y comunitaria en la detección de un síndrome de Raynaud secundario es vital, ya que es la figura que suele ver por primera vez al paciente y el que suele realizar el seguimiento longitudinal, una vez dado de alta por los sanitarios de atención especializada. Su cercanía, tanto espacial como emocional, la pericia clínica y su capacidad para acotar el diagnóstico diferencial resultan claves en pacientes en los que se sospecha patología tumoral subyacente, favoreciendo en última instancia, la adherencia y relación terapéutica.

Igualmente, no hay que olvidar que resulta, en un número elevado de ocasiones, el puente de conexión



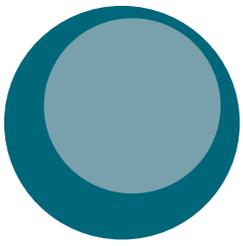
Imagen 2.

entre el paciente y el ambiente hospitalario. Asimismo, la óptima comunicación entre los médicos de Atención Primaria y especializada resulta la piedra

angular para conseguir los objetivos fundamentales de la Medicina: curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Madabhavi I, Revannasiddaiah S, Rastogi M, Gupta MK. Paraneoplastic Raynaud's phenomenon manifesting before the diagnosis of lung cancer. *BMJ Case Rep* 2012 Jul 3;2012:10.1136/bcr.03.2012.5985.
2. Hawley PR, Johnston AW, Rankin JT. Association between digital ischaemia and malignant disease. *Br Med J* 1967 Jul 22;3(5559):208-212.
3. Stojan G, Illei PB, Yung RC, Gelber AC. Raynaud's phenomenon, inflammatory arthritis, and weight loss: pay attention to the man behind the curtain. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014 Aug;66(8):1263-1268.
4. Schildmann EK, Davies AN. Paraneoplastic Raynaud's Phenomenon-Good Palliation After a Multidisciplinary Approach. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(4):779-783.
5. Wigley FM. Clinical manifestations and diagnosis of the Raynaud phenomenon. *UptoDate*. Pp9 2004.



CASOS CLÍNICOS

6. LO QUE LA PIEL ESCONDE...

■ González Godoy M.¹, Viñas Fernández G.², Rodríguez Bastida M.³, Silván Domínguez M.¹, Castelo González.¹, Pérez Mañas G.¹

⁽¹⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Oeste. Centro de salud Francia y Hospital Universitario Fuenlabrada.

⁽²⁾ Médico adjunto del centro de salud Francia. Fuenlabrada.

⁽³⁾ Médico adjunto del centro de salud Panaderas. Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas, a pesar de su frecuencia en las consultas de Atención Primaria, siguen suponiendo un diagnóstico complejo en un número no desdeñable de casos¹. Sin embargo, aunque existen determinadas patologías con manifestaciones dermatológicas muy relevantes (rozando lo patognómico), no siempre van a expresarse de la manera esperada. Ése es el caso de la sífilis, también conocida como la “gran simuladora”, la cual es capaz de imitar numerosas lesiones cutáneas². Además, no se puede olvidar su estrecha relación con la pandemia del VIH¹.

La sífilis secundaria es uno de los estadios de la sífilis, causada por el *Treponema pallidum*, la cual aparece entre 4-10 semanas tras el contacto sexual con lesiones en las mucosas². Asimismo, presenta una gran variedad de manifestaciones, especialmente cuanto no se trata³. Por ello, un paciente con fiebre y exantema palmar siempre supone un reto, ya que enfermedades virales y bacterianas pueden manifestarse de una manera similar³.

EXPOSICIÓN

Varón de 37 años con antecedentes de psoriasis. Acudió a su médico de familia por tos seca de semanas de evolución. De manera concomitante, le apareció un herpes labial estando en fase costrosa cuando fue atendido. En ese momento, se le pautó tratamiento sintomático.

Al día siguiente le aparecieron unas lesiones redondeadas, eritematosas, no pruriginosas, no claramente en diana, en palmas, plantas y zona genital. También en el centro de la lengua surgió una lesión redondeada y unos nódulos en ambas zonas pretibiales, por lo que decidió acudir de nuevo al centro

de salud. Ante la duda diagnóstica, fue derivado a Dermatología, donde se le diagnosticó un eritema multiforme. Se adoptó una actitud conservadora, con tratamiento sintomático, solicitud de serología para infecciones de transmisión sexual, toma de cuña de cara interna pierna derecha y biopsia de cara interna pie derecho.

Cuatro días después de la valoración por Dermatología acudió nuevamente al centro de salud por odinofagia intensa, exudado amigdalal blanquecino sin adenopatías laterocervicales y fiebre de 39º en los días previos. Se le practicó la prueba del *Streptococcus* resultando negativa, por lo que se pautó tratamiento sintomático (metamizol).

En las biopsias practicadas, se obtuvieron los siguientes hallazgos: tejido celular subcutáneo nódulo: paniculitis y punch de piel nódulo: hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con una sífilis secundaria.

En las analíticas realizadas en hospital, se hallaron los siguientes resultados: Monocitos 0,82; Serología: Paul Bunnell: negativo; Epstein Barr Capside IgG: positivo; Epstein Barr Capside IgM: negativo; Serología: RPR: 1/32. Resto negativas. Ante los resultados fue diagnosticado de Sífilis secundaria. Negó haber tenido contacto sexual de riesgo.

Por todo ello, fue tratado con Penicilina G benzatina 2,4 MU/1 dosis intramuscular. La serología de su pareja resultó negativa, así como la repetición. En el enzimoimmunoanálisis se obtuvo un resultado positivo para *Treponema pallidum*. En la serología de control de los tres días posteriores, el RPR resultó negativo. En la consulta de Atención Primaria a la semana siguiente, el paciente refirió la desaparición progresiva de lesiones.

Se le dio cita de revisión en Dermatología-ITS con control serológico de sífilis y otras ITS.

REVISIÓN

El eritema multiforme es un exantema limitado y normalmente leve⁴. Es considerado una reacción de hipersensibilidad del huésped que expresa una respuesta inmune a múltiples agentes etiológicos (como el virus herpes, responsable de hasta el 60% de los casos)⁴. Típicamente, el eritema multiforme aparece 7-14 días después de la aparición de lesiones recurrentes de herpes labial y se caracteriza por un curso agudo de menos de 4 semanas de duración⁴. Los hallazgos histológicos típicos incluyen la vacuolización de las células basales con múltiples queratinocitos necróticos². Asimismo, tiene ligero predominio masculino, siendo más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Característicamente, de manera clínica, presenta lesiones en diana (pápulas o placas), simétricas en zona acral. Su resolución es espontánea con pronóstico favorable aunque recurrente⁵.

En cuanto a las manifestaciones dermatológicas de la sífilis secundaria, éstas pueden suponer un reto, especialmente si se presentan de una manera muy semejante al eritema multiforme, que representaría la respuesta inmunitaria del huésped al *Treponema pallidum*³.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL TEÓRICO:

Infecciosas: Bacterianas: *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi*, sífilis secundaria^{3,6}; **Víricas:** Virus Coxsackie, Virus de Epstein-Barr, sarampión, VIH, hepatitis^{3,6}; **Protozoos:** Sarna, *Trichomonas*, *Toxoplasma gondii*^{3,6}; **Fúngicas:** Tiña, Liqueñ^{3,6}.

No infecciosas: reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas, dermatosis inflamatorias, vasculitis necrotizantes, enfermedad de Behçet y procesos neoplásicos primarios (micosis fungoide)⁶ o como signo precipitante inicial muy infrecuente de linfoma no Hodgkin³.

La sífilis es una patología que, a lo largo de la historia, ha tenido una gran sensibilidad a un antibiótico disponible de forma casi genérica: la penicilina, cuyo tratamiento supone la paralización de la historia natural del *Treponema*.

Desde una óptica social, hay que tener presente que es una infección aun prevalente en nuestro medio (11 millones de infecciones/año) con un gran impacto personal¹. Asimismo, supone un problema de gran transcendencia en la esfera conyugal y social, al tratarse de una situación que estigmatiza profundamente. Destacar que, siempre que se diagnostique una infección de transmisión sexual, hay que hacer un despistaje de otras patologías venéreas.

COMO LECCIONES APRENDIDAS, SE PUEDE AFIRMAR QUE:

Es más frecuente en homosexuales pero también pensarla en pacientes sin alto riesgo de ITS con clínica dermatológica atípica (por ejemplo, en pacientes heterosexuales). El lugar de detección ideal es el centro de salud. Igualmente, la pericia clínica juega un papel central en todo el proceso.

La sífilis secundaria debería incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones similares al eritema multiforme³.

La prednisona o los AINES pueden resultar útiles para evitar la reacción de Jarisch-Herxheimer, aunque podría no tratarse por ser un cuadro autolimitado⁵.

No olvidar que las enfermedades infecciosas siguen siendo un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria¹, resultando fundamental los conocimientos en Dermatología del médico.

Impacto psicosocial del diagnóstico ya que puede llegar a estigmatizar al paciente, por lo que el médico de familia y comunitaria juega un papel relevante como soporte en su proceso salud-enfermedad.

Aunque es importante comenzar con un diagnóstico diferencial amplio, rápidamente las posibilidades deberían ser focalizadas según la historia clínica y las características del exantema⁴. El lugar donde realmente se puede realizar dicho diagnóstico diferencial es en el centro de salud.

El mejor tratamiento de la sífilis, en cualquiera de sus estadios, es la prevención⁷. Por este motivo, los profesionales que más relevancia juegan en este aspecto son los médicos de familia y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brom A, Goren I, Segal G. The "great masquerader" strikes again: Secondary syphilis presentation with erythema multiforme (EM)-like lesions. *European Journal of Case Reports in Internal Medicine* 2014;1.
2. Hjiira N, Boui M. La syphilis secondaire: la grande simulatrice. *Pan Afr Med J* 2013 Jun 11;15:52.
3. Kim YY, Lee JH, Yoon SY, Lee JD, Cho SH. Erythema multiforme-like targetoid lesions in secondary syphilis. *Acta Derm Venereol* 2007;87(4):381-382.

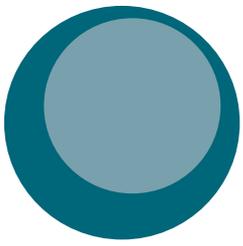
4. Moreira C, Pedrosa AF, Lisboa C, Azevedo F. Clavi syphilitici-an unusual presentation of syphilis. J Am Acad Dermatol 2014 Jun;70(6):e131-2.
5. Nambudiri VE, Nambudiri NS, Nazarian RM, Tsao SS. A rash starting on the palms and soles. BMJ 2015 Oct 19;351:h5452.
6. Wang A, Risner-Rumohr S, Rodriguez-Waitkus P, Dao H. Secondary syphilis: a case mimicking erythema multiforme clinically and pathologically. Dermatology online journal 2013;19(11).



Imagen 1. Eritema Multiforme



Imagen 2. Sífilis secundaria,



CASOS CLÍNICOS

7. PIOMIOSITIS DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

■ Silván Domínguez M.¹, Pérez Mañas G.¹, González Godoy M.¹, Castelo Gonzalez C.¹, Rubio Benito E.², Cerrada Cerrada E.²

⁽¹⁾ Médico residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Universitario de Fuenlabrada. CS Francia. Fuenlabrada.

⁽²⁾ Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Francia. Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

La piomiositis es una infección bacteriana del músculo estriado, siendo extremadamente rara la afectación de la musculatura cervical (0,4%-1% de todos los casos), y siendo el esternocleidomastoideo (ECM) el músculo del cuello más frecuentemente afectado. A pesar de ser una entidad poco frecuente, su incidencia está en aumento en nuestro medio asociada a la infección por VIH y otras condiciones de inmunodepresión¹. Generalmente está causada por *Staphylococcus aureus* y suele tener un curso clínico subagudo que retrasa su diagnóstico. La resonancia magnética (RM) es la técnica más sensible para diagnosticarla, sobre todo en estadios precoces. El tratamiento es médico, mediante antibioterapia, pudiendo acompañarse de drenaje en los casos complicados o de mala evolución².

Palabras clave: Piomiositis; músculos; inmunosupresión.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años que acude a Atención Primaria (AP) por “bultoma” de 3-4 días de evolución. La paciente refiere dolor a nivel del hemicuello izquierdo desde hacía un mes sin fiebre, odinofagia ni disfagia. Como antecedentes de interés presenta: Fumadora pasiva, asma intrínseco mal controlado, nefrectomía derecha hace 25 años por litiasis renal complicada y tiroidectomía total por bocio multinodular en tratamiento con levotiroxina 100 mcg/24 horas. En la exploración física no se observan alteraciones a nivel orofaríngeo ni odontológico. Se palpa un bultoma de 10 cm, con empastamiento y aumento de la temperatura a nivel del esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo. Es doloroso a la palpación y la movilización cervical, sin que se palpen adenopatías. Se realiza ecografía en AP, donde se observa una masa de características hipoecoicas con ligera ecogenicidad en su interior (Imagen 1).

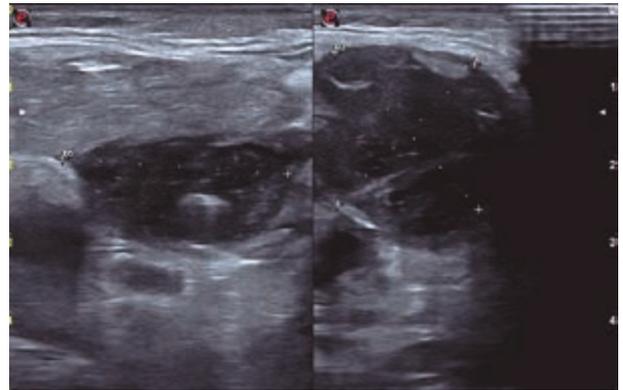


Imagen 1. Ecografía realizada en centro de salud donde se aprecia una imagen hipoecogénica con zonas hiperecoicas en su interior.

Se deriva a Urgencias donde se realiza analítica, destacando una PCR de 11,43 mg/dl y una leucocitosis de 13.000 células/mm³ con neutrofilia. Se repite la ecografía, que muestra un aumento del tamaño y ecogenicidad del ECM izquierdo más llamativo en su tercio medio, con pérdida del patrón fibrilar normal en probable relación con miositis. Subyacente al mismo, en el 1/3 inferior, se reconoce una lesión nodular de 2,4 x 1,3 cm, heterogénea, de predominio anecogénica con pared identificable, compatible con absceso como primera posibilidad. Cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo y adenopatías circundantes. Glándulas parótidas y submaxilares sin hallazgos patológicos. Tiroidectomía. Venas yugulares permeables y compresibles, con flujo venoso preservado (Imagen 2).

Se realiza TAC con contraste, que sugiere como primera posibilidad diagnóstica una miositis del ECM izquierdo con absceso subyacente. Se ingresa a la paciente y se inicia tratamiento antibiótico con clindamicina y amoxicilina-Clavulánico, así como corticoterapia y punción-drenaje guiada, mejorando la clínica y la analítica en unos días. La paciente permanece asintomática en revisiones posteriores y el cultivo fue estéril.

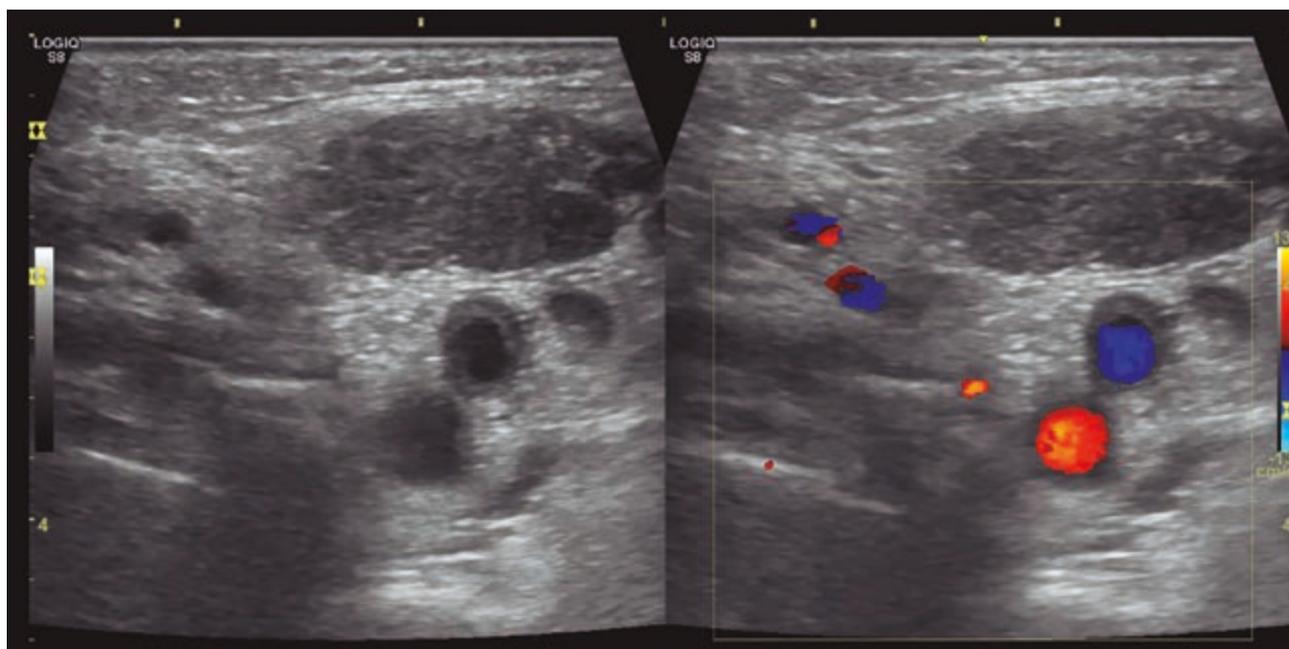


Imagen 2. Ecografía realizada en el Hospital de Fuenlabrada donde se observa una lesión compatible con absceso y vasos permeables.

REVISIÓN

La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético de origen hematógeno que suele estar acompañada de un absceso. Es una infección más frecuente en climas tropicales, siendo más común en edades comprendidas entre los 2 a 5 años y los 20 a 45 años. Sin embargo, están aumentando los casos en adultos que viven en climas templados debido a la asociación con enfermedades crónicas e inmunodeficiencias. En cuanto al sexo, es más frecuente en hombres.

Una serie de casos-contróles realizada en Uganda demostró de manera significativa la asociación entre piomiositis y VIH. En Norteamérica se realizó una revisión de 98 casos en los que se observó que alrededor de la mitad de los pacientes con piomiositis sin comorbilidades, eran seropositivos para VIH. Se desconoce el mecanismo por el que se favorece esta infección, pero se piensa en alteraciones de la inmunidad, asociados a miopatía primaria, más los fármacos antirretrovirales³. En nuestro caso, la paciente solo cumplía el criterio de edad, ya que no presentaba eventos de interés próximos al inicio de los síntomas, así como tampoco otros factores de riesgo. Con respecto a estos, en nuestro medio, difieren algo de los habituales (Tabla 1).

Los signos inflamatorios aislados o asociados a fiebre o leucocitosis son la forma habitual de presentación (94%)⁴. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus* que ocasiona el 90% de las pio-

Factores predisponentes	n (%)
Ninguno	13 (24,1)
Diabetes mellitus	12 (22,2)
Traumatismo	8 (14,8)
Inyección intramuscular previa	6 (11,1)
Neoplasia	4 (7,4)
UDVP	2 (3,7)
Malnutrición	2 (3,7)
Alcoholismo	2 (3,7)
Enfermedad isquémica arterial	1 (1,9)
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (1,9)
Corticoterapia	1 (1,9)
Apendicitis	1 (1,9)
Material protésico	1 (1,9)

UDVP: usuario de drogas por vía parenteral.

Tabla 1. Imagen de los factores predisponentes para piomiositis obtenida de los resultados de la revisión retrospectiva de piomiositis realizada en un hospital terciario del norte de España⁴.

miositis tropicales y el 70% de las no tropicales. En menor medida está implicado el estreptococo y en pacientes diabéticos, existe la posibilidad de infecciones polimicrobianas⁵.

Los músculos de las extremidades inferiores son los más frecuentemente afectados, pero puede darse en cualquier grupo muscular, como el ECM de nuestro caso. Las infecciones multifocales que afectan a más de un grupo muscular, se observan en el 20% de los casos.

Otro aspecto importante a destacar es identificar en qué estadio se encuentra la infección, porque la clínica, el tratamiento y el pronóstico se modifican a lo largo del tiempo. Chiedozi describió en 1979

tres etapas en la historia natural de la piomiositis. El estadio 1, o etapa “invasiva”, es la fase inicial del proceso, en la que se encuentra el 2% de los pacientes. Suele darse en los primeros 10 días, con signos inflamatorios escasos. Puede haber dolor en la región afectada, fiebre de bajo grado y malestar general con leucocitos y VSG elevada. El absceso puede no ser palpable, aunque el músculo puede tener consistencia dura, como en nuestro caso. El estadio 2, etapa “supurativa”, se desarrolla entre la segunda y tercera semana del proceso infeccioso. Los signos inflamatorios locales suelen ser más marcados, con mayor dolor y tumefacción, siendo el absceso evidente a la exploración clínica. La fiebre y la leucocitosis son más marcadas. Es la etapa en que más frecuentemente son diagnosticados los pacientes (90%). Finalmente, el estadio 3, etapa “tardía”, se presenta en el 5% de los pacientes, con clínica de sepsis y manifestaciones sistémicas como artritis séptica, endocarditis, émbolos sépticos, neumonía, absceso cerebral⁶.

El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, la epidemiología y los datos de laboratorio. La RM es la prueba más sensible ya que puede objetivar inflamación previa a la formación del absceso. A pesar de ello, es una prueba con limitada disponibilidad, por lo que suele usarse el TAC, utilizado en el 18% de los casos, para delimitar la lesión y sus características, o la ecografía, utilizada en el 32% de los casos y de fácil empleo en AP, en el estadio supurativo de la infección

donde se observan zonas de hiperecogenicidad con la posibilidad de visualizarse zonas hipocogénicas e hiperemia³. Los datos de laboratorio son inespecíficos con leucocitosis, con desviación izquierda y reactantes de fase aguda, pudiendo estar acompañado de eosinofilia.

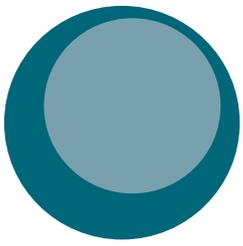
Hasta recibir el resultado del cultivo, el tratamiento inicial antibiótico debe ser empírico contra estafilococo y estreptococo, en pacientes inmunocompetentes, mientras que en pacientes inmunodeprimidos, hay que cubrir gram positivos, gram negativos y anaerobios, siendo aconsejable añadir drenaje, en los estadios 2 y 3. El tiempo de tratamiento dependerá de la evolución clínica y radiológica de la lesión³.

CONCLUSIONES

Nos gustaría destacar de este caso clínico la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial, así como la utilidad de la ecografía en AP. La paciente a pesar de no presentar los factores de riesgo y comorbilidades asociados a la piomiositis, tenía una exploración clínica alterada que se acompaña de una ecografía sugestiva de absceso. Gracias a esto, pudimos derivar precozmente a nuestra paciente e instaurar de forma rápida un tratamiento, que permitió mejorar su pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carnevale C. Piomiositis primaria del músculo esternocleidomastoideo: Reporte de un caso y revisión de la literatura. [Internet]. Santiago de Chile: Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello; 2018 [Consultado 29 Ag 2019]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162018000300309&Ing=en&nrm=iso&tlng=es
2. Vargas M, González B, Baquero-Artigao F. Piomiositis de localización inusual [Internet]. Madrid: Rev Pediatr Aten Primaria; 2016 [Consultado 11 Ag 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300010
3. Baddour L, MD, FIDSA, FAHA, Keerasuntornpong A, MD. Pyomyositis. [Internet]. Uptodate; 2019 [Consultado 11 Ag 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pyomyositis#H2>
4. Martín-Millán M, García-Ibarbia C, Gutiérrez-Cuadra M, Gutiérrez-Santiago M, Fernández-Sampedro M, González-Macías J, Hernández-Hernández JL. Piomiositis: una revisión retrospectiva en un hospital terciario del norte de España. Elsevier [Internet]. 2006 [Consultado 18 Ag 2019]; 24 (3): 173-177. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-piomiositis-una-revision-retrospectiva-un-13086550>
5. López R, González E, Campos J, Alende MR, González A. Piomiositis del esternocleidomastoideo. [Internet]. Madrid: An. Med. Interna; 2007 [Consultado 18 Ag 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000200014
6. Rodríguez AF, Giraldo A. Piomiositis del músculo esternocleidomastoideo. Reporte de un caso en Colombia y revisión de la literatura [Internet]. Bogotá: rev.fac.med; 2014 [Consulta 11 Ag 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112014000300016&script=sci_abstract&tlng=es



CASOS CLÍNICOS

8. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ ¿SABEMOS RECONOCERLA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

■ Redondo Sendino A.¹, González Sánchez I.C.¹, Gómez Cuñarro M.¹, López Durive D.², Garcimartin del Rey C.¹

⁽¹⁾ Médico de familia. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

⁽²⁾ Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Lipschütz es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la aparición súbita de una úlcera dolorosa en la mucosa genital femenina. Suele aparecer en niñas o mujeres jóvenes sin antecedente de contacto sexual. A continuación se describe el caso de una mujer de 16 años con una úlcera de Lipschütz muy dolorosa que precisó tratamiento con analgesia intravenosa y sondaje urinario.

Palabras clave: Úlcera, vulva.

EXPOSICIÓN

Mujer de 16 años con antecedentes de úlceras orales de repetición, episodio único de monoartritis y extrasístoles supraventriculares aisladas. Entre los antecedentes familiares destaca padre con enfermedad de Beçhet. Acude a urgencias por fiebre y dolor en labio mayor izquierdo de la vulva desde hace 12 horas. En días previos ha presentado un cuadro de odinofagia, adenopatías cervicales y fiebre. En la exploración se observa una úlcera en labio mayor izquierdo, de bordes netos, fondo fibrinoso, bastante profunda y otra de menor tamaño en labio menor derecho, similar a la anterior, ambas con disposición en espejo. No presenta adenopatías inguinales ni lesiones orales ni oculares. El fondo de ojo es normal. Se recoge muestra para cultivo y se solicita analítica con serologías de virus. Se inicia tratamiento tópico con miconazol e hidrocortisona asociados. A los cuatro días vuelve a urgencias por aumento del dolor y hemorragia de las lesiones, asociado a disuria. Se pautan corticoides orales (prednisona 30 mg en pauta descendente). La paciente acude por tercera vez a urgencias por aumento del dolor de las lesiones y anuria de 12 horas. Se realiza sondaje vesical y se administra paracetamol 1g intravenoso (iv), prednisona 40mg iv y asociación de lidocaína y prilocaína tópica. Se solicitan

nuevas serologías, VSG, ferritina, HLA B51 y prueba de patergia. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia. Se realiza biopsia cutánea. Dada la mejoría de los síntomas, se da alta domiciliaria con sondaje vesical temporal, prednisona 60 mg oral, asociación de 0,5 mg de colchicina con 5 mg de dicloverina oral y solución viscosa de lidocaína al 2% para aplicar sobre las úlceras. Las serologías para citomegalivirus (CMV) y virus Epstein Barr (VEB) son positivas para IgG (IgM negativas) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para herpes es negativa. En el estudio anatomopatológico de la biopsia se observan cambios epidérmicos de roce con hipergranulosis y acantosis irregular. La dermis adyacente muestra fibrosis, dilatación de capilares y folículos pilosos con signos de foliculitis aguda. La dermis profunda muestra aspecto muy celular, con fibroblastos estrellados, infiltrado difuso de polimorfonucleares e infiltrado mixto alrededor de vasos y anejos, sin signos de vasculitis aguda. La paciente evoluciona favorablemente con el último tratamiento pautado.

REVISIÓN

La úlcera de Lipschütz o úlcera genital aguda es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la aparición súbita de una o varias úlceras dolorosas en la mucosa genital femenina¹. Se localiza en vulva, periné o vagina de niñas o mujeres jóvenes sin antecedente de contacto sexual o tras un periodo largo de abstinencia sexual². Aunque se desconoce su etiopatogenia, se ha relacionado con distintos agentes infecciosos, como el VEB, CMV, *Mycoplasma pneumoniae*, virus *Influenza A* o *Parvovirus B19*. Se postula que el VEB podría tener un efecto citotóxico sobre el epitelio vulvar o desencadenar una reacción inmunológica sistémica³. La úlcera de Lipschütz aparece súbitamente y puede ser única o múltiple. Su aspecto habitual es de una úlcera grande (mayor de 1 cm), profunda, con un halo rojo violáceo y una base ne-

crótica cubierta por un exudado grisáceo. El dolor es intenso y se acompaña con frecuencia de disuria. Es característica la disposición bilateral y simétrica de las lesiones en ambos labios, descrita como úlceras “en espejo” o “en beso”⁴. Puede asociarse edema labial y adenopatías inguinales y con frecuencia va precedido de un cuadro febril con astenia, odinofagia y mialgias^{4,5}. El diagnóstico de la úlcera de Lipschütz es clínico y por exclusión de otras causas de úlceras vulvares agudas. Se pueden realizar estudios de laboratorio para descartar otras causas de úlceras genitales, como serologías (para sífilis, citomegalovirus, VEB y virus de la inmunodeficiencia humana) y prueba de PCR o cultivo para virus herpes simple. La biopsia solo suele realizarse en caso de úlcera persistente o sospecha de malignidad, dado que los hallazgos histopatológicos son inespecíficos⁵. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades de transmisión sexual, como el chancro sifilítico, herpes genital, chancro blando o linfogranuloma venéreo. Entre las causas no infecciosas de úlceras genitales hay que descartar los traumatismos físicos o químicos, la enfermedad de Behçet, la enfermedad de Crohn, el

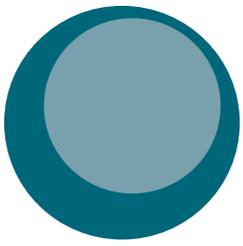
pénfigo vulgar, la aftosis idiopática recidivante y las neoplasias^{3,4,6}. El tratamiento fundamental es sintomático para controlar el dolor y tópico de la úlcera. Además de analgésicos orales, se emplean corticoides y anestésicos tópicos, como la lidocaína. Aunque suelen curar espontáneamente, en ocasiones el dolor es tan intenso que es necesario utilizar corticoides sistémicos, analgesia intravenosa y sondaje vesical^{3,4}, como en el caso descrito. En conclusión, la úlcera de Lipschütz, aunque infrecuente, es una enfermedad de inicio rápido que puede provocar un dolor muy intenso y gran preocupación en niñas y mujeres jóvenes. Por eso, es importante que los médicos de familia conozcamos bien esta entidad, muchas veces infradiagnosticada, para tranquilizar a la paciente, evitar pruebas diagnósticas innecesarias y realizar un tratamiento adecuado.

Fuentes de financiación: ninguna.

Declaración de conflicto de intereses: ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vieira Baptista P, Lima Silva J, Beires J, Martinez de Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;198: 149-152.
2. Hernanz López P, Moreno Cano P, Ordoñez Rengel M. Úlceras de Lipschütz en una mujer de 38 años. *FMC* 2019;26:191-2.
3. Ruipérez Pacheco E, Ramírez Mena M, García Santos FJ, Bellón del Amo M, Coronado Martín P, Herráiz Martínez MA. Úlcera vulvar aguda de Lipschütz. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2019;84:231-5.
4. Gilbert A, Bell Y. Úlcera de Lipschütz: presentación de 2 casos. *Semergen* 2016;42:590-3.
5. Azaña Defez JM, Martínez Martínez ML, Rodríguez Vázquez M. Úlcera vulvar dolorosa en una adolescente. *Piel* 2013;28:56-8.
6. Moise A, Nervo P, Doyen J, Kridelka F, Maquet J, Vandenbossche G. Ulcer of Lipschütz, a rare and unknown cause of genital ulceration. *Facts Views Vis Obgyn* 2018;10:55-7.



TRIAJE DE ENFERMERÍA EN UN CENTRO DE SALUD. OPINIÓN DEL EQUIPO TRAS QUINCE AÑOS DE IMPLANTACIÓN

■ Cobos Hinojal M.T., Fajardo Alcántara A., Amores Ordoñez C., Mendoza Paico M., Muñoz Balsa M.L., Herador Sánchez E. EAP Laín Entralgo. Alcorcón. Dirección Asistencial Oeste.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los profesionales del centro de salud (CS) tras 15 años de implantación de un sistema de triaje de urgencias realizado por enfermería. Valorar cambios respecto a una encuesta similar realizada al cuarto año tras su inicio.

Material y métodos:

Tipo de estudio: observacional descriptivo.

Ámbito: Atención Primaria, CS urbano de la periferia de Madrid. Población de estudio: todos los profesionales del equipo excepto pediatría (37 personas).

Método: encuesta anónima tipo likert de 5 categorías cerradas con posibilidad de añadir observaciones, con varias preguntas comunes y otras específicas a cada estamento.

Variables: estamento; trabajo previo en CS con/sin triaje; áreas de interés de la encuesta: aceptación del triaje en el equipo y el paciente; beneficios y dificultades del triaje y posibilidades de mejora.

Se realiza análisis de frecuencia (%) de cada opción comparando respuesta por estamentos y encuesta previa del 2008.

Resultados: Respondió el 100% de los profesionales. Todo el personal médico y de enfermería opina que el triaje mejora la atención a pacientes con patología grave o urgente. El 100% de los médicos piensan que el triaje mejora la dinámica de la consulta médica y puede realizarse correctamente por enfermería. Para el 92% de enfermería el triaje no representa una carga importante de trabajo y para el 70% supone un estímulo para su formación. El 100% de los médicos y el 75% de enfermería, considera que el prestigio profesional de enfermería ante el equipo y los pacientes ha mejorado con el triaje. La valoración global del triaje ha mejorado respecto a la encuesta previa.

Conclusiones: El sistema de triaje puede mejorar la organización del trabajo en los centros de salud, facilitando la dinámica de la consulta médica y mejorando la atención a pacientes con patología grave. Aumenta la autoestima y motivación de enfermería y es bien aceptado por todo el equipo, por lo que podría generalizarse su uso en Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

El triaje de enfermería está ampliamente consolidado en las urgencias hospitalarias o emergencias⁽¹⁾, pero no así en Atención Primaria. Como es bien sabido, la enfermería del triaje hospitalario/emergencias ordena según una escala numérica que ha sido validada institucionalmente por sociedades científicas la prioridad con la que el paciente debe ser atendido por el personal médico de urgencias. Algunos trabajos estudian la posibilidad de que el paciente sea derivado por la enfermería sin visita médica a domicilio o a Atención Primaria con resultados favorables⁽²⁾.

La atención de las afecciones leves por parte de los profesionales de enfermería es una práctica habitual en el Reino Unido o en los países norteamericanos. En una revisión sistemática de la Cochrane se observa que los profesionales de enfermería y de medicina generan similares resultados de salud en los pacientes. Estos estudios también refieren una gran satisfacción de los pacientes en el abordaje de problemas agudos de salud por enfermería. Las visitas de enfermería son más duraderas, con más información y educación y menos fármacos que las de los médicos⁽³⁾. Una revisión sistemática de ensayos clínicos y estudios observacionales realizada por Horrocks y colaboradores llega a la mismas conclusiones⁽⁴⁾.

En nuestro país hay varios estudios que muestran la capacidad resolutoria de la enfermería en la demanda en patología aguda en Atención Primaria y la satisfacción de los pacientes con ella. En un ensayo clínico, realizado en diversos equipos de Atención Primaria de Cataluña, en pacientes adultos que solicitan citas

el mismo día en las consultas de Atención Primaria se mostró una resolución del 86% con un alto nivel de satisfacción de los usuarios, comparable al de las visitas resueltas por el médico⁽⁵⁾ y en otro equipo catalán el 63,9% de los problemas de salud atendidos por profesionales de enfermería fue resuelto sin consultar o remitir al paciente a otro centro. Un 65,8% de los pacientes no volvió a consultar dentro de los quince días posteriores⁽⁶⁾.

Algunos autores y gestores reclaman cambios organizativos en los equipos que aprovechen mejor el potencial de las enfermeras. Se sabe que una de cada 5 consultas realizadas en Atención Primaria se hace por síntomas menores y procesos autolimitados, de los que un 60% no requieren ser vistos por un médico. La enfermería no sólo contribuiría a un reparto más racional de tareas en el equipo, sino que aportaría un valor adicional desde su rol de educadora de salud⁽⁷⁾.

Son aun pocas las experiencias de triaje en Atención Primaria en nuestro país. En Cataluña⁽⁷⁾, País Vasco⁽⁸⁾, Asturias⁽⁹⁾, Extremadura, Castilla la Mancha y Castilla León⁽¹⁰⁾ han implantado sistemas de triaje en algunos centros de salud. La mayoría son iniciativas que parten de los propios profesionales de enfermería y/o la institución.

Nuestro centro de salud está situado en Alcorcón, un municipio situado en el suroeste de la periferia de Madrid y atiende a una población de 22.000 adultos. En el año 2003 se organizó el triaje con el objetivo de realizar una valoración inicial de los pacientes mayores de 15 años que solicitaban ser vistos en consulta médica en el mismo día y no tenían cita previa. La propuesta partió de enfermería y fue aceptada por el resto del equipo. Se consensuaron las actuaciones de cada estamento mediante reuniones en las que participó todo el equipo y se revisaron protocolos de actuación en patología aguda. Se decidió una organización en la que cada día hay una enfermera en turno de mañana y de tarde que valora los pacientes que acuden al centro solicitando atención "urgente" sin haber pedido cita previa. Estos son citados en la agenda de la enfermera de triaje y el médico encargado por turno de las urgencias, que pasa su propia consulta. La enfermera tras una anamnesis, exploración y procedimientos básicos decide si debe ser atendido por el médico de urgencias y su prioridad, su médico o enfermera habituales, o resuelve el problema del paciente sin citas posteriores. La enfermera de triaje además realiza los procedimientos urgentes que soliciten otras consultas médicas y revisa el material de urgencias (maletín de urgencias, desfibrilador...).

A los 4 años de su implantación se realizaron encuestas a los profesionales por estamentos. Los resultados fueron difundidos en distintos congresos y jornadas⁽¹¹⁾. En la actualidad el triaje de urgencias es una actividad profundamente arraigada en la organi-

zación de nuestro centro, y nos planteamos revisar de nuevo el grado de satisfacción de los profesionales del centro de salud 15 años después de su implantación y valorar cambios respecto a la encuesta realizada previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

En marzo de 2018 se pidió la colaboración de todos los profesionales del equipo que participan en el proceso del triaje para realizar una encuesta anónima que analizase sus impresiones sobre el triaje. La encuesta empleada fue similar a la realizada 12 años antes, tras la instauración del triaje en el centro de salud, para poder establecer mejor las comparaciones entre las dos épocas, en las que el personal del centro ha ido cambiando. Se excluyó a los profesionales de pediatría por no participar en el triaje.

La encuesta presentaba preguntas comunes y otras dirigidas solo a un estamento determinado, con respuestas tipo likert de 5 categorías cerradas y posibilidad de añadir observaciones. En ella se analizó la percepción sobre la utilidad del triaje en la atención de patología urgente, la aceptación del triaje, la carga de trabajo, las opciones de mejora. Se incluyeron variables sobre estamento (médicos, enfermería o administrativos) y antigüedad en el equipo (analizando si trabajaban en el mismo desde la instauración del triaje o comenzaron a trabajar posteriormente, con el triaje ya consolidado)

En el análisis de los resultados, se calculó la frecuencia y el porcentaje (%) de cada opción comparando respuesta por estamentos y con la encuesta previa del 2008.

RESULTADOS

Respondió el 100% de los profesionales (16 profesionales de medicina, 12 de enfermería y 9 administrativos, 33 mujeres y 4 varones). De los 37 profesionales, solo 8 (3 médicos, 2 enfermeras y 3 administrativos) habían estado trabajando en el centro en la época de instauración del triaje (ver tabla 1).

Sobre las preguntas de la encuesta, el 100% de los médicos creen que el triaje puede realizarse correctamente por enfermería. Todo el personal médico (MAP) y de enfermería (DUE) opina que el triaje mejora la atención a pacientes con patología grave o urgente (figura 1) y la dinámica de la consulta médica (figura 2). Al 70% del personal de enfermería, el triaje le motiva para aumentar la formación en su profesión (figura 3). Si lo comparamos con la encuesta realizada hace 10 años, podemos apreciar una mejoría destacable, que ha pasado de un 50% a un 70%.

Tabla 1. Variables descriptivas. Características de los encuestados

	Médicos/as (n=16)	Enfermeros/as (n=12)	Administrativos/as (n=9)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo: mujeres	14 (87,5%)	12 (100%)	8 (88,8%)
Antigüedad	4 (25%)	2 (16%)	3 (33,3%)

También hay una evolución favorable en la percepción de sobrecarga, pues en nuestra encuesta, solo para el 8% de la enfermería el triaje supone una carga de trabajo adicional frente al 66% de la encuesta de 2008 (figura 4).

Una mayoría de los profesionales médicos consideran que el sistema de triaje aumenta el prestigio de la enfermería por parte del paciente (un 93%) y sobre todo por parte del equipo (un 100%), mejorando los

resultados respecto a la encuesta previa (75% y 87% respectivamente). Aproximadamente la mitad de enfermería considera que el triaje aumenta su prestigio por parte del paciente (42% en 2018 con leve mejoría respecto al 33% del 2008) y por parte del equipo (50% en 2018 con leve mejoría respecto al 44% del 2008) (figuras 5 y 6 respectivamente).

Para el 82% de los profesionales sanitarios sería muy útil protocolizar y consensuar la atención de los

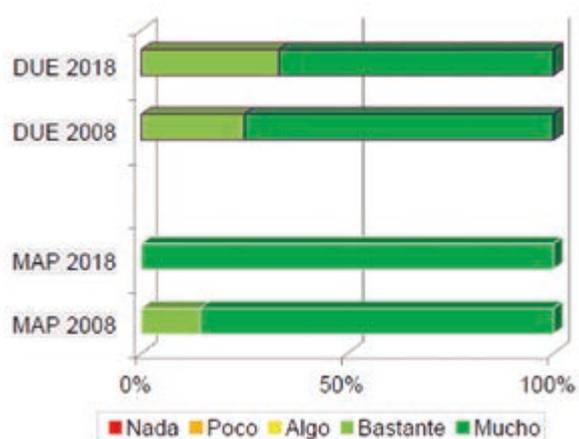


Figura 1. ¿Piensas que la atención a los pacientes con urgencias reales mejora con el triaje de enfermería?

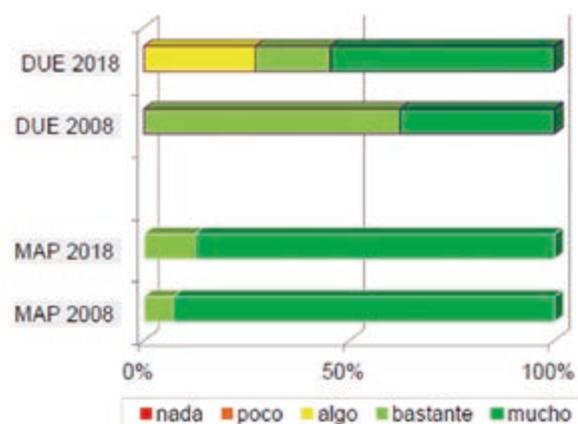


Figura 2. ¿Piensas que el sistema de triaje mejora la dinámica de la consulta del médico que está en urgencias?

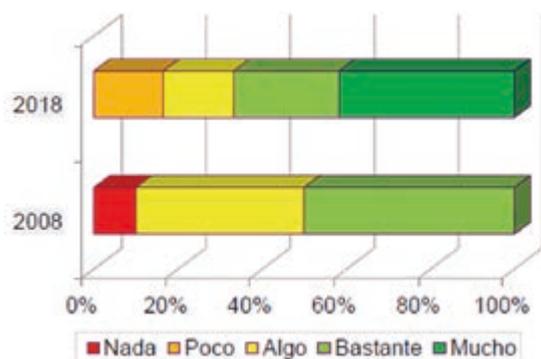


Figura 3. ¿Te motiva para aumentar tu formación en tu profesión?

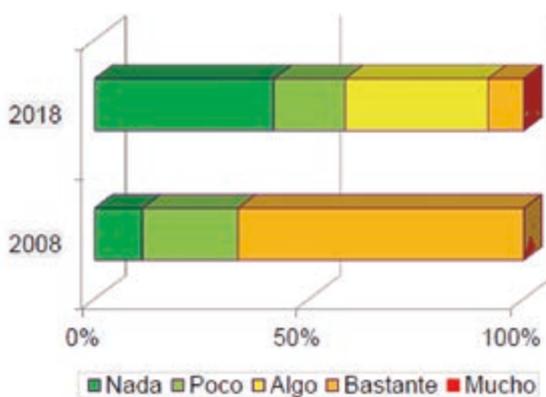


Figura 4. ¿Te supone una carga de trabajo adicional?

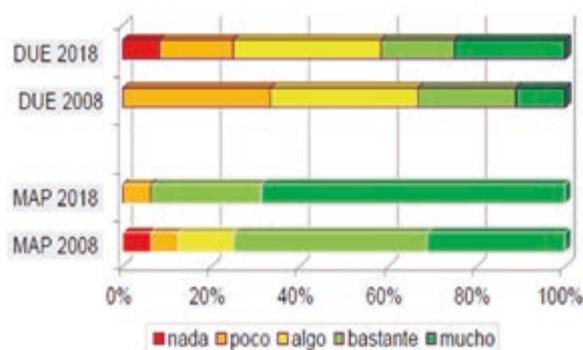


Figura 5. ¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad por parte del paciente?

motivos de consulta más frecuentes en la demanda sin cita. Un 87,5% estaría dispuesto a participar en la elaboración de esos protocolos. La actividad de triaje supone a veces algún enfrentamiento con los pacientes para un 25% de las enfermeras y ninguno para los facultativos. El 71% de todos ellos creen que sería útil entregar a los pacientes que acudieran sin cita una hoja informativa sobre el circuito de triaje.

En general la valoración del triaje se ha mantenido o incluso ha mejorado en algunos aspectos respecto a la encuesta previa.

DISCUSIÓN

En las encuestas encontramos acuerdo entre profesionales de medicina y enfermería respecto a la utilidad del triaje en la gestión de la patología aguda no demorable y en la dinámica de la consulta. La organización de los pacientes que acuden sin cita constituye un gran problema de seguridad en Atención Primaria. Pacientes que necesitan una atención muy urgente pueden pasar desapercibidos en la recepción y la sala de espera. El triaje podría suponer una estrategia válida para mejorar la seguridad de la atención de los pacientes con patología urgente. Por otra parte es conocido que pacientes que podrían esperar su cita, interrumpen la consulta médica, con el consiguiente agravio para los pacientes que habían pedido cita y sufren como consecuencia, retrasos en su atención, lo que también repercute en la satisfacción del usuario y en el rendimiento de los profesionales médicos que experimentan una importante presión, muy especialmente en periodos de alta demanda. Es opinión unánime de los profesionales del equipo que el triaje evita las interrupciones de la consulta y mejora la calidad de la atención. Son muchos los autores que defienden que el aprovechamiento de la enfermería en atención a pacientes agudos es una herramienta eficaz para resolver la atención a las demandas espontáneas y permite una redistribución de tareas de los médicos

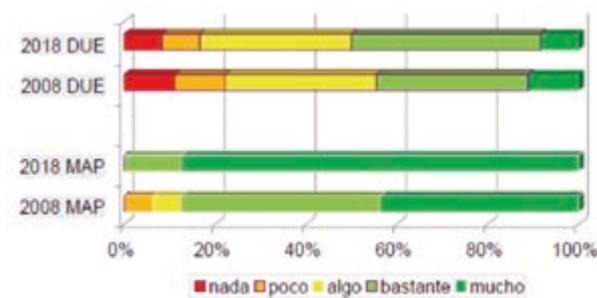


Figura 6. ¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad por parte del equipo?

muy favorable al funcionamiento y rentabilidad del equipo⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Llama la atención cómo los médicos valoran más que la enfermería el prestigio que la actividad de triaje otorga a las enfermeras entre los pacientes y el equipo. Varios trabajos subrayan el papel del triaje en un cambio de rol de la enfermería en los equipos, pues aprovecha su potencial y le dota de mayor responsabilidad, más capacidad y autonomía para resolver y gestionar esta demanda asistencial^(8,14). En la encuesta las enfermeras perciben un aumento de prestigio entre los pacientes pero también un porcentaje significativo (25%) refiere que el triaje genera conflictos con los pacientes. Sin embargo, algunas investigaciones encuentran una alta satisfacción entre los usuarios⁽³⁻⁵⁾. Sería necesario conocer la opinión de los mismos mediante encuestas o estudios cualitativos para ajustar mejor esa percepción de enfermería.

A pesar de que en el centro de salud siguen trabajando muy pocos de aquellos que colaboraron en la implantación del triaje hace 12 años, las respuestas globales han sido muy similares a excepción de la carga de trabajo que en la encuesta actual se acepta mejor. Explicamos esta homogeneidad porque el triaje de enfermería está muy integrado en las tareas y competencias de las enfermeras.

Un alto porcentaje de médicos y enfermeras está de acuerdo en la necesidad de consensuar la intervención de enfermería en el triaje. La conveniencia de consensuar protocolos de actuación es general a todos los trabajos^(8,9,14,15). Brugués y colaboradores⁽⁶⁾ destacan la eficacia de una guía de intervenciones de enfermería para resolver problemas de salud de los usuarios que acuden para visitas sin cita. Un protocolo permite mejorar y homogeneizar el perfil resolutivo de enfermería y soporta la confianza entre estamentos. Aunque los protocolos estén basados en la evidencia científica deben ser adaptados y consensuados por el equipo. En nuestro centro de salud, esta formación formó parte esencial en la puesta en marcha inicial del triaje; sin embargo, la normalización del triaje en la práctica clínica motivó un abandono progresivo de

estas sesiones de formación y consenso. Pensamos que el esfuerzo de realizar las sesiones de equipo de forma continuada con este fin puede redundar en su cohesión y la confianza de las enfermeras.

Las enfermeras coinciden en que les permite mejorar los conocimientos y habilidades en concordancia con otras estudios que muestran conclusiones similares^(8,15).

Tabla 2. Resultados de la encuesta a profesionales de Medicina de Familia

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	NC
Sobre la aceptación en el equipo						
¿Consideras que la actividad de triaje puede realizarlo correctamente el personal de enfermería?	15 (93.75%)	1(6.25%)				
¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad, por parte del equipo?	14(87.5%)	2(12.5%)				
Sobre la aceptación de los pacientes						
¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad, por parte del paciente?	11(68.75%)	4(25%)		1(6.25%)		
¿Crees que la percepción del paciente es buena?	3(18.75%)	12(75%)		1(6.25%)		
¿Supone algún conflicto con el paciente?			2(12.5%)	6(37.5%)	8(50%)	
¿Sería útil entregar al paciente una hoja de información?	4(25%)	6(37.5%)	2(12.5%)	4(25%)		
Sobre los beneficios del triaje						
¿Piensas que el triaje mejora la consulta del médico?	14(87.5%)	2(12.5%)				
¿Piensas que mejora la atención a los pacientes con urgencias reales?	16(100%)					
Sobre procedimientos de mejora						
¿Piensas que sería útil protocolizar?	14(87.5%)	2(12.5%)				
¿Estarías dispuesto a impartir formación?	5(31.2%)	5(31.2%)	3(18.75%)	1(6.25%)		2(12.5%)
¿Estarías dispuesto a elaborar protocolos?	6(37.5%)	8(50%)	2(12.5%)			

Tabla 3. Resultados de la encuesta a Enfermería

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	NC
Sobre la aceptación en el equipo						
¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad, por parte del equipo?	1(8.33%)	5(41.6%)	4(33.3%)	1(8.33%)	1(8.33%)	
Sobre la aceptación de los pacientes						
¿Piensas que aumenta el prestigio de las enfermeras con esta actividad, por parte del paciente?	3(25%)	2(16.6%)	4(33.3%)	2(16.6%)	1(8.33%)	
¿Crees que la percepción del paciente es buena?	1(8.33%)	9(75%)	1(8.33%)	1(8.33%)		
¿Supone algún conflicto con el paciente?	1(8.33%)	2(16.6%)	4(33.3%)	3(25%)	1(8.33%)	1(8.33%)
¿Sería útil entregar al paciente una hoja de información?	5(41.6%)	5(41.6%)		2(16.6%)		
Sobre los beneficios del triaje						
¿Piensas que el triaje mejora la consulta del médico?	6(50%)	2(16.6%)	3(25%)			1(8.33%)
¿Piensas que mejora la atención a los pacientes con urgencias reales?	8(66.6%)	4(33.3%)				
¿Aumenta tus conocimientos?	4(33.3%)	5(41.6%)	2(16.6%)	1(8.33%)		
¿Te motiva para mejorar tu formación?	5(41.6%)	3(25%)	2(16.6%)	2(16.6%)		
¿Aumenta tu satisfacción?	2(16.6%)	6(50%)	1(8.33%)	3(25%)		
Sobre los inconvenientes del triaje						
¿Supone una carga de trabajo adicional?		1(8.33%)	4(33.3%)	2(16.6%)	5(41.6%)	
Sobre procedimientos de mejora						
¿Piensas que sería útil protocolizar?	9(75%)	2(16.6%)	1(8.33%)			
¿Estarías dispuesto a impartir formación?	2(16.6%)	4(33.3%)	3(25%)	2(16.6%)	1(8.33%)	
¿Estarías dispuesto a elaborar protocolos?	4(33.3%)	5(41.6%)	3(25%)			
¿Estarías interesado en recibir formación?	9(75%)	3(25%)				

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todo el equipo la colaboración en las encuestas.

PUNTOS CLAVE

- El triaje aprovecha la capacidad de la enfermería y aumenta sus competencias sin suponer una sobrecarga adicional de trabajo. Representa un avance en la gestión compartida de la atención entre médicos y enfermeras.
- Es una estrategia clave para mejorar la seguridad de la atención de los pacientes que acuden sin cita no demorable en centros de Atención Primaria porque evita retrasos innecesarios.
- La actividad de triaje aumenta de la motivación de la enfermería para mejorar la formación en su profesión y supera el límite de confort de la asistencia

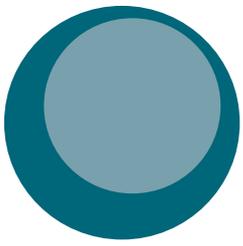
al paciente crónico. Mejora su prestigio profesional ante los pacientes y ante otros profesionales.

CONCLUSIONES

- La opinión generalizada del equipo es que el sistema de triaje *mejora la atención* de las urgencias en general y en especial la del paciente con patología *realmente urgente*. Mejora la dinámica de la consulta médica pues evita interrupciones.
- Para las enfermeras es una actividad satisfactoria que aumenta la motivación por su formación y su prestigio profesional.
- Comparando con encuesta similar de 10 años antes (2008) los resultados se mantienen e incluso han mejorado en algunos aspectos, como la sensación de carga de trabajo.
- Creemos que nuestra experiencia es positiva y se puede trasladar con éxito a otros equipos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo RS, Fadrique CC, Fraile BR, Centeno F, Cueva SP, de las Heras Castro EM, et al. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25: 66-70.
2. Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sánchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triaje del Sistema Español de Triaje. *Emergencias*. 2011;23:346-35.
3. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;Art. No.: CD001271.(Issue 2).
4. Horrocks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324 (7341): 819-23.
5. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013; 69(11):2446-57.
6. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de Atención Primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten. Primaria*. 2008;40(8):387-91.
7. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomata E, Gascón Ferrera J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(3):159-65.
8. Arraras G, Beracierto T. La Consulta de Enfermería de Alta Resolución en la gestión de la demanda indemorable en Atención Primaria. Escuela de enfermería de San Sebastian. Universidad del País Vasco. Curso académico 2012-2013:43 pp.
9. Rancaño-García I, Cobo-Barquín JC, Cachero-Fernández R, Noya-Mejuto JA, Delgado-González JM, Hernández-Mejía R. Triaje en los servicios de urgencia de Atención Primaria (sistema de triaje en Atención Primaria). *SEMERGEN - Med Fam*. 2013;39(2):70-6.
10. Burgos D de. La priorización de pacientes llegará a las Urgencias de los centros de salud. *Diario de Burgos.es*. 10 de marzo de 2018 [acceso 16 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.diariodeburgos.es/noticia/Z2BB5E6E6-F7C8-F7FA-A1719A6B9FA4E297/20130310/priorizacion/pacientes/llegara/urgencias/ centros/salud>
11. Gil M, Guzmán I, del Rosario ML, Herrera L, Siles A y de Hoyos MC. Triaje de enfermería. Opinión del equipo tras cuatro años de implantación. XVII Congreso de la SoMaMFyC. 11 de abril de 2008. Madrid.
12. Millás Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarrid M, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero M. Consulta de Atención Primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria*. 2011;43(10):516-23.
13. Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43(10):522.
14. Leal Negre M, Alvarado Montesdeoca C, Domenech Rodríguez C, Garijo Borja A, Moreiras López S. Consulta de enfermería de alta resolución en Atención Primaria. *Rev Enferm*. 2011. 34(9): 592-99.
15. Ayuso Raya MC, Pérez López N, Simarro Herráez MJ, Escobar Rabadán F. Valoración de un proyecto de «triage» de urgencias por enfermería en Atención Primaria. *Rev Clínica Med Fam*. 2013;6(3):144-51.



EL CAFELITO

TODAVÍA RECUERDO...

Todavía recuerdo cuando pasé la varicela, era verano y me dolía cada palmo de mi cuerpo. Además no podía salir de casa y mis hermanos, aunque ya la habían pasado, estaban muy liados con los deberes de la universidad como para jugar conmigo todo el tiempo que yo quería, así que mi madre, llena de energía e imaginación, se inventó todo tipo de actividades para que me entretuviese ese tiempo que duró mi retiro domiciliario.

Me acuerdo mucho de ese momento con la situación que estamos viviendo ahora, con el coronavirus.

He decidido vivir esta crisis como una oportunidad para que el mensaje que, desde Atención Primaria se lleva explicando tantos años: prevención de transmisión de enfermedades, autocuidados, manejo de crisis familiares... cale más hondo, al estar la población más receptiva.

Aprender a planchar, tender, cocinar, limpiar objetos, hacer manualidades, potenciar el aprendizaje de idiomas... vamos a tener que potenciar la imaginación para entretener a nuestros niños todo este tiempo.

Como han puntualizado otros antes que yo, cuidado con dejar a cargo de los niños a nuestros mayores, son la población con más riesgos y algunos todavía no

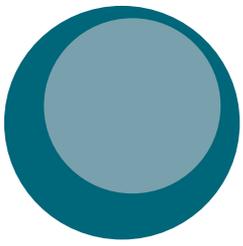
son conscientes de ese peligro, o les pueden las ganas de ayudar frente al riesgo en el que se puedan poner.

Es un buen momento para madurar como sociedad y aumentar nuestra conciencia social desde el punto de vista epidemiológico, ¿vas a seguir acudiendo a las clases colectivas del gimnasio? ¿Al curso que te habías apuntado en los ratos libres? Que cada uno evalúe y decida, pero los médicos debemos si cabe, abandonar este movimiento de autocuidado para cuidar a los demás, ya que el foco del problema es sanitario, demos ejemplo para crear conciencia de autocuidados sanitarios de calidad, que se mantengan en el tiempo o no... sólo lo sabrán en los próximos años, pero que no haya sido porque no pusimos suficiente énfasis en ello, a pesar de sentirnos sobrecargados y manipulados, es el momento de que cale el mensaje, enseñemos a la población la importancia del autocuidado diario y de la responsabilidad social... y echémosle imaginación.

Os mando parte de la imaginación de mi madre para que os inspire estos días.

Suerte a todos,

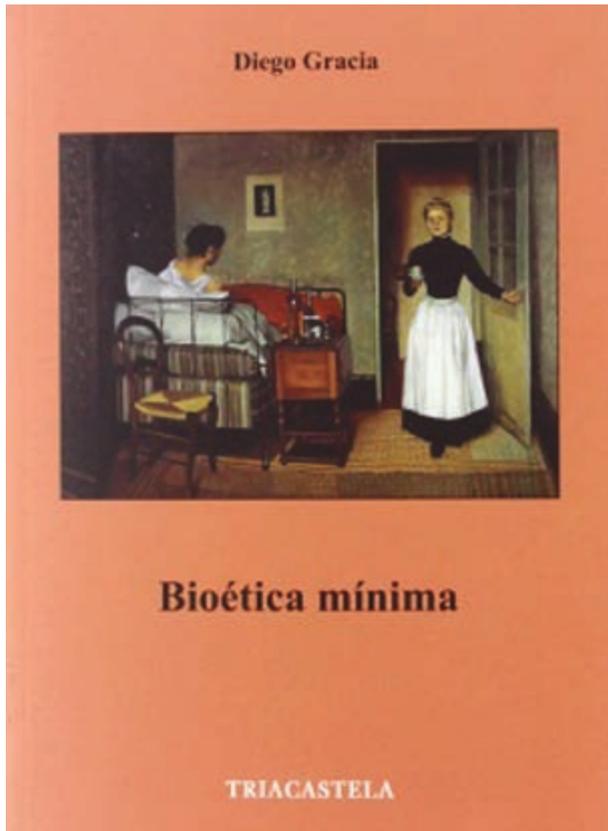
Marta Pérez
GdT Salud Basada en Emociones



LA TABERNA DE PLATON

BIOÉTICA MÍNIMA

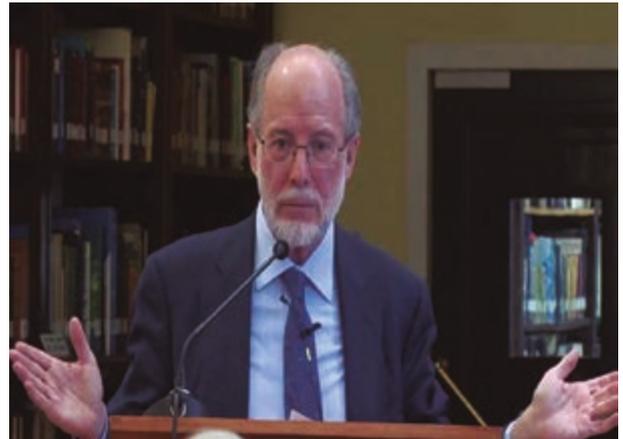
■ Sánchez Salvador J.
GdT de Bioética de la SoMaMFyC



Estamos ante un libro que considero que debe estar obligadamente en todas las bibliotecas de los Médicos de Familia de España por dos razones. La primera, porque nos presenta una serie de reflexiones sobre los aspectos fundamentales de una parcela de nuestro quehacer diario, la bioética. Y la segunda, porque esas reflexiones las hace uno de los padres o tal vez el padre de la bioética española.

Estas dos circunstancias hacen que sea precisa una mínima reseña biográfica sobre el autor del libro, Diego Gracia Guillén, y posteriormente la glosa del propio libro.

Diego Gracia nace en Madrid en 1941 y se licencia en Medicina y Cirugía en la Universidad de Salamanca donde Luis Sánchez Granjel ejercía la docencia como catedrático de Historia de la Medicina, autor de una



muy recomendable Historia General de la Medicina Española (ISBN 84-7481-387-5), que encaminaría a Diego Gracia hacia su disciplina, la historia de la Medicina. Aunque se especializó también en psiquiatría y la ejerció brevemente, obtendría la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid en 1979, sustituyendo a Don Pedro Laín Entralgo. Diez años más tarde publica su primer libro de Bioética “Fundamentos de Bioética”, con el que se incorpora al mundo de la Bioética, disciplina que había nacido diez años antes con la publicación del libro de Van Rensselaer Potter “Bioethics: Bridge to the future”.

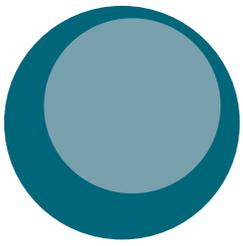
Supuesto este premio nos encontramos ante un libro de divulgación de una disciplina hoy en cierto grado de moda, si no fuera por el interés de los temas que el autor plantea de forma amena, partiendo de un supuesto básico. La Ética y la Bioética son disciplinas prácticas que tratan de las decisiones que se deben tomar en cada momento concreto en unas circunstancias dadas y previendo sus consecuencias. No se trata de lo que se debe hacer en abstracto ni de qué norma hay que cumplir. El libro se estructura en cinco capítulos que van desde la base de la bioética a su aplicación en la práctica diaria de la consulta. Los tres primeros capítulos nos van a proporcionar el método de análisis para la toma de decisiones correctas, que es para lo que utilizamos la Bioética, y ello en base al análisis del origen de la experiencia moral (capítulo primero) que serán los hechos sobre

los que deliberar, los valores que entran en juego en esa situación y los deberes que nuestras actuaciones deben de respetar o que debemos cumplir (capítulo segundo) y todo ello usando el método deliberativo, que nos propone el autor y que ya había anunciado líneas arriba (capítulo tercero). Los dos últimos capítulos nos hacen bajar a la realidad de la consulta ya que tratan de los problemas que aparecen en torno al inicio y al fin de la vida. Final de la vida que hoy vuelve a estar llamando a la puerta de nuestra consulta.

Estamos ante un libro de 185 páginas, pero no por ello mínimo, porque la Bioética no trata de dar se-

guridades ni de proporcionar serenidad sino, en todo caso, de dar argumentos para una deliberación que nos permita no solo lograr unos mínimos sino alcanzar unos máximos, aquellos que nos lleven a tomar la mejor decisión de las posibles, ya que nuestras decisiones concretas deben ser tomadas de forma correcta, responsable y prudente, porque nos comprometen al ser tomadas en la soledad de nuestro trabajo sin podernos dejar llevar ni por el dogmatismo ni la trivialización.

Otras obras de Diego Gracia, recomendadas y recomendables: “Como arqueros al blanco” y “Procedimientos de decisión en ética clínica”.



LECTURA COMENTADA

COVID-19: ENTONCES, ¿SE PUEDEN USAR IBUPROFENO E IECAS O NO?

■ Llanes de Torres R.
Consultorio local de Pelayos de la Presa (Madrid)

En estos tiempos de pandemia, es difícil dedicar la sección de Lectura Comentada a otro tema distinto de los relacionados con el coronavirus. Traemos hoy, pues, una sencilla carta¹ publicada el 10 de marzo, y origen de un enorme revuelo en las redes sociales y en la comunidad científica. En ella, Fang y sus colaboradores recordaban que los coronavirus SARS-CoV (tanto los tipo 1 como los actuales tipo 2) se unen a sus células diana a través de la enzima ACE2 presente en las células epiteliales del pulmón y otros tejidos, y alertaban de la sobreexpresión de esa enzima tanto en pacientes diabéticos o hipertensos tratados con fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) y bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), como en los usuarios de tiazolidindionas o ibuprofeno. E hipotetizaban que esa sobreexpresión de ACE2 podría facilitar tanto la infección con COVID-19, como el riesgo de desarrollar cuadros fatales por este proceso. Esto nos ha llevado a cuestionarnos si los fármacos implicados se pueden usar de forma segura. Revisemos los hechos.

En realidad, el mecanismo de entrada del virus había sido detalladamente publicado², unos días antes, por otros autores que lo presentaban simplemente como una diana terapéutica. Los creadores de esta nueva alerta, sin embargo, combinaron esa explicación con el dato contrastado en varios estudios de que hay mayor mortalidad en la infección por COVID-19 en los pacientes diabéticos o cardiovasculares. Y así llegan a plantearse si la causa podría estar en el uso de IECAs, tan frecuente en estas enfermedades. De esta manera, sin más fundamento que el de una hipótesis, la reformulación como amenaza de un mecanismo patogénico del virus generó una noticia que corrió viralizada en las redes sociales. De pronto, dentro del maremágnum de información, alarma social y cambios de protocolos, médicos y pacientes debimos preguntarnos, en algunos casos con angustia, por la idoneidad o no de los IECAs. Afortunadamente, el posicionamiento de diversas sociedades científicas fue muy rápido³, y la Agencia Española del Medicamento concluyó el 16 de marzo

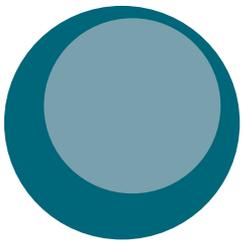
en una nota⁴ que “los pacientes en tratamiento con medicamentos de estos grupos deben continuar con el tratamiento, sin que actualmente esté justificada una modificación del mismo”, y recomendó que en los pacientes con infección por COVID-19 grave el uso de cualquier antihipertensivo se realizara sin cambios en relación a las recomendaciones habituales de las guías clínicas.

Respecto al uso del ibuprofeno, el revuelo fue, si cabe, aún mayor. En un mensaje en su cuenta oficial de Twitter, el ministro de sanidad francés advirtió⁵: “tomar medicamentos antiinflamatorios (ibuprofeno, cortisona...) podría ser un factor en el empeoramiento de la infección”. Una vez más han debido pronunciarse las instituciones: para la Agencia Española del Medicamento “ningún dato indica que el ibuprofeno agrave las infecciones por COVID-19”. Así, aunque recuerda que la posible relación entre la exacerbación de infecciones con ibuprofeno y ketoprofeno se está evaluando para toda la Unión Europea, y recomienda como primera alternativa el uso de paracetamol, indica a los pacientes en tratamiento crónico con ibuprofeno o ketoprofeno que no deben interrumpirlo, e insiste, asimismo, en que se mantiene la posibilidad de uso del ibuprofeno en el tratamiento de síntomas menores⁶. Unos días después, la FDA estadounidense, aunque instando a los pacientes a consultar siempre los prospectos y evitar la automedicación, se pronunció en términos similares⁷: “La FDA no encuentra ninguna prueba científica de que el uso de fármacos no esteroideos, como el ibuprofeno, produzcan empeoramiento de los síntomas de la COVID-19”.

Así pues, en conclusión, podemos afirmar que en la *Lex Artis* actual nada contraindica el uso de IECAs e ibuprofeno con las indicaciones y riesgos ya conocidos con anterioridad. Y no olvidemos que para los médicos de familia, cuya prescripción y consejo alcanzan a la gran mayoría de la comunidad, estas controversias nos refuerzan en nuestro empeño en mantener la actualización continua de nuestro conocimiento con la mejor evidencia científica disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet Respiratory Medicine*. Publicado en línea: 11 de marzo de 2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30116-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30116-8).
2. Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target *Intensive Care Med* 2020, 46:586-590. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05985-9>.
3. Grupo de trabajo de hipertensión arterial de la SeMFyC [Internet]: La semFYC se suma a la posición europea respecto a COVID-19 y al tratamiento con IECA ARA II. 14 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.semfyces/la-semfyces-se-suma-a-la-posicion-europea-respecto-a-covid-19-y-al-tratamiento-con-ieca-ara-ii/> (consultado el 28 de marzo de 2020).
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios [Internet]: Medicamentos antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina e infección por COVID-19. 16 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/medicamentos-antihipertensivos-que-actuan-sobre-el-sistema-renina-angiotensina-e-infeccion-por-covid-19/> (consultado el 28 de marzo de 2020).
5. Redacción Médica [Internet]: Coronavirus ibuprofeno: Francia dice que es perjudicial para Covid-19. Redacción Médica. 14 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-ibuprofeno-francia-dice-que-es-perjudicial-para-covid-19-1256> (consultado el 28 de marzo de 2020).
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios [Internet]: La AEMPS informa que ningún dato indica que el ibuprofeno agrave las infecciones por COVID-19. 15 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentosusohumano-3/2020-medicamentosusohumano-3/la-aemps-informa-que-ningun-dato-indica-que-el-ibuprofeno-agrave-las-infecciones-por-covid-19/> (consultado el 28 de marzo de 2020).
7. U.S. Food and Drug Administration [Internet]: FDA advises patients on use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for COVID-19. 19 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-advises-patients-use-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-covid-19?utm_campaign=FDA%20advises%20patients%20on%20use%20of%20NSAIDs%20for%20COVID-19&utm_medium=email&utm_source=Email (consultado el 28 de marzo de 2020).



CARTA AL DIRECTOR

LA IMPORTANCIA DE ESCUCHAR

■ Llaguno Sanmartín P.¹, Casaseca García P.², López Gil A.³, Manzorro Fernández P.⁴, Noriega Martínez V.⁵, Álvarez De la Torre E.⁶

⁽¹⁾ Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

⁽²⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Torreldones. Responsable de centro de Prevecolon. Miembro Mesa Violencia de Género. Mancomunidad THAM Profesora asociada clínica en la Universidad Francisco de Vitoria. Tutora de médicos residentes en MFyC. Dirección asistencial noroeste. Madrid.

⁽³⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Torreldones. Responsable de Docencia y Calidad. Miembro de la Comisión Local de Calidad de la DANO. Miembro de la Comisión de Docencia de la DANO. Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Tutorización de estudiantes de la UFV. Dirección asistencial noroeste. Madrid.

⁽⁴⁾ Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

⁽⁵⁾ Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

⁽⁶⁾ Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

Una patología prevalente en Atención Primaria es la depresión o la ansiedad. Como médicos de esta especialidad sabemos que nos tenemos que enfrentar a esta enfermedad más de una vez al día en nuestra consulta.

De hecho, uno de los mayores problemas psiquiátricos en Atención Primaria lo constituyen los «estados depresivos», que incluyen una amplia variedad de estados afectivos anómalos. Esta situación es preocupante desde el punto de vista sociosanitario por sus enormes repercusiones económicas, laborales, personales y, sobre todo, porque la mayoría de tales trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado.

Otro de los problemas psiquiátricos asistenciales que más repercuten en Atención Primaria son los «trastornos de ansiedad», que incluyen una gran variedad de estados anómalos, con frecuencia poco reconocidos o confundidos. La mayoría de dichos trastornos se benefician de un tratamiento adecuado, sobre todo en los estadios iniciales, cuando habitualmente son más leves, y si no son atendidos se cronifican, se complican con depresión, abuso de sustancias, etc.

Como médicos de Atención Primaria abordamos desde su diagnóstico hasta seguimiento, incluso desescalamos tratamientos mientras la vida pasa y vuelven a suceder acontecimientos adversos a nuestros pacientes.

Esto puede hacernos recapacitar y valorar la posibilidad de ofrecer a nuestros pacientes un abordaje integral, desde la escucha, en la medida de lo posible,

dado el tiempo limitado con el que contamos en la consulta, medicación, explicando efectos adversos y tiempo para valorar su eficacia y otras técnicas (como técnicas de relajación, ejercicio diario o acudir a un psicólogo) para que el paciente sea capaz de afrontar su día a día.

¿Cuántas veces ha acudido un mismo paciente somatizando su ansiedad que no sabe expresar?

Lo importante es dar un tratamiento si lo consideramos necesario, pero que sientan que pueden volver a nuestra consulta si el tratamiento no funciona o creen que sufren una nueva patología o no saben identificar por qué se sienten así o presentan labilidad emocional o irritabilidad.

¿Cómo podemos ayudar u orientar cuando un paciente nos relata las experiencias de acoso laboral que está sufriendo?

Muchas veces no podremos decirles que les entendemos porque nos encontraremos con experiencias que no hemos vivido. Pero es importante que como médicos, tengamos empatía y los pacientes se sientan escuchados y utilicen las herramientas que les ofrezcamos porque confían en su médico.

Hay que insistir en el abordaje multidisciplinar y derivar, cuando sea necesario al psiquiatra o psicólogo, según consideremos que vaya a ser beneficioso para el paciente y no olvidarnos de la prevalencia de ambas enfermedades, lo complicado que es su diagnóstico e intentar que los pacientes tengan una buena adherencia terapéutica.