

MÉDICOS DE FAMILIA

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

Nº 3 • VOL 26

DICIEMBRE 2024

6 EDITORIAL

PASADO. PRESENTE Y FUTURO DE LA REVISTA MÉDICOS DE FAMILIA
María Tablado M.A.

7 GRUPOS DE TRABAJO

- XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "CITIUS ALTIUS FORTIUS"
ACTUALIZACIONES "PLIS – PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.
1. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN AL MAYOR
Castaño Reguillo A., Pejenaute Labari M.A., García Pliego R.A
2. GDT ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS
Moreno Jiménez J., Merlo Loranca M.

15 ABSTRACT ACEPTADOS EN EL XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

1. ARTRALGIAS MIGRATORIAS COMO DEBUT DE SÍFILIS SECUNDARIA
García Fernández Bravo B., Sanz Sanz M., Córdoba Canella E., Araujo Reis L., Martínez Junquera C.
2. CUIDADO CON LOS "RED FLAG" EN UNA CEFALEA
Pérez Santos S., Domínguez Mateos S., Álvarez Aragoneses Y.
3. EXPERIENCIA TITERES Y MARIONETAS, UNA HERRAMIENTA PARA APRENDER Y DIFUNDIR CONCEPTOS DE SALUD
Calvo Trujillo S., Sánchez Jiménez C., Alcalá del Olmo M.A. y Grupo de EPS del CS Carabanchel Alto.
4. EL INICIO INESPERADO: ABORDAJE DEL DEBUT DIABÉTICO
Beltrán Ledezma R., Almanzar Montero E., Angulo García C.
5. "DOCTORA CADA DÍA ME CANSO MÁS..."
Palacio Manchón M., Plumet Velilla M., Silvestre Clemente P.
6. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, UTILIZANDO LOS CRITERIOS DE LESS – CHRON, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMÉNCIA.
Romero-Barzola, M. Y.; Garrido Barral, A.; Sierra-Santos, L.; Martínez Esteban, C.. Grupo colaborativo: Less-Chron-AP
7. "¿PUEDEN LOS SÍNTOMAS INICIALES DE ITU RELACIONARSE CON RESULTADOS POSITIVOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS? ESTUDIO TRANSVERSAL EN OCHO CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID"
García Espinosa M.V., Benito Ortiz L., Gómez del Río S., Fontana Campos M., Marín Cañada J.
8. RETRASO PUBERAL EN ADOLESCENTE: DE LA NADA AL TODO
E. Ruiz García E., Lafuente Santodomingo I., Muñoz Moreno M.
9. PATOLOGÍA ENDOCRINA MÚLTIPLE: CUANDO EL OBSTÁCULO ES TU PROPIO CUERPO
E. Ruiz García E., Muñoz Moreno M., Ramo mancheño
10. EL INQUIETANTE MUNDO DE LAS PETEQUIAS
Castaño Reguillo A., González Godoy M., Nuevo Coello L.

48 EXPERIENCIA

UN MUNDO PARALELO, PERO NO TAN LEJANO – ACTIVIDAD SALIENDO DEL CENTRO. / EXPERIENCIAS EN PRIMARIA
Calleja Cobo de Guzmán B. Residente de MFyc

50 ACTUALIZACIÓN

BODYBUILDING: UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA Y LA FUNCIÓN RENAL.
García Rodríguez L., López Berenguel M.A., Rubio Martos A., Villares López A.J.

55 INCIDENTES CRÍTICOS

1. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., María Hurtarte Arroyo S., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
2. VENCiendo LOS ESTIGMAS DE LA SALUD MENTAL DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA
Cisneros Javierre A.C.
3. LA BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
López Berenguel M.A., Martínez Montejo C.
4. DESAFÍO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ATENCIÓN INTEGRAL A UNA MENOR VÍCTIMA DE UNA VIOLACIÓN
Angulo García C., Beloqui Areizaga A., Muñoz Lara I., García de Francisco S.
5. LA COORDINACIÓN EN PATOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE
Martín González M., Bellón Benito M.
6. ¿SE NOS VA DE LAS MANOS? LAS AGRESIONES EN EL SISTEMA SANITARIO... PARA REFLEXIONAR
Martín González M., de Prada Rodríguez MA.
7. ¿DÓNDE QUEDARON LAS REGLAS DE OTTAWA? ¿CUÁL ES LA MEJOR MANERA DE APRENDER LA PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR?
Dávila Romero M.J., Andrade Rosa C., Castaño Reguillo A.
8. EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA EUTANASIA: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA
Angulo García C., Almanzar Montero E., Beltrán Ledezma R., Víton Espino A., Zabala Maneiro A., García de Francisco S.
9. NO TODAS LAS NEUMONÍAS SON IGUALES
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M. A.
10. DOLOR DORSAL QUE NO MEJORA A PESAR DEL TRATAMIENTO
Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., Luque García L., Estefanía Hidalgo L., López Gil A.
11. INTOLERANCIA A LA FUROSEMIDA: LAS PREGUNTAS BÁSICAS NO SE DEBEN OLVIDAR
Luque García L., Rodríguez Arilla A., López Gil A., Martín González M.
12. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTE.
González Araujo I., Castillo Gómez V., Crespo Oñate A., Llorente de Santiago L., Estefanía Hidalgo L., Ciria de Pablo C.
13. ¿ME HE INFECTADO EN ALEMANIA? EL DENGUE TROPICAL ENDÉMICO.
González Araujo I., Castillo Gómez V., Crespo Oñate A., Llorente de Santiago L., Barrio Rufino A., Ciria de Pablo C.

- 14. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**
“Desafíos y aprendizajes en la comunicación médico-paciente en atención primaria: pacientes no colaboradores”
Llorente de Santiago L., González Araujo I., García de Prado Cwiez M., Jiménez Alfonso O., Casaseca García P.
- 15. MANEJO DE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. LUCES Y SOMBRAS**
Almánzar Montero E., Beltrán Ledezma R., Argülo García C.
- 16. INCIDENTE CRÍTICO**
Torres Bautista F.; Gil Cidoncha M.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.; Estefanía Hidalgo L.
- 17. DILEMA ANTE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON DEMÉNCIA AVANZADA.**
Fernández Gamo N.
- 18. INCIDENTE CRÍTICO SOBRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE**
Cristóbal Sanz P.
- 19. INCIDENTE CRÍTICO**
Torres Bautista, F.; De la Calle Flores, C.; Ramos Caballero, M.; Estefanía Hidalgo, L.; Gil Cidoncha, M.
- 20. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN CONSULTA.**
Ibáñez Arbós A.

88 ORIGINAL

- 1. ESTUDIO PREVALENCIA DE INSOMNIO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. (PIPAP-GOYA/CIUDAD JARDÍN)**
Castaño Reguillo A., Pérez González J., Mantecón Domínguez M.A.
- 2. PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE BENZODIACEPINAS PARA TRATAMIENTO DEL INSOMNIO**
Retuerto Larumbe S., Canal Rodríguez C., Sada Echevarría M., Gámez Cabero M.I., Arribas Blanco J.M., González Higueros de Jiménez J.I.

101 CASOS CLÍNICOS

- 1. TUMORACIÓN BENIGNA CON ASPECTO ANÓMALO: EL GRANULOMA PIÓGENO**
Martínez-Estebar C., Romero-Barzola M.Y., Sierra-Santos L.
- 2. EL TINTE DEL DRAGÓN: UN CASO DE BETACIANURIA**
Comanda Guglielmi M., Castro Barrio M., Sierra Santos L., Barceló Bazal B., Castro Martínez H.
- 3. MENINGITIS LINFOCITARIA EN UN VARÓN DE 48 AÑOS CON CEFALEA Y MAREO**
Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
- 4. LA PIEL COMO MANIFESTACIÓN DEL CUERPO**
Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
- 5. TUMOR CUTÁNEO INESPERADO: FIBROXANTOMA ATÍPICO.**
Romero- Barzola M.A., Castro Barrio M., Sierra Santos L.
- 6. DOLOR EN EL PIE: UN CASO SOBRE EL NEUROMA DE MORTON**
Martín González M., de Prada Rodríguez MA., Pineda Torcuato A., Luque García L.

- 7. COLICO RENAL E HIDRONEFROSIS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**
Gordillo Chumacero M., Makki H., Rodríguez Rodríguez J., Cerrada Cerrada E.
- 8. “DOCTOR, ESTOY CANSADA”**
Ondiviela Caja J.A., Bollati Delclos A.G.
- 9. HERPES ZÓSTER EN EL DEDO MENÍQUE: UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A., Guío Pertinaz R.
- 10. DOCTORA, NO ME SIENTAN BIEN LAS COMIDAS**
Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano H., Ferre Sánchez C., Martínez Sepúlveda T., Gil Cidoncha M., Rodríguez Jiménez B.
- 11. ¿GOTA EN TODAS PARTES?**
Martín González M., Pineda Torcuato A.
- 12. CRISIS OCULARES**
Jorge Contreras, M.V. Marmolejos Del Rosario R., Cálix Rodríguez C., Crespo Oñate A., González Leal G., Velasco Prats E.
- 13. ME HA CAMBIADO EL FLUJO POR LA REGLA. MANEJO RÁPIDO DE ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
Barragán Quesada M., Valdés Villar M., Uriarte Herrero C.
- 14. CONOCIENDO EL FENÓMENO DE MILKING**
Ortolá Cano H., Martínez Sepúlveda T., Ibáñez I., Mira M.T.
- 15. ¿ES SIMPLEMENTE UNA GASTROENTERITIS AGUDA?**
Ortolá Cano H., Mira M.T., Ibáñez I., Martínez Sepúlveda T.
- 16. ABSCESO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**
Ortolá Cano H., Ibáñez I., Martínez Sepúlveda T., Mira M.T.
- 17. LO QUE SE ESCONDE TRAS LA ANSIEDAD**
Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., Luque García L., Estefanía Hidalgo L., López Gil A.
- 18. SEMINOMA TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Paniura Pinedo M.P., Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Arilla A. M., Lorena Luque García L., Bermejo Fernández F., López A.
- 19. ECOGRAFÍA DE UN SINUS PILONIDAL, DE TIKTOK A LA CONSULTA**
Jenkins Sánchez C.P., Redondo Sendino A., Arvelo Senior HG., Serrano Costa L., Cortes Rico O.

147 CAFELITO

- UN SUEÑO (COMUNITARIO) HECHO REALIDAD: METROFIT**
Dols Juste J.

148 TABERNA DE PLATÓN

- EL ACOMPAÑAMIENTO Y EL DEBER DE NO ABANDONO**
Sánchez Salvador J.

150 LECTURA COMENTADA

- AMAR ES PARA SIEMPRE... ¿Y TAMBién LOS BETABLOQUEANTES DESPUÉS DE SUFRIR UN INFARTO?**
Roviralta Abildúa B., Sanz Lozano M.

152 CARTA AL DIRECTOR

- ALUMNADO CON DIABETES. INFORMACIÓN AL PROFESORADO**
María Tablado M.A., Silvestre Medina M.C., del Campo Carretero E.

MÉDICOS DE FAMILIA

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

Nº 3 • VOL 26

DICIEMBRE 2024

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

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

Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

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

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

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

Vocalía de Investigación: Rodrigo Medina García e Ileana Gefaell Larrondo.

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

Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca.

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

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

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

Vocal Apoyo a Presidencia y Vicepresidencia: Paula Chao Escuer.

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

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

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

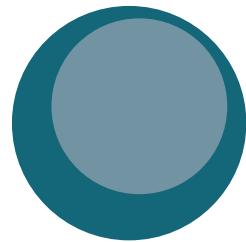
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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

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

© SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

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



SUMARIO

6 EDITORIAL

PASADO. PRESENTE Y FUTURO DE LA REVISTA MÉDICOS DE FAMILIA
María Tablado M.A.

7 GRUPOS DE TRABAJO

- XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "CITIUS ALTIUS FORTIUS"
ACTUALIZACIONES "PLIS – PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.
1. PLIS PLAS GDT ATENCIÓN AL MAYOR
Castaño Reguillo A., Pejenaute Labari M.A., García Pliego R.A
 2. GDT ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALLIATIVOS
Moreno Jiménez J., Merlo Loranca M.

15 ABSTRACT ACEPTADOS EN EL XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

1. ARTRALGIAS MIGRATORIAS COMO DEBUT DE SÍFILIS SECUNDARIA
García Fernández Bravo B., Sanz Sanz M., Córdoba Canella E., Araujo Reis L., Martínez Junquera C.
2. CUIDADO CON LOS "RED FLAG" EN UNA CEFALEA
Pérez Santos S., Domínguez Mateos S., Álvarez Aragoneses Y.
3. EXPERIENCIA TITERES Y MARIONETAS, UNA HERRAMIENTA PARA APRENDER Y DIFUNDIR CONCEPTOS DE SALUD
Calvo Trujillo S., Sánchez Jiménez C., Alcalá del Olmo M.A. y Grupo de EPS del CS Carabanchel Alto.
4. EL INICIO INESPERADO: ABORDAJE DEL DEBUT DIABÉTICO
Beltrán Ledezma R., Almanzar Montero E., Angulo García C.
5. "DOCTORA CADA DÍA ME CANSO MÁS..."
Palacio Manchón M., Plumed Velilla M., Silvestre Clemente P.
6. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, UTILIZANDO LOS CRITERIOS DE LESS – CHRON, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMÉNCIA.
Romero-Barzola, M. Y.; Garrido Barral, A.; Sierra-Santos, L.; Martínez Esteban, C.. Grupo colaborativo: Less-Chron-AP
7. "¿PUEDEN LOS SÍNTOMAS INICIALES DE ITU RELACIONARSE CON RESULTADOS POSITIVOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS? ESTUDIO TRANSVERSAL EN OCHO CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID"
García Espinosa M.V., Benito Ortiz L., Gómez del Rio S., Fontana Campos M., Marín Cañada J.
8. RETRASO PUBERAL EN ADOLESCENTE: DE LA NADA AL TODO
E. Ruiz García E., Lafuente Santodomingo I., Muñoz Moreno M.
9. PATOLOGÍA ENDOCRINA MÚLTIPLE: CUANDO EL OBSTÁCULO ES TU PROPIO CUERPO
E. Ruiz García E., Muñoz Moreno M., Ramo mancheño
10. EL INQUIETANTE MUNDO DE LAS PETEQUIAS
Castaño Reguillo A., González Godoy M., Nuevo Coello L.

48 EXPERIENCIA

UN MUNDO PARALELO, PERO NO TAN LEJANO – ACTIVIDAD SALIENDO DEL CENTRO. / EXPERIENCIAS EN PRIMARIA
Calleja Cobo de Guzmán B. Residente de MFyC

50 ACTUALIZACIÓN

BODYBUILDING: UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA Y LA FUNCIÓN RENAL.
García Rodríguez L., López Berenguel M.A., Rubio Martos A., Villares López A.J.

55 INCIDENTES CRÍTICOS

1. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., María Hurtarte Arroyo S., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
2. VENCiendo LOS ESTIGMAS DE LA SALUD MENTAL DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA
Cisneros Javierre A.C.
3. LA BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
López Berenguel M.A., Martínez Montejano C.
4. DESAFÍO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ATENCIÓN INTEGRAL A UNA MENOR VÍCTIMA DE UNA VIOLACIÓN
Angulo García C., Beloqui Areizaga A., Muñoz Lara I., García de Francisco S.
5. LA COORDINACIÓN EN PATOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE
Martín González M., Bellón Benito M.
6. ¿SE NOS VA DE LAS MANOS? LAS AGRESIONES EN EL SISTEMA SANITARIO... PARA REFLEXIONAR
Martín González M., de Prada Rodriguez MA.
7. ¿DÓNDE QUEDARON LAS REGLAS DE OTTAWA? ¿CUÁL ES LA MEJOR MANERA DE APRENDER LA PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR?
Dávila Romero M.J., Andrade Rosa C., Castaño Reguillo A.
8. EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA EUTANASIA: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA
Angulo García C., Almanzar Montero E., Beltrán Ledezma R., Vitor Espino A., Zabala Maneiro A., García de Francisco S.
9. NO TODAS LAS NEUMONÍAS SON IGUALES
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M. A.
10. DOLOR DORSAL QUE NO MEJORA A PESAR DEL TRATAMIENTO
Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., Luque García L., Estefanía Hidalgo L., López Gil A.
11. INTOLERANCIA A LA FUROSEMIDA: LAS PREGUNTAS BÁSICAS NO SE DEBEN OLVIDAR
Luque García L., Rodríguez Arilla A., López Gil A., Martín González M.
12. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTE.
González Araujo I., Castillo Gómez V., Crespo Oñate A., Llorente de Santiago L., Estefanía Hidalgo L., Ciria de Pablo C.
13. ¿ME HE INFECTADO EN ALEMANIA? EL DENGUE TROPICAL ENDÉMICO.
González Araujo I., Castillo Gómez V., Crespo Oñate A., Llorente de Santiago L., Barrio Rufino A., Ciria de Pablo C.
14. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
"Desafíos y aprendizajes en la comunicación médico-paciente en atención primaria: pacientes no colaboradores"
Llorente de Santiago L., González Araujo I., García de Prado Civez M., Jiménez Alfonso O., Casaseca García P.
15. MANEJO DE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. LUCES Y SOMBRAs
Almánzar Montero E., Beltrán Ledezma R., Angulo García C.
16. INCIDENTE CRÍTICO
Torres Bautista F.; Gil Cidoncha M.; de la Calle Flores C.; Ramos Caballero M.; Estefanía Hidalgo L.
17. DILEMA ANTE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON DEMÉNCIA AVANZADA.
Fernández Gamio N.
18. INCIDENTE CRÍTICO SOBRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE
Cristóbal Sanz P.

19. INCIDENTE CRÍTICO

Torres Bautista, F.; De la Calle Flores, C.; Ramos Caballero, M.; Estefanía Hidalgo, L.; Gil Cidoncha, M.

20. DESAFIOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN CONSULTA.

Ibáñez Arbós A.

88**ORIGINAL****1. ESTUDIO PREVALENCIA DE INSOMNIO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. (PIPAP-GOYA/CIUDAD JARDÍN)**

Castaño Reguillo A., Pérez González J., Mantecón Domínguez M.A.

2. PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE BENZODIACEPINAS PARA TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

Retuerto Larumbe S., Canal Rodríguez C., Sada Echevarría M., Gámez Cabero M.I., Arribas Blanco J.M., González Higueros de Jiménez J.I.

101 CASOS CLÍNICOS**1. TUMORACIÓN BENIGNA CON ASPECTO ANÓMALO: EL GRANULOMA PIÓGENO**

Martínez-Esteban C., Romero-Barzola M.Y., Sierra-Santos L.

2. EL TINTE DEL DRAGÓN: UN CASO DE BETACIANURIA

Comanda Guglielmi M., Castro Barrio M., Sierra Santos L., Barceló Bazal B., Castro Martínez H.

3. MENINGITIS LINFOCITARIA EN UN VARÓN DE 48 AÑOS CON CEFALEA Y MAREO

Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.

4. LA PIEL COMO MANIFESTACIÓN DEL CUERPO

Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.

5. TUMOR CUTÁNEO INESPERADO: FIBROXANTOMA ATÍPICO.

Romero- Barzola M.A., Castro Barrio M., Sierra Santos L.

6. DOLOR EN EL PIE: UN CASO SOBRE EL NEUROMA DE MORTON

Martín González M., de Prada Rodríguez MA., Pineda Torcuato A., Luque García L.

7. COLICO RENAL E HIDRONEFROSIS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Gordillo Chumacero M., Makki H., Rodríguez Rodríguez J., Cerrada Cerrada E.

8. "DOCTOR, ESTOY CANSADA"

Ondiviela Caja J.A., Bollati Delclos A.G.

9. HERPES ZÓSTER EN EL DEDO MEÑIQUE: UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A., Guió Pertinaz R.

10. DOCTORA, NO ME SIENTAN BIEN LAS COMIDAS

Ibáñez Delgado I., Ortolá Cano H., Ferre Sánchez C., Martínez Sepúlveda T., Gil Cidoncha M., Rodríguez Jiménez B.

11. ¿GOTA EN TODAS PARTES?

Martín González M., Pineda Torcuato A.

12. CRISIS OCULARES

Jorge Contreras, M.V. Marmolejos Del Rosario R., Cálix Rodríguez C., Crespo Oñate A., González Leal G., Velasco Prats E.

13. ME HA CAMBIADO EL FLUJO POR LA REGLA. MANEJO RÁPIDO DE ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Barragán Quesada M., Valdés Villar M., Uriarte Herrero C.

14. CONOCIENDO EL FENÓMENO DE MILKING

Ortolá Cano H., Martínez Sepúlveda T., Ibáñez I., Mira M.T.

15. ¿ES SIMPLEMENTE UNA GASTROENTERITIS AGUDA?

Ortolá Cano H., Mira M.T., Ibáñez I., Martínez Sepúlveda T.

16. ABSCESO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortolá Cano H., Ibáñez I., Martínez Sepúlveda T., Mira M.T.

17. LO QUE SE ESCONDE TRAS LA ANSIEDAD

Rodríguez Arilla A., Paniura Pinedo M., Luque García L., Estefanía Hidalgo L., López Gil A.

18. SEMINOMA TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paniura Pinedo M.P., Estefanía Hidalgo L., Rodríguez Arilla A. M., Lorena Luque García L., Bermejo Fernández F., López A

19. ECOGRAFÍA DE UN SINUS PILONIDAL, DE TIKTOK A LA CONSULTA

Jenkins Sánchez C.P., Redondo Sendino A., Arvelo Senior HG., Serrano Costa L., Cortes Rico O.

147 CAFELITO**UN SUEÑO (COMUNITARIO) HECHO REALIDAD: METROFIT**

Dols Juste J.

148 TABERNA PLATÓN**EL ACOMPAÑAMIENTO Y EL DEBER DE NO ABANDONO**

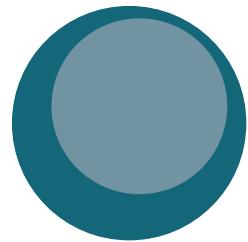
Sánchez Salvador J.

150 LECTURA COMENTADA**AMAR ES PARA SIEMPRE... ¿Y TAMBIÉN LOS BETABLOQUEANTES DESPUÉS DE SUFRIR UN INFARTO?**

Roviralta Abildúa B., Sanz Lozano M.

152 CARTA AL DIRECTOR**ALUMNADO CON DIABETES. INFORMACIÓN AL PROFESORADO**

María Tablado M.A., Silvestre Medina M.C., del Campo Carretero E.



EDITORIAL

PASADO. PRESENTE Y FUTURO DE LA REVISTA MÉDICOS DE FAMILIA

¿Qué es la historia?
Un eco del pasado en el futuro.

Víctor Hugo

El pasado 15 de noviembre de 2024 durante el XLIV Congreso semFYC hubo una mesa llamada “Mesa Revistas de Investigación de la semFYC” donde los doctores Ignacio Párraga Martínez, Joan Gené Badia y Mariano Hernán García comentaron la situación actual de las tres revistas auspiciadas por semFYC con edición periódica (Revista Clínica de Medicina de Familia, Atención Primaria y Comunidad). La mesa con acierto presentó cuales son las luces y sombras de estas publicaciones en nuestro momento actual y el posible futuro de estas.

Las preguntas que hago y me hago en este editorial como director de esta revista Médicos de Familia de la SoMaMFyC es ¿en qué momento nos encontramos nosotros con esta publicación tan querida? **¿Cuál es nuestro futuro?**

Ha sido y es una apuesta de este comité editorial seguir siendo uno de los instrumentos más importantes de difusión de la investigación y de las diversas actividades que hacen de forma proactiva nuestros socios y grupos de trabajo. En ese sentido hemos seguido apostando por la publicación de las actualizaciones de los grupos que se realizan en nuestro congreso madrileño, así como la publicación de los trabajos premiados en el mismo y todos los trabajos que adaptados al proceso editorial y bases de publicación han deseado los socios.

Esta incentivación a la publicación de nuestras actividades y trabajos es la que siempre ha sido y será el objetivo de la revista. Somos conscientes que muchos de nuestros socios quieren además de compartir sus experiencias obtener la acreditación/ certificación cara a su currículum vitae de la presentación de estos en una publicación con ISSN e indexada. En esta línea nuestro esfuerzo ha sido recompensado con la indexación de nuestra revista en Dialnet plataforma que nos pone en valor en el mundo editorial español

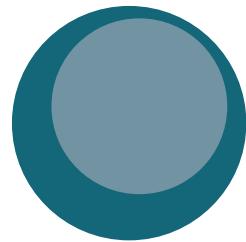
e internacional. Por otro lado, estamos en proceso activo de conseguir que sea indexada también por Scielo/ LILACS, esperemos que en breve tengamos su respuesta positiva. Siempre que alguien se pone en contacto con nuestra secretaría técnica solicitando nuestro “factor de impacto” les recordamos que nuestra revista aun no lo tiene, pero se considera publicación a todos los efectos desde que tiene su ISSN y además indexada como se ha comentado previamente, siendo lamentable conocer las noticias que en recientes bolsas de empleo en las acreditaciones de publicaciones de los solicitantes nuestra revista cuente menos que otras revistas similares solo por no tener “factor de impacto”.

Seguimos publicando todos los incidentes críticos que tanto hacen aprender al residente y que pueden ser muy enriquecedores para otros médicos en formación. Los casos clínicos tan acertados y sus diagnósticos diferenciales de patologías o circunstancias clínicas menos frecuentes, pero de necesario conocimiento. Seguimos apostando por experiencias comunitarias en “salir del centro”. Una pequeña reflexión ética “la taberna de Platón” de nuestro grupo de trabajo de ética y otra nuestro “cafelito” que tan amablemente nos brinda el grupo de salud basada en las emociones. Alguna actualización y la lectura comentada de algún artículo científico cierran cada uno de nuestros tres números anuales repletos de ciencia y conocimiento.

Nuestro futuro es seguir creciendo y siendo bandera de las actividades de nuestros socios dándole una visibilidad nacional o internacional a las mismas, incluyendo la presencia y publicación de nuestra revista en nuestra página web y Redes Sociales: X, LinkedIn e Instagram.

No quiero dejar de agradecer públicamente a mis compañeros del comité editorial sus esfuerzos correctores y desvelos por tener las revistas a tiempo y con calidad y a la secretaria técnica por su capacidad de concreción, buen trabajo y paciencia con autores, editores e imprenta.

Miguel Angel María Tablado
Director de la Revista Médicos de Familia



GRUPOS DE TRABAJO

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

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

ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

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

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

De ahí el título que comparten todas ellas: "Actualizaciones Plis-Plas"

1. PLIS PLAS GdT ATENCIÓN AL MAYOR

- Castaño Reguillo A¹., Pejenaute Labari M.A²., García Pliego R.A³.

(1) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Los Ángeles.

(2) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Mar Báltico.

(3) Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Dr Aguilar (Cubas de la Sagra).

Miembros del GdT Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC.

Palabras clave: Adulto Mayor, Selección Residencial, Hogares para Ancianos.

NUEVOS MODELOS DE HABITABILIDAD EN ADULTOS MAYORES

Debido al envejecimiento poblacional del que somos testigos desde hace años, cada vez habrá más población con necesidad de cuidados y menos personal sanitario para atenderla¹.

Los adultos mayores quieren determinar dónde y cómo viven, y muchos prefieren vivir en su propio hogar frente a un centro asistencial. Envejecer en el domicilio puede proporcionar una sensación de estabilidad, independencia, autonomía y privacidad al tiempo que reduce potencialmente los costes sanitarios relacionados con la atención residencial. Sin embargo, envejecer en la propia vivienda requiere recursos, incluidos los apoyos de cuidadores, familiares y amigos. Cuando los adultos mayores y sus cuidadores no reciben el apoyo adecuado, el envejecimiento en el hogar puede generar estrés, ansiedad

y tensiones relationales². Además, envejecer en casa puede conducir al aislamiento social, produciendo un estilo de vida más sedentario, asociado a un deterioro de la salud y a una mayor necesidad de cuidados.

Asimismo, la soledad no deseada es un problema silente que afecta cada vez a más personas; supone una fuente de sufrimiento para quien la padece, y provoca consecuencias negativas para la salud y el bienestar emocional. Esta realidad genera la necesidad de ofrecer nuevas respuestas socio-sanitarias³.

Investigaciones previas han documentado que el funcionamiento físico, incluida la movilidad y las actividades de la vida diaria (caminar, alimentarse, bañarse, vestirse, hacer la compra) aumentan la calidad de vida (CV) de los adultos mayores y que aquellos que vivían en sus propios hogares tenían un mayor nivel de CV y menos depresión que los que estaban en residencias de ancianos⁴.

La falta de viviendas de alquiler asequibles y de acceso a servicios y comodidades, los gastos económicos para el mantenimiento de la vivienda y entornos físicos inadecuados dificultan el envejecimiento en el lugar de residencia⁵.

El objetivo de las Comunidades Amigas de los Mayores es permitir que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida mediante estructuras adecuadas que satisfagan sus necesidades⁶. La vivienda desempeña un papel clave en la creación de entornos adaptados a las personas mayores e influye en la salud, la independencia, el bienestar y la capacidad de envejecer en el lugar.

Las opciones de alojamiento para personas mayores, tanto a largo como a corto plazo, no suelen ofrecer la autonomía de la que disfrutan como adultos en sus domicilios. Por tanto, muchas veces no son opciones atractivas para ellos, así que desean permanecer en su domicilio, aunque esta opción no siempre es realista por los cambios de salud que se producen.

Una de las estrategias planteadas recientemente a nivel mundial para solventar este problema consiste en desarrollar soluciones de vida alternativas, a medio camino entre el envejecimiento en casa y en una residencia de ancianos, cuyo objetivo es apoyar la buena salud y el bienestar promoviendo el envejecimiento activo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado los entornos favorables a las personas mayores como uno de sus principales ámbitos de actuación en el “Decenio de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable (2021-2030)”⁷. Los entornos adaptados a las personas mayores tienen como objetivo facilitar la participación social, mental y física, permitiendo así que sigan haciendo cosas que valoran, llevar una vida digna y, potencialmente, prevenir o retrasar el desarrollo de enfermedades crónicas complejas y el deterioro funcional.

En los últimos años se han creado diversas variantes de entornos adaptados a las personas mayores. A continuación, explicamos cuáles son estos diferentes modelos de servicios:

1. Cohousing es un neologismo inventado por McCamant y Durrett (1988) para designar el modelo residencial de viviendas colaborativas, comunidades autopromovidas y autogestionadas por sus propios residentes, que nacieron casi simultáneamente en Dinamarca y Holanda a principios de los años 1970, y se han ido extendiendo por el mundo en los últimos años⁸.

Arquitectónicamente son viviendas de uso privado en torno a unas zonas comunes donde se desarrollan actividades comunitarias. La participación, la autogestión, y el diseño intencional previo llevan a un gran equilibrio entre vida privada y comunitaria. Existen dos modalidades: de personas mayores e intergeneracionales. El programa ofrece servicios de salud, socio-recreativos basados en la comunidad, estableciendo la infraestructura necesaria para atender las

necesidades a través de la atención continua. Una organización matriz actúa como principal responsable de desarrollar asociaciones entre los residentes y los proveedores de servicios locales, coordinar la prestación de servicios y gestionar las finanzas. Se ha visto que el cohousing intergeneracional puede dar a los mayores un mayor sentido de la de propósito y autoeficacia, sobre todo cuando pueden guiar, orientar e incluso ofrecer apoyo práctico a los residentes más jóvenes.

Las ventajas del cohousing incluyen el fácil acceso dentro del edificio y a los servicios de la comunidad, el contacto con la naturaleza, el apoyo mutuo, la pertenencia y participación en la sociedad, la interacción social, la autonomía y aceptación del envejecimiento.

2. Naturally Occurring Retirement Community Supportive Services Program (NORC) es una comunidad o vecindario con una población creciente de adultos mayores en la que las viviendas no fueron proyectadas a propósito para ellos cuando se diseñaron y/o construyeron originalmente. Están diseñados para apoyar e integrar una serie de servicios de salud y apoyo in situ para el envejecimiento. Los servicios y ayudas se coordinan a través de una asociación en la que participan una agencia líder (a menudo una agencia de servicios sociales sin ánimo de lucro), residentes del NORC, gestores de edificios, asociaciones y propietarios de viviendas y socios de la comunidad. Existen dos modalidades, los clásicos (edificio de apartamentos o complejo de viviendas) y el vecinal o de área (geográficamente definido por vecindarios contiguos), pudiendo ser tanto rurales como urbanos⁹.

La diferencia entre un NORC y el cohousing es que en el primero la atención sanitaria y social se produce fundamentalmente a través de profesionales contratados, mientras que en el cohousing es a través del apoyo entre personas mayores de la misma comunidad cuando se produce una consecución de los objetivos¹⁰.

El modelo se financia en gran medida a través de subvenciones y, en algunos casos, mediante cuotas de afiliación y participación. Cada edificio tiene su propia junta dirigida por residentes que paga por participar en el programa. Periódicamente se recaba la opinión de los afiliados con el objetivo de adaptar la prestación de servicios a las necesidades y centrarse en las personas en riesgo de aislamiento social.

3. Modelo Village consiste en asociaciones de miembros desarrolladas, gobernadas y financiadas por residentes mayores y operadas en colaboración con personal remunerado y voluntarios, o únicamente por voluntarios. Los miembros de las aldeas residen en sus propios hogares dentro de la región de captación especificada como parte de la aldea. Las aldeas ofrecen actividades sociales y educativas y servicios

relacionados con el transporte, la vivienda, atención sanitaria, información, reparaciones domésticas y asistencia informática. Las personas mayores se hacen miembros mediante el pago de una cuota. Los servicios se centran más en abordar las necesidades sociales en lugar de las necesidades sanitarias.

4. University-based retirement communities (UBRCs).

Las comunidades universitarias de jubilados, desarrolladas en Estados Unidos, resultan más atractivas para quienes están interesados en el aprendizaje académico y la vida universitaria. Estas comunidades ofrecen oportunidades de aprendizaje permanente e instalaciones hospitalarias o recreativas afiliadas a la universidad. Se identifican varios criterios comunes: proximidad al campus principal de la universidad, programas que integren a los residentes de la comunidad con estudiantes, profesores y personal de la universidad, inclusión de toda la gama de opciones de alojamiento, relación financiera entre el proveedor de alojamiento para mayores y la universidad y que al menos el 10% de los residentes tengan alguna relación con la universidad. Una UBRC también puede ser una aldea, NORC o comunidad de cohousing¹⁰.

Las diferencias fundamentales entre estas diferentes opciones de alojamiento son que las aldeas y los cohousing son iniciados y desarrollados por los adultos mayores a partir de evaluaciones autodirigidas de sus necesidades, mientras que los NORC-SSP son iniciados por organismos comunitarios.

En cuanto a las características económicas estudios previos constatan que el coste medio por unidad en cohousing es un 15%-20% inferior al valor de mercado, lo que ayuda a compensar los costes de construcción de la casa común y aumentar la eficiencia energética de los edificios, además del reparto de gastos. Mientras que los NORC-SSP se financian en gran parte por subvenciones, los pueblos dependen principalmente de las cuotas de sus miembros, con algunas fuentes secundarias inestables, lo que hace recaer en los miembros la responsabilidad de mantener la sostenibilidad financiera. A diferencia del carácter voluntario de las aldeas, la disponibilidad de financiación externa permite que los NORC-SSP tengan personal para identificar las necesidades de los miembros y contactar con proveedores de servicios que pueden ofrecer servicios subvencionados.

¿Cuál es la situación respecto a los nuevos modelos de habitabilidad en el mundo?

Un estudio cualitativo que incluyó ocho comunidades de covivienda en los Países Bajos reflejó un aumento de los contactos sociales, el apoyo instrumental y emocional. Destacaron especialmente que menos residentes experimentaban soledad no deseada en comparación con las estadísticas nacionales. En un estudio finlandés en el que participaron residentes de

un complejo de viviendas para personas mayores y que se centró en el apoyo físico, social y de seguridad, se describieron resultados comparables. Este estudio descubrió que las viviendas animaban y permitían a los residentes ser físicamente activos e independientes, al tiempo que les proporcionaban actividades sociales y se sentían seguros. En un estudio en un entorno de vida comunitario para adultos mayores en una zona rural del oeste de Noruega se evaluó y confirmó que vivir en un entorno comunitario de estas características aumentaba el compromiso social y la realización de actividad física.

En una investigación canadiense en el año 2020 se preguntaron por la mejoría de la calidad de vida en los adultos mayores que habitan en cohousing. Participaron ancianos que llevaban en este modo de vida entre dos años y medio y cinco años. Los resultados de la investigación apoyan firmemente el cohousing como una forma de vida adecuada e innovadora que puede reducir o prevenir la soledad y sus efectos, como la depresión y el suicidio. Todos los participantes en los grupos de discusión afirmaron que su salud mental había mejorado en la comunidad. También los participantes afirmaron que su calidad de vida había mejorado gracias a la motivación y actividad de la comunidad. Como conclusión plantearon los retos de la vida en comunidad: la gestión de conflictos, el deterioro de su salud física, la crisis vital que implica la pérdida de sus seres queridos, y como preocupación más relevante el hecho de querer envejecer en el edificio a la vez que no deseaban que el edificio se convirtiera en una residencia de ancianos. Refirieron como conclusión que un entorno que promueva la conversación abierta y la aceptación del proceso de envejecimiento y sus cambios es un fuerte mecanismo de afrontamiento para los adultos mayores.

¿Y cómo está la situación en España?

En España el modelo predominante es el Cohousing, con las características básicas de las primeras unidades de los años 80: equipamientos comunitarios para uso diario, viviendas y economías individuales, auto-gestionado por los propios residentes, organización de actividades periódicas comunitarias, sin estructura jerárquica, proceso participativo por parte de los residentes en todo el proceso de desarrollo y diseño intencional para el contacto social.

El primer proyecto de cohousing en España fue la cooperativa Los Milagros, que construyó en el año 2000 en Málaga. Después surgieron otros grupos que no se consolidaron hasta años después, por el boom inmobiliario y la crisis económica¹¹. En la actualidad hay comunidades de cohousing en prácticamente todas las comunidades autónomas, creadas específicamente para personas mayores como una alternativa a la soledad del hogar o, incluso, a las residencias¹².

¿Dónde podemos encontrar la información para ofrecérsela a nuestros pacientes?

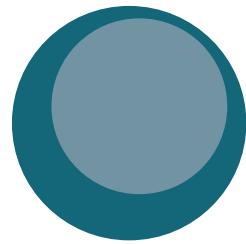
1. Ecohousing. Encontraremos un mapa de cohousing en España para que podamos localizar dónde se encuentran las diferentes comunidades. Además,

proporcionan información y estrategias para empezar un proyecto.

2. Asociación Jubilares. Esta asociación lleva mucho tiempo trabajando en proyectos de cohousing y tienen una larga experiencia en esta nueva forma de vida después de la jubilación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Førsund E, Torrado Vidal JC, Fæø, SE, Reithe, H, Patrascu, M, Husebo, BS: Exploring active ageing in a community-based living environment: an ethnographic study in the Western Norway context. *Front Public Health.* 2024 Apr 30;12.
2. Read E, Woolsey C, Donelle L, Weeks L, Chinho N. Passive Remote Monitoring and Aging in Place: A Scoping Review. *Can J Aging.* 2023 Mar 1;42(1):20–32.
3. Jiménez Rodríguez JM. Unwanted loneliness in Spain: a problem for the management of Public Health and family care]. *Rev Esp Salud Pública.* 2024 Mar 20; 98.
4. Puplampu V, Matthews E, Puplampu G, Gross M, Pathak S, Peters S.: The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Can J Aging.* 2020 Sep 19; 39 (3): 406–20.
5. Mahmood A, Seetharaman K, Jenkins HT, Chaudhury H. Contextualizing Innovative Housing Models and Services Within the Age-Friendly Communities Framework. *Gerontologist.* 2022 Jan 14;62(1):66–74.
6. Ciudades Amigables con los Mayores: una guía. 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030.
8. Del Monte Diego J. COHOUSING: MODELO RESIDENCIAL COLABORATIVO Y CAPACITANTE PARA UN ENVEJECIMIENTO FELIZ. Vol. 4. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal.; 2017.
9. New York State. <https://aging.ny.gov/naturally-occurring-retirement-community-norc>. Naturally Occurring Retirement Community (NORC).
10. Hou SI, Cao X. Promising Aging in Community Models in the U.S.: Village, Naturally Occurring Retirement Community (NORC), Cohousing, and University-Based Retirement Community (UBRC). *Gerontol Geriatr Med.* 2021 Jan 12;7:233372142110154.
11. López D, Estrada M. ¿Cómo avanzan las dinámicas de senior cohousing en España? In: S. Ezquerra, M.P. Salanova, M. Pla, J. Subirats, editors. Edades en transición Envejecer en el siglo XXI. Ariel. Madrid; 2016. p. 227-37.
12. AESFAS. <https://www.aesfas.org/donde-hay-cohousing-en-espana/>. 2022. ¿Dónde hay cohousing en España?.



GRUPOS DE TRABAJO

2. GDT ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

- Moreno Jiménez J., Merlo Loranca M.
Miembros GdT Atención domiciliaria y cuidados paliativos

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA Y NECESIDADES PALIATIVAS.

PAMORAs, ¿HAN LLEGADO PARA QUEDARSE?

El estreñimiento se caracteriza por la disminución en la frecuencia de las deposiciones, con un aumento del esfuerzo defecatorio. También incluye la sensación de defecación incompleta y el desconfort asociado a la defecación.

Denominamos Estreñimiento Inducido por Opioides (EIO) a todo cambio en el patrón intestinal tras la instauración del tratamiento opioide, independientemente del principio activo.

Es un cuadro tremadamente frecuente (60-90%), que se debe a los efectos de los analgésicos opioides sobre el aparato digestivo. Desde el punto de vista fisiopatológico, se produce la disminución del peristaltismo propulsivo con un aumento del no propulsivo (dismotilidad). Además, disminuye la secreción mucosa, se retrasa el vaciamiento gástrico y aumenta el tono esfinteriano anal, lo que todo junto puede producir un auténtico “bloqueo” a este nivel. Se trata, por tanto, de un cuadro tan amplio que recientemente se ha pasado a denominar Disfunción Intestinal Inducida por opiáceos (DIIIO) para poder incluir en la definición el componente mecánico de las náuseas, la distensión abdominal y el reflujo gastroesofágico.

Este cuadro puede tener un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente llegando incluso a sacrificar el objetivo de control del dolor al supeditarlo a la aparición del estreñimiento como efecto secundario. Suele estar infradiagnosticado y se asocia a la presencia de

múltiples síntomas como halitosis, meteorismo, tenesmo rectal, dolor abdominal, fisuras, fecalomás, retención aguda de orina y estrés emocional, entre otros. Además, puede dar lugar a cuadros más graves como es desencadenar un síndrome confusional, tanto por el propio desconfort secundario al estreñimiento como por el aumento de neurotoxicidad de los opioides al aumentar su recirculación enterohepática, o derivar en impactación y hasta en perforación intestinal.

VALORACIÓN

En la aproximación clínica al estreñimiento debemos hacer una buena historia clínica y recabar información sobre cambios en la frecuencia, consistencia y esfuerzo asociado a la defecación. Toda valoración debe incluir la exploración abdominal, poniendo énfasis en la auscultación de los ruidos digestivos y el tacto rectal para valorar el tono esfinteriano y la presencia de fecalomás o posibles masas obstrutivas a este nivel. Una ayuda a la hora de aproximarnos al diagnóstico sería la utilización de cuestionarios específicos, como el Bristol Stool Form Scale, que valora la consistencia de las deposiciones y su relación con el estreñimiento.

En el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta la obstrucción intestinal, sobre todo en pacientes de alto riesgo como aquellos con neoplasias abdomino-peritoneales o antecedentes quirúrgicos de repetición. Tampoco nos debe confundir la diarrea por rebosamiento que podemos observar en pacientes con estreñimiento pertinaz que realizan escasas y frecuentes deposiciones líquidas sin llegar a la evacuación completa.

El **manejo y la prevención** del EIO debe plantearse desde el mismo momento que se inicia el tratamiento opioide.

En primer lugar, no debemos olvidar que el perfil del opioide debe ser tenido en cuenta según el riesgo individual del paciente. Según distintas publicaciones, el fentanilo transdérmico presenta menor tasa de estreñimiento que la morfina oral a dosis equipotentes. El mecanismo fisiopatológico que justifica esto no es

del todo conocido, pero parece estar en consonancia con la vía de administración del medicamento, ya que actuar menos directamente sobre los receptores opioides del aparato digestivo.

La utilización de la combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas es la clave para conseguir un adecuado control.

Por un lado, se deben recomendar medidas preventivas no farmacológicas en todos los enfermos, como son:

- dieta rica en fibra naturalmente presente en los alimentos (los suplementos de fibra insoluble están desaconsejados por asociar un elevado riesgo de impactación)
- ingesta hídrica suficiente
- aumento de la actividad física
- puesta en valor de la privacidad y el confort durante la defecación.

Es importante tener en cuenta que los pacientes con enfermedades crónicas en estadio avanzado (oncológicas/no oncológicas) y necesidades paliativas tienen importantes dificultades para implementar estas medidas, por lo que, casi de manera generalizada, además de las recomendaciones no farmacológicas, se deben prescribir laxantes como tratamiento preventivo del estreñimiento.

Dentro de la farmacopea disponible, existen distintas opciones que se diferencian por el mecanismo de acción, para poder abordar este problema. Resulta muy importante recordar que las fibras insolubles o “formadores de masa” no se recomiendan en el tratamiento del EIO por varios motivos. Por un lado, este tipo de paciente suele tener una ingesta hídrica muy disminuida, y, por otro lado, empeoran claramente los síntomas asociados al estreñimiento y favorecen la formación de fecalomás. Ambos motivos inciden en el mal control del estreñimiento y en la percepción de calidad de vida, por lo que no son fármacos que debamos prescribir.

En la siguiente tabla se describen los principales grupos farmacológicos.

Tabla 1. Laxantes habituales: Tipos, mecanismos de acción, efectos secundarios y dosificación (Elaboración propia)

Tipo	Principio activo	Mecanismo de acción	Efectos secundarios	Dosificación
Osmóticos	Salinos: Sales Mg, Fosfato de sodio	Arrastran agua al tubo digestivo por acción osmótica sobre la mucosa	Diarrea Desequilibrios hidroelectroáticos Lactulosa: Sdme de intolerancia a la lactosa en personas predispuestas.	Hidróxido de magnesio: 1-5g/24h repartido en 1-2 tomas según necesidad
	Glúcidos no absorbibles: Lactulosa, lactitol, sorbitol			Lactulosa: Sobres o solución: 10-30g/24h repartidos en 1-3 tomas según tolerancia. Lactitol: 10-30g/24h.
	Polietilenglicol (PEG)/Macrogol			Casenlax® 1-2 sobres/24h Movixol® 1-3 sobres/24h Impactación: hasta 6-8sobres/ 24h en 6h. máx 3 días.
Estimulantes	Senósidos, Bisacodilo, Picosulfato de sodio	Inducen la motilidad intestinal y la secreción por irritación	Diarrea, dolor abdominal Proctitis, hematuria Dependencia del uso de laxantes por atonía intestinal	Sen: 12-36mg/24h Bisacodilo • Oral: 5-10mg/24h • Rectal: 1 suppositorio/24h Picosulfato de sodio: (Dulcolaxo, Evacuol, Lubrilax...): 8-12gotas/24h
Lubricantes y Emolientes	Glicerina, Parafina líquida	Recubren las heces ablandándolas, hidratándolas y lubricando su paso	Prurito anal Neumonitis en caso de broncoaspiración	Supositorios de glicerina: 1c/24h Parafina oral: 15-30ml/24h

La evidencia científica disponible actualmente no permite recomendar un fármaco o grupo de fármacos sobre cualquier otro para el tratamiento del EIO. Lo

que se recomienda es que debemos tener en cuenta las preferencias y experiencias previas del paciente con respecto a esta patología, así como el precio de

estos medicamentos, ya que no son financiables por el sistema nacional de salud (SNS), lo que puede favorecer la irregular adhesión al tratamiento y el mal control de síntomas.

Desde hace algún tiempo tenemos también disponibles los fármacos antagonistas de los opiáceos para contrarrestar sus efectos a nivel intestinal. A este grupo de

medicamentos se les denomina PAMORAs. Son antagonistas periféricos de los receptores mu-opiáceos pero no actúan sobre el sistema nervioso central, por lo que no contrarrestan el efecto analgésico opioide pero sí los efectos secundarios a nivel digestivo. Los fármacos disponibles en España de este grupo son: Naloxona oral, Naldemedina oral, Metilnaltrexona sc y Naloxegol oral.

Tabla 2. Indicaciones, efectos secundarios y dosificación PAMORAs (Elaboración propia).

Tipo	Principio activo	Mecanismo de acción	Efectos secundarios	Dosificación
PAMORAs	Naloxona, Naldemedina, Metilnaltrexona, Naloxegol	Antagonistas periféricos del receptor mu opioide	Diarrea, náuseas, dolor abdominal Síntesis abstinencia a opioides Rinoconjuntivitis crónica *alerta de seguimiento para perforación intestinal (evitar en personas de alto riesgo)	Naloxona/Oxicodona: según la necesidad analgésica hasta máximo 80mg/24h. Si se precisa aumentar dosis del opioide añadir Oxicodona de liberación prolongada. Naldemedina: 200mcg/24h Metilnaltrexona sc: por peso • 38-61kg: 8mg/48h • 62-114kg: 12mg/48h Naloxegol: 12.5-25mg/24h

¿Qué dice la evidencia científica sobre los PAMORAs?

La Naloxona, que utilizamos generalmente en combinación con Oxicodona, actúa a las dosis predeterminadas formuladas únicamente en los receptores a nivel intestinal. En los estudios disponibles ha demostrado presentar menos náuseas y estreñimiento que la Oxicodona sola, no habiéndose publicado ningún artículo comparándolo con otros laxantes de uso habitual (osmóticos y estimulantes).

En cuanto a las publicaciones sobre Naldemedina y Metilnaltrexona han demostrado mejorar la motilidad intestinal en comparación con placebo en pacientes con cáncer. En el caso de la Naldemedina se ha comparado en un estudio abierto con las sales de magnesio demostrando superioridad en cuanto a calidad de vida asociada al estreñimiento. Pero hay que recordar que no están recomendados en sospecha de obstrucción intestinal y pueden producir o empeorar el dolor abdominal como efecto secundario. En el caso de Metilnaltrexona se han reportado casos de perforación intestinal en pacientes de alto riesgo para este cuadro, por lo que en estos casos no se recomienda.

Por último, el Naloxegol ha demostrado disminuir el estreñimiento en pacientes en tratamiento opioide por

dolor no oncológico comparado con placebo, pero la evidencia en pacientes de este tipo no es del todo consistente.

En resumen, la indicación de este grupo de fármaco en el momento actual es cómo tratamiento de segunda elección en pacientes con EIO refractario a pesar de seguir pauta a dosis plenas con laxantes habituales o en aquellos pacientes que no toleren los laxantes habituales, debiendo, en cualquier caso, individualizar y consensuar con el paciente su utilización.

Sobre la duración del tratamiento existen diferentes estudios que concluyen que se puede administrar de forma prolongada por su perfil de seguridad y eficacia. La mayoría de los estudios hablan de doce semanas, pero existen algunos trabajos con pacientes en tratamiento hasta cincuenta y dos semanas sin aumento de efectos secundarios.

Como inconveniente de este grupo de fármacos no podemos olvidar el elevado coste de los mismos, aunque actualmente sí que están financiados por el SNS siempre que se prescriban para la indicación anteriormente reseñada.

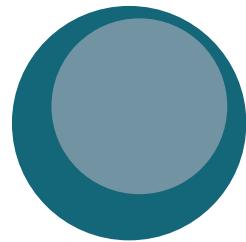
En **conclusión**, el cribado de estreñimiento deberíamos realizarlo de forma continua y sistemática en los pacientes en tratamiento con opioides.

En cuanto a los PAMORAs consideramos que son una alternativa de segunda elección en los pacientes con EIO que no se controla a pesar del manejo

farmacológico y las medidas dietéticas adecuadas, y en los que los síntomas sean persistentes e influyan en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Larkin PJ, Stone P. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Sep 15;9(9):CD006332. doi: 10.1002/14651858.CD006332.pub4. PMID: 36106667; PMCID: PMC9476137.
2. Kistemaker, K. R. J., Sijani, F., Brinkman, D. J., de Graeff, A., Burchell, G. L., Steegers, M. A. H., & van Zuylen, L. (2024). Pharmacological prevention and treatment of opioid-induced constipation in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer treatment reviews*, 125, 102704. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2024.102704>
3. Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Raffaeli W, Tombesi P, Maltoni M. Adverse effects of transdermal opiates treating moderate-severe cancer pain in comparison to long-acting morphine: a meta-analysis and systematic review of the literature. *J Palliat Med*. 2008 Apr;11(3):492-501. doi: 10.1089/jpm.2007.0200. PMID: 18363493.
4. Huang L, Zhou JG, Zhang Y, Wang F, Wang Y, Liu DH, Li XJ, Lv SP, Jin SH, Bai YJ, Ma H. Opioid-Induced Constipation Relief From Fixed-Ratio Combination Prolonged-Release Oxycodone/Naloxone Compared With Oxycodone and Morphine for Chronic Nonmalignant Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Nov;54(5):737-748.e3. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.025. Epub 2017 Jul 21. PMID: 28736104.
5. Ozaki A, Kessoku T, Tanaka K, Yamamoto A, Takahashi K, Takeda Y, Kasai Y, Iwaki M, Kobayashi T, Yoshihara T, Kato T, Suzuki A, Honda Y, Ogawa Y, Fuyuki A, Imajo K, Higurashi T, Yoneda M, Taguri M, Ishiki H, Kobayashi N, Saito S, Ichikawa Y, Nakajima A. Effectiveness of Naldemedine Compared with Magnesium Oxide in Preventing Opioid-Induced Constipation: A Randomized Controlled Trial. *Cancers (Basel)*. 2022 Apr 24;14(9):2112. doi: 10.3390/cancers14092112. PMID: 35565243; PMCID: PMC9102438.
6. Lemaire A, Pointreau Y, Narciso B, Piloquet FX, Braniste V, Sabaté JM. Effectiveness of naloxegol in patients with cancer pain suffering from opioid-induced constipation. *Support Care Cancer*. 2021 Dec;29(12):7577-7586. doi: 10.1007/s00520-021-06299-2. Epub 2021 Jun 13. Erratum in: *Support Care Cancer*. 2021 Dec;29(12):7587-7589. doi: 10.1007/s00520-021-06455-8. PMID: 34120247; PMCID: PMC8549935.



ABSTRACT

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

1. ARTRALGIAS MIGRATORIAS COMO DEBUT DE SÍFILIS SECUNDARIA

■ García Fernández Bravo B.¹ Sanz Sanz M.², Córdoba Canella E.³, Araujo Reis. L.³, Martínez Junquera C.³

(¹) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria,

(²) Médico de Familia

(³) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de salud Las Águilas

INTRODUCCIÓN

La Sífilis es una enfermedad infecciosa secundaria a la infección crónica producida por una espiroqueta conocida como *Treponema pallidum* que se transmite principalmente por contacto sexual, si bien es posible el contagio transplacentario, por contacto con lesiones cutáneas o, excepcionalmente, transfusional en fases bacterémicas.

Se trata de un proceso sistémico, con afectación de prácticamente cualquier órgano y presentación polimórfica cuya prevalencia es elevada en países con nivel socioeconómico medio y bajo¹. La incidencia ha aumentado en los últimos años, predominantemente en varones jóvenes sexualmente activos².

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes de interés, con pareja estable (varón) desde hace 10 años, sano, con serologías negativas previas.

En diciembre del 2023, el paciente consulta por odinofagia y tras exploración sin hallazgos se indica tratamiento sintomático. Días después consulta por dolor en parrilla costal izquierda y en hombro derecho de características mecánicas, se inicia tratamiento con AINES con mejoría clínica. A las dos semanas el paciente vuelve a consultar por epitrocleitis que cede con analgesia y reposo.

Tras dos meses asintomático el paciente presenta episodio de ototubaritis, siendo valorado por otorrinolaringólogo de guardia el cual pauta corticoterapia y ciclo antibiótico con cefuroxima. Tras la toma de cefuroxima aparece exantema eritematoso anular en el cuello y tronco, no pruriginoso, por lo que ante

la duda de posible reacción alérgica se le deriva a consultas de Alergología para valoración.

En marzo del 2024 el paciente acude de nuevo a consulta quejándose de dolor generalizado, principalmente en cara anterior de ambas piernas, de forma alternante. Dado que el paciente había consultado, en múltiples ocasiones, por dolores articulares alternantes e inespecíficos decidimos ampliar historia para poder filiar el origen. Cuando profundizamos en la anamnesis el paciente añade sudoración nocturna de 15 días de evolución, además de febrícula que había relacionado con proceso viral previo. Niega lesiones cutáneas en cavidad oral o región genital, así como relaciones sexuales de riesgo tanto por su parte como por la de su pareja. Niega clínica gastrointestinal, miccional u oftalmológica.

A la exploración física destacan adenopatías laterocervicales y axilares bilaterales de características reactivas además de lesiones residuales exantemáticas en cuello y tronco. Presentaba leve tumefacción en cara anterior de ambas piernas sin otro signo flogótico, con sospecha de osteosinovitis tibial. Resto de exploración sin hallazgos.

A pesar de la negativa del paciente frente a relaciones sexuales de riesgo, se decide ampliar estudio con analítica y serologías, con previo consentimiento del paciente, con los siguientes resultados:

- Proteína C reactiva elevada.
- Serología *Treponema pallidum*: Anticuerpos IgG+IgM Positivos. RPR: Positivo suero 1/32. TPPA: Positivo.

Con esto, el juicio clínico es de infección por Sífilis diseminada. Se informa al paciente del resultado y se inicia tratamiento. Dado que el paciente estaba

pendiente de estudio por parte de Alergología de posible alergia a penicilinas, se optó por tratamiento con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 2 semanas, con resolución tanto de lesiones cutáneas como de dolores óseos y disminución de adenopatías. Se realiza además estudio a la pareja, y se decide derivar a Medicina Interna para completar estudio.

Una vez en consulta de Medicina Interna, y tras valoración integral, se diagnostica finalmente al paciente de artralgias migratorias con relación a Sífilis secundaria diseminada.

REVISIÓN

La Sífilis es una enfermedad infecciosa, predominantemente de contagio por vía sexual, que en los últimos años ha ido aumentando su incidencia. Conocida además como “la gran simuladora” pues su presentación es polimorfa y puede afectar a cualquier órgano².

Se trata de una infección sistémica que alterna períodos sintomáticos, generalmente cortos, y períodos asintomáticos de duración variable lo cual complica en cierto modo su diagnóstico si no se presta atención a los signos y síntomas característicos².

El *Treponema pallidum* penetra por las mucosas intactas o por la piel lesionada, alcanza el sistema linfático y se disemina a todo el organismo por vía sanguínea. Según las manifestaciones clínicas se dividen clásicamente en: sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis latente (precoz y tardía) y sífilis terciaria.

La lesión primaria de la sífilis (**sífilis primaria**) es el chancre, que aparece en el lugar de inoculación aproximadamente a las 3 semanas después del contagio. El 80% de los chancros asocian adenopatías,

el chancre cura al cabo de tres a seis semanas, sin lesión residual mientras que la adenopatía persiste un poco más^{3,4}.

Después de un período asintomático se sucede la **sífilis secundaria**, siendo la fase sintomática de la diseminación hematogena y linfática. Se manifiesta en forma de brotes. Frecuentemente consiste en lesiones cutáneas tipo exantema maculoso, así como afectación mucosa con enantema difuso preferentemente en cavidad oral (paladar, úvula y amígdalas). A esto, se añade sintomatología constitucional con febrícula, linfadenopatía y artralgias; y, en ocasiones, afectación musculoesquelética con sinovitis y periostitis, entre otros muchos síntomas³.

La **sífilis latente** se define como la sífilis con serologías positivas, pero sin manifestaciones clínicas de la enfermedad que no implica una falta de progresión de la enfermedad. Se divide en sífilis latente **precoz** (primer año después de la infección) y sífilis latente **tardía** (después del primer año de la infección)^{3,4}.

Finalmente, la enfermedad evoluciona a **sífilis terciaria** donde la patogénesis común a todas ellas es la endarteritis y la periarteritis de los vasos pequeños y medios, destacando la afectación cardiovascular como la aortitis y la Neurosífilis con afectación tanto meníngea, generalmente presentada durante los primeros años tras la infección, como parenquimatosa (parálisis), desarrollada entre los 10 y 30 años tras la infección^{3,5}.

Para su diagnóstico precisamos de estudio serológico. Actualmente disponemos de dos tipos de pruebas: Treponémicas (positivas durante toda la vida) y No treponémicas o Reagénicas, que alcanzan títulos máximos al año o dos años de la infección y luego descienden progresivamente manteniendo títulos bajos². (Tabla 1).

Figura 1. Interpretación serológica

INTERPRETACIÓN	No treponémicas (Reagénicas)	Treponémicas
SÍFILIS PRIMARIA	Negativos/positivo bajo	Positivo
SÍFILIS SECUNDARIA	Positivo	Positivo
LATENCIA	Negativo	Positivo
SÍFILIS TERCIARIA	Positivo	Positivo

El tratamiento específico que se basa en la utilización de penicilina G administrada por vía parenteral. La dosis y el tiempo de administración dependerán del estadio y manifestaciones clínicas de la enfermedad. Como alternativas al tratamiento con penicilinas (alérgicos, imposibilidad de la administración intramuscular), se han propuesto tratamientos con ceftriaxona intravenosa o subcutánea y doxiciclina oral con administración diaria de manera prolongada^{2,6}.

Dado que el paciente consultó en numerosas ocasiones con sintomatología inespecífica, el diagnóstico diferencial en este caso fue muy amplio, incluyendo tanto patologías infecciosas como enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que el paciente negaba

la práctica de relaciones de riesgo, se consideró el despistaje de la infección luética y tras la realización de las serologías, se obtuvo el diagnóstico final.

PUNTOS CLAVE

- El diagnóstico precoz de la sífilis ayuda a prevenir posibles secuelas permanentes siempre y cuando se realice tratamiento adecuado.
- Dado el aumento de incidencia en la población joven, es importante realizar despistaje a pesar de que el paciente niegue actividad sexual de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. Lancet. 2023;402(10398): 336–46.
2. García Delicado E, Penalba Torres M. Infecciones de transmisión sexual. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica del Hospital 12 de Octubre [Internet]. 9^a. Content Ed Net; 2024. Available from: <https://profesionales.msd.es/manual-12-de-octubre/enfermedades-infecciosas/infecciones-de-transmision-sexual/>
3. Casabona I, Barbarà J, AU - Alsina Gibert M, AU - Matas Andreu L, AU - Blanco Arévalo JL, ED - von Domarus A, ED - Farreras P, et al. Infecciones de transmisión sexual. In: Farreras Rozman Medicina Interna [Internet]. 2020. p. 2442–9. Available from: <https://www.clinicalkey.com/student/content/book/3-s2.0-B9788491135456003112>
4. López JL, Frasquet J. Sifilis: Una Revisión Actual. Control Calidad, SEIMC. 2003; 6.
5. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Jama. 2022;327(9): 870–1.
6. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. N Engl J Med. 2020; 382(9): 845–54.

ABSTRACT

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

2. CUIDADO CON LOS “RED FLAG” EN UNA CEFALEA

- Pérez Santos S¹, Domínguez Mateos S¹, Álvarez Aragoneses Y¹.
Médicos de familia. CS Arroyomolinos (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria (AP). A continuación, exponemos un caso clínico de cefalea secundaria y realizamos una breve revisión sobre el abordaje de la cefalea en AP.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 50 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual. Acude a consulta de su médico de AP, refiriendo cefalea desde el día anterior. Cuenta que, al incorporarse tras estar agachado, presentó un episodio de cefalea occipital y cervicalgia súbitas e intensas, desde la nuca hasta el final de la columna, asociando parestesias en ambos brazos de segundos de duración. Refiere que la intensidad de la cefalea fue alta solo durante unos minutos, aunque persistió todo el día. La cefalea se alivia parcialmente con ibuprofeno, empeora en decúbito supino y maniobras de Valsalva, y no le ha dejado conciliar el sueño. Asocia náuseas sin vómitos. El paciente niega otra sintomatología neurológica o a otros niveles, así como presentar cefalea de forma habitual.

El paciente presenta buen estado general, estando hemodinámicamente estable y afebril. Está consciente y orientado en las tres esferas, sin alteraciones del lenguaje, de la marcha, coordinación, fuerza o sensibilidad. No presenta signos meníngeos ni ninguna otra alteración a nivel neurológico. Resto de exploración física sin alteraciones.

A pesar de no tener focalidad neurológica en la exploración y presentar buen estado general, al presentar cefalea de inicio súbito con datos de alarma, nos planteamos como diagnóstico diferencial hemorragia intracranegal, ictus o disección arterial cervical.

Se deriva al paciente a Urgencias Hospitalarias, donde se realiza tomografía axial computerizada (TAC)

craneal con hallazgo de hemorragia subaracnoidea (HSA). El paciente ingresa a cargo de Neurocirugía presentando buena evolución posterior.

REVISIÓN DEL TEMA

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en AP¹. La mayoría de las cefaleas se deben a causas primarias, es decir, no están producidas por ninguna lesión cerebral. Dentro de las cefaleas primarias, las más frecuentes son la migraña y la cefalea tensional.

El resto de las cefaleas son cefaleas secundarias, es decir, producidas por algún tipo de alteración o patología cerebral, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida del paciente. Sin embargo, es raro que una patología cerebral grave se manifieste únicamente como cefalea y no presente otros síntomas acompañantes². Las causas más frecuentes de cefalea secundaria son infarto cerebral, hemorragia cerebral e infección del sistema nervioso central (meningitis o encefalitis)².

A la hora de abordar una cefalea en la consulta de AP se debe saber reconocer las posibles cefaleas secundarias. Para ello se debe realizar una adecuada anamnesis y exploración física:

- **Anamnesis:** antecedentes personales y familiares, edad de inicio de la cefalea, perfil temporal (por la mañana al despertar, interrumpe el descanso nocturno, es vespertina), instauración súbita o progresiva, duración, localización (hemicraneal, holocraneal, retroocular, en banda, etc), intensidad, características del dolor (opresivo, pulsátil, punzante, etc), síntomas acompañantes (náuseas, vómitos, fiebre u otros síntomas neurológicos), si hay algún elemento que alivie o empeore la cefalea, si hay respuesta a analgésicos. En caso de que el paciente ya presente previamente cefalea hay que preguntarle si las características del dolor han cambiado. Además, es fundamental

descartar la presencia de síntomas de alarma (ver tabla 1)³.

- Exploración física.** Se recomienda medir las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno basal, glucemia en caso de pacientes diabéticos), realizar una exploración general básica y

una exploración neurológica (buscar posibles alteraciones en la función motora, sensitiva, cerebelosa, los pares craneales, la visión y la presencia de signos meníngeos). También, en función de la sospecha clínica, se recomienda palpar los pulsos de las arterias temporales y si hay dolor a nivel de los senos maxilares y de las articulaciones temporomandibulares³.

Tabla 1. Elaboración propia a partir de referencias^{2,3,4}

Síntomas y signos de alarma en una cefalea		Patología a descartar
Inicio	Súbito (se llega a la máxima intensidad en segundos / minutos).	HSA, disección carotídea o vertebral, trombosis de senos venosos, emergencia hipertensiva, apoplejía hipofisaria.
	Inicio en mayores de 40 – 50 años	Arteritis de células gigantes, neoplasias.
	Reciente, progresiva, no mejora con analgésicos.	Lesión intracranal ocupante de espacio Hipertensión intracranial
	Cambio patrón de cefalea crónica.	
Antecedentes personales	Neoplasia previa	Lesión intracranal ocupante de espacio
	Inmunosupresión	Infección sistema nervioso central (SNC), lesión intracranal ocupante de espacio.
	Traumatismo craneoencefálico	Hemorragia intracranial
	Embarazo / puerperio ⁴	Trombosis venosa cerebral, ictus isquémico, preeclampsia/eclampsia, hipertensión intracranial idiopática.
Datos de organicidad	Interrumpe el sueño nocturno	Lesión intracranal ocupante de espacio Hipertensión intracranial
	Empeora con maniobras de Valsalva	
	Empeora en decúbito	
	Empeora con el esfuerzo	
Signos/síntomas acompañantes	Fiebre, signos meníngeos	Infección SNC, hemorragia subaracnoidea, emergencia hipertensiva.
	Cualquier focalidad neurológica (incluye disminución nivel de conciencia, crisis comiciales).	Infarto cerebral, hemorragia cerebral, tumor cerebral.
	Papiledema	Hipertensión intracranial

En caso de que el paciente presente signos y/o síntomas de alarma en la anamnesis y la exploración física, está indicado realizar un TAC craneal urgente para descartar patología intracranal potencialmente grave². Además, en caso de que se sospeche que la cefalea del paciente se debe a patología sistémica, se solicitará analítica de sangre completa. En caso de que se sospeche arteritis de células gigantes debemos pedir velocidad de sedi-

mentación glomerular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)³.

En resumen, como médicos de familia debemos realizar una buena anamnesis y exploración física que permita reconocer datos de alarma en una cefalea, para poder realizar una prueba de neuroimagen urgente y así evitar que patologías que pueden poner en peligro la vida del paciente pasen desapercibidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. López-Bravo et al. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. *Neurología* [Internet] 36 (2021) [Consultado 22 junio 2024] 597—602. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531830183X>
2. Belvís Nieto R, et al. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2022.
3. Gómez Cibeira E, Ayuso García B, Martínez Salio A. Cefaleas y algias craneofaciales. En: Suárez Pita D, editor. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8^a edición. Madrid: MSD; 2016. p1429-1442.
4. N. González-García et al. Cefalea: embarazo y lactancia. Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN). *Neurología* [Internet] 37 (2022) [Consultado 22 junio 2024] 1—12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-cefalea-embarazo-lactancia-recomendaciones-del-S021348531930009X>.

ABSTRACT

3. EXPERIENCIA TITERES Y MARIONETAS, UNA HERRAMIENTA PARA APRENDER Y DIFUNDIR CONCEPTOS DE SALUD

■ Calvo Trujillo S.¹, Sánchez Jiménez C.¹, Alcalá del Olmo M.A.² y Grupo de EPS del CS Carabanchel Alto³.

⁽¹⁾ Especialista Medicina Familiar y Comunitaria CS Carabanchel Alto de Madrid.

⁽²⁾ Especialista Medicina Familiar y Comunitaria CS Dr Trueta. Alcorcón Madrid.

⁽³⁾ Grupo Eps CS Carabanchel Alto.

OBJETIVOS

Aprender conceptos básicos de salud.

Explicar los conceptos de salud aprendidos en el taller utilizando herramientas como títeres y marionetas sencillas para un público con diversidad funcional.

DESCRIPCIÓN

Una asociación del barrio de Carabanchel que trabaja la inclusión y la integración de distintas generaciones y capacidades en actividades comunes nos invitaron a participar en una Jornada como parte de un proyecto sobre “Mi película mi barrio”, que cuenta con subvención europea (ERASMUS), con el que se realizan pequeñas películas sobre escenarios diferentes y uno de los elegidos fue trabajar temas de salud. Nos embarcamos en esta aventura y realizamos un taller cuyos contenidos fueron consensuados entre ellos y los docentes del Centro de Salud (CS).

Se realizaron un conjunto de 4 talleres simultáneos en dos tandas de una hora cada uno para trabajar temas de actualidad como los mitos de las bebidas refrescantes, conocer los efectos del vapeo y si es correcto utilizarlo en la deshabituación tabáquica, estrategias y recursos para evitar la soledad no deseada e información sobre lo que desconocemos sobre la higiene de manos como el papel del lavado de muñecas y uñas. Los asistentes se distribuyeron en cada una de las mesas, que eligieron según preferencias, con un total de 6 personas por mesa.

Los 50 participantes de los dos grupos abarcaban un espectro de población de distintas edades: adolescentes, algunos con trastornos de atención, pacientes de salud mental y mayores de 65 años, incluidas personas con deterioro cognitivo. A los participantes se les distribuyó en las 4 mesas y se les pidió que, tras darles la información de 15 minutos de duración sobre el tema elegido, realizaran una escenificación con una

duración entre 2 a 3 minutos, en las que tenían que transmitir los dos mensajes más importantes que habían trabajado junto con los profesionales del Centro de Salud (médico de familia y residente, trabajadores sociales, enfermería y estudiantes) utilizando las marionetas y títeres que crearon usando los modelos que se realizaron previamente en el Equipo de Educación para la Salud e Intervención Comunitaria.

El grupo de adolescentes se encargaron de hacer la presentación de cada una de las escenas preparadas por cada grupo y de realizar una filmación de la exposición teatral de cada una de las actuaciones. Toda la actividad realizada se materializó en una comunicación en formato póster oral que se presentó en el Congreso de la SoMaMFyC 2024, recibiendo el primer premio en esa categoría.





Fotos tomadas en el taller con consentimiento de los participantes.

CONCLUSIONES

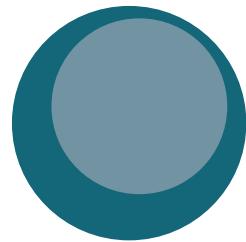
Se recogieron las impresiones de los participantes, los cuales expresaron que la experiencia les pareció divertida, tanto la propuesta como la presentación de sus actuaciones de los conceptos básicos aprendidos en cada uno de los talleres.

Se consiguió que una población con diversidad funcional se implicara en la actividad, aprendiendo sobre

temas actuales y manteniendo la atención con el objetivo de poder devolver lo aprendido en un formato que nos entretuvo a todos.

APLICABILIDAD:

Se ha realizado en un entorno cercano, como es su/nuestro barrio. Se tiene pensado difundir y repetir tras los positivos comentarios recibidos por los distintos grupos sobre la experiencia vivida.



ABSTRACT

4. EL INICIO INESPERADO: ABORDAJE DEL DEBUT DIABÉTICO

■ Beltrán Ledezma R¹. Almanzar Montero E². Angulo García C³.

(¹) Médico residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud Las Calesas.

(²) Médico residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud Los Ángeles.

(³) Médico residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud Orcasitas.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, hiperglucemia, polidipsia

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una patología que afecta al 14.8% de la población española, afecta a uno de cada siete adultos y es la segunda tasa más alta de Europa. Un 30% de las personas diabéticas en España no tienen diagnóstico establecido y cuando esta patología no se detecta o no se trata de manera adecuada, puede causar complicaciones potencialmente mortales¹.

Se describe el caso de un paciente diabético no conocido, con clínica compatible con diabetes mellitus, niveles de glucemia elevados, sin tratamiento ni conocimiento de su enfermedad cuyo interés radica en el enfoque diagnóstico de un debut diabético.

CASO CLÍNICO

Varón, 47 años, antecedentes de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia y fumador (índice paquetes-año de 90).

Consulta por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por astenia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso no cuantificada (que percibe en la talla de ropa) y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. La exploración física no presenta datos reseñables.

Se realiza glucemia capilar con resultado de “HIGH”, lo que se traduce en un valor superior a 500 mg/dl, así pues, administramos 10 unidades de insulina rápida y movilizamos transporte sanitario para trasladar al paciente a urgencias hospitalarias para completar estudio de la hiperglucemia (diagnóstico diferencial entre cetoacidosis e hiperglucemia hiperosmolar) y tratamiento de la misma.

Respecto a las pruebas complementarias, se realiza gasometría venosa con acidosis metabólica, pH 7,50, HCO3 19, y glucemia indeterminada, analítica sanguínea con glucemia de 720 mg/dl, colesterol de 265 mg/dl, elevación de triglicéridos de 1854 mg/dl, índice de lipemia de 278; función renal y hepática normales, iones en rango, no elevación de reactantes de fase aguda. Analítica de orina con glucosuria de 500 mg/dl con cetonas. Además, se realiza radiografía de tórax y electrocardiograma sin alteraciones.

Ante el juicio de debut diabético en el contexto de cetoacidosis diabética, con los hallazgos clínicos y analíticos descritos, se inicia tratamiento con perfusión intravenosa de insulina, consiguiendo glucemia de 200 mg/dl aproximadamente en un lapso de 12 horas desde el inicio. Ante buena evolución clínica y analítica, se procede a la alta domiciliaria con 20 unidades de insulina lenta diaria, con pauta de ajuste de insulina rápida según perfiles glucémicos y Ezetimiba 10 mg diarios, remitiendo al paciente al centro de salud, para educación diabetológica, reforzando adherencia terapéutica y control de factores de riesgo cardiovascular.

DISCUSIÓN

La clínica de la diabetes mellitus incluye una variedad de síntomas y signos que resultan de la hiperglucemia crónica², estos incluyen:

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Pérdida de peso inexplicada (IMC normal o bajo)
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones frecuentes
- Cicatrización lenta
- Parestesias en manos o pies

En casos graves, pueden presentarse complicaciones agudas como:

- Cetoacidosis diabética (CAD): Caracterizada por náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración rápida y profunda, y olor a fruta en el aliento.
- Síndrome hiperosmolar hiperglucémico (SHH): Caracterizado por niveles extremadamente altos de glucosa en sangre, deshidratación severa, alteraciones del estado mental, y puede llevar al coma³.

A largo plazo, la diabetes mellitus puede causar complicaciones crónicas como:

- Retinopatía diabética.
- Nefropatía diabética.
- Neuropatía diabética, puede causar dolor, entumecimiento y debilidad.
- Enfermedad cardiovascular, mayor riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica.
- Pie diabético.

La identificación y manejo temprano de estos síntomas y complicaciones son cruciales para prevenir daños severos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

El diagnóstico de diabetes mellitus se basa en la detección de niveles elevados de glucosa en sangre. Los criterios diagnósticos incluyen:

1. **Glucosa plasmática en ayunas:** $\geq 126 \text{ mg/dL}$.
2. **Prueba de tolerancia a la glucosa oral:** Glucosa plasmática $\geq 200 \text{ mg/dL}$ 2 horas después de una carga de 75 g de glucosa disuelta en agua.

3. Hemoglobina A1C: $\geq 6.5\%$.

4. Glucosa plasmática aleatoria: $\geq 200 \text{ mg/dL}$ en pacientes con síntomas cardinales de hiperglucemia o crisis hiperglucémica.

Es necesario confirmar los resultados anormales en una segunda ocasión, excepto cuando haya una presentación inequívoca de hiperglucemia con síntomas agudos.

TRATAMIENTO:

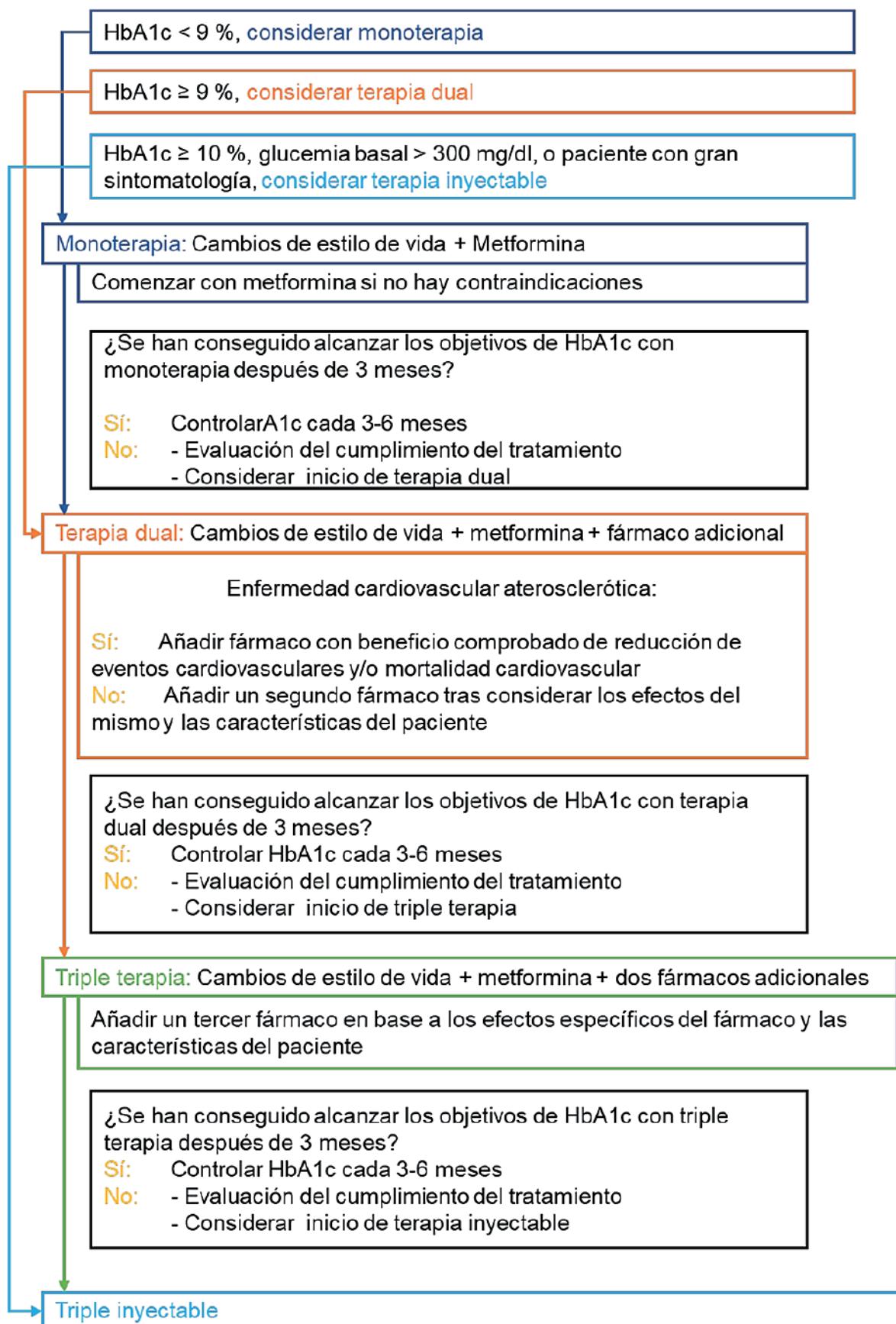
El objetivo del tratamiento es mantener niveles de glucosa en sangre dentro de un rango normal para prevenir complicaciones a corto y largo plazo³.

En el momento del diagnóstico, se debe iniciar cambios del estilo de vida y establecer un objetivo HbA1c e iniciar terapia farmacológica en función de la HbA1c³.

El algoritmo de tratamiento antihiperglucémico en adultos con DM2 se puede observar en la Figura 1.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente con síntomas cardinales de diabetes mellitus, que en el caso clínico expuesto son: polidipsia, poliuria y pérdida de peso debemos sospechar y descartar diabetes mellitus, especialmente teniendo en cuenta las complicaciones agudas (cetoacidosis e hiperglucemia hiperosmolar) enfatizando especialmente desde la consulta de Atención Primaria en la educación diabetológica y la adherencia terapéutica.

Figura 1: Algoritmo de tratamiento antihiperglucémico en adultos con DM2⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa [Internet]. Sediabetes.org. [citado el 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/comunicacion/sala-de-prensa/espana-es-el-segundo-pais-con-mayor-prevalencia-de-diabetes-de-europa/>
2. Gutiérrez MH, Pérez RP. Diabetes mellitus manejo a largo plazo. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 9^a ed. Madrid; 2022. p. 734-754.
3. Ignacio AM, Yasmín DH. Diabetes mellitus tipo (DM2) en atención primaria. Barcelona: SEMG; 2018. p. 1-10.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018;1(2018): S1-159.

ABSTRACT

5. “DOCTORA CADA DÍA ME CANSO MÁS...”

- Palacio Manchón M, Plumed Velilla M., Silvestre Clemente P.
Residentes de Segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Ciudades (Getafe).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad intersticial pulmonar difusa (EPID) constituye un grupo heterogéneo de trastornos con unas manifestaciones fisiopatológicas, clínicas y radiológicas similares que afectan al intersticio pulmonar principalmente. La clasificación de estas enfermedades depende de la histología y de la etiología, pudiendo dividirse grosso modo entre aquellas granulomatosas vs aquellas que cursan con inflamación y/o fibrosis. El diagnóstico y el manejo de los pacientes con EPID suponen un reto para la práctica clínica habitual, y desde Atención Primaria es imprescindible tener en mente esta patología como diagnóstico diferencial ante el paciente con disnea.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años, NRAMC, con antecedentes personales de DM2 en tratamiento con Metformina, dislipemia en tratamiento con Atorvastatina, lumboartrosis en tratamiento con Tramadol/Paracetamol y pénfigo ampolloso actualmente sin tratamiento. Consulta por astenia progresiva y disnea de esfuerzos moderados asociando pérdida ponderal de 4kg, hiporexia y diarrea sin productos patológicos de varios meses de evolución. Niega dolor abdominal ni transgresiones dietéticas o farmacológicas. Afebril en todo momento.

En la exploración física presenta abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. La auscultación cardiaca es rítmica sin soplos. Destaca una auscultación pulmonar con presencia de crepitantes secos bibasales. No se evidencian acropaquias y la saturación basal es del 96%. En miembros inferiores no presenta edemas.

Rehistoriando a la paciente, refiere antecedentes familiares de una hermana fallecida por fibrosis pulmonar y además comenta hábito tabáquico activo desde hace 40 años (Índice paquetes/año 20). Niega ortopnea ni otros síntomas de insuficiencia cardiaca. Niega antecedentes laborales de interés.

Se realiza Ecografía Clínica Pulmonar en consulta de Atención Primaria donde destaca patrón de líneas B

heterogéneo con irregularidad de la línea pleural, con alta sospecha de patología alveolointersticial de origen no cardiogénico (*Imagen 1*).

Se solicita radiografía de tórax donde se evidencian signos de bronconeumopatía crónica.

En este sentido, se remite a la paciente a Neumología para completar estudio con la sospecha diagnóstica de Probable Neumopatía intersticial, además de explorar su motivación para el cese del hábito tabáquico y de concertar una cita con enfermería para iniciar su deshabituación. Por otra parte, se suspende tratamiento de Metformina que se había iniciado hacia dos meses por sospecha de intolerancia gastrointestinal y se sustituye por Sitagliptina de manera que cesa la diarrea.

En Neumología se realizaron pruebas de función respiratoria y test de la marcha sin alteraciones. El estudio de autoinmunidad fue negativo. En la fibrobroncoscopia y LBA no se hallaron alteraciones reseñables. El TC-Toracoabdominal evidenció afectación bilateral difusa de predominio basal demostrándose tenues opacidades en vidrio deslustrado y engrosamiento intersticial, sin apreciarse bronquiectasias de tracción ni áreas de panalización (*Imagen 2*).

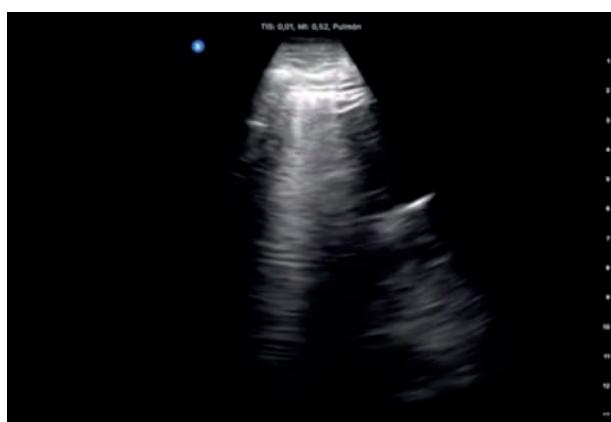


Imagen 1. En la parte izquierda de la imagen se evidencia patrón de líneas B con irregularidad en línea pleural.

* *Imágenes con consentimiento del paciente.*

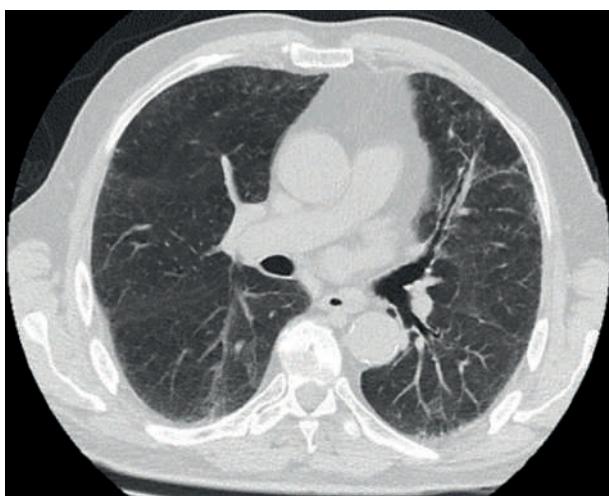


Imagen 2. Imagen de TC torácico donde se muestra afectación bibasal con patrón en vidrio deslustrado y engrosamiento intersticial.

* *Imágenes con consentimiento del paciente.*

Con todo ello, se diagnostica de Probable Neumopatía Intersticial tipo NINE. Actualmente está pendiente de realizar ECOTT, TACAR y biopsia para completar el estudio.

REVISIÓN

La anamnesis y la exploración física constituyen el pilar fundamental sobre el que se sustenta la sospecha de enfermedad pulmonar intersticial. Asimismo, es importante indagar sobre los antecedentes laborales, familiares y epidemiológicos que intervienen en la patogénesis de este tipo de procesos, así como en los tratamientos farmacológicos y hábitos tóxicos de nuestros pacientes.

Las EPID pueden presentar una sintomatología variada cuya duración, gravedad y progresión es determinante. Entre los síntomas principales destaca la disnea, cuya caracterización a veces es complicada dada su progresiva instauración, siendo muy útil en el seguimiento clínico de estos pacientes. La tos seca se erige como un síntoma común. La presencia de hemoptisis, sibilancias y dolor torácico constituyen otras posibles manifestaciones clínicas de este grupo heterogéneo de enfermedades. Es importante atender a posibles síntomas y signos extrapulmonares dada

su presencia concomitante con procesos sistémicos como diversas enfermedades reumatólogicas.

La exploración física, por su parte, suele ser inespecífica. Los crepitantes secos o "en velcro" suelen estar presentes en la mayoría de las formas de EPID. La ausencia de acropaquias no descarta la presencia de enfermedad, siendo éstas una manifestación tardía de la misma¹

Una vez establecida nuestra sospecha diagnóstica, podemos solicitar diversas pruebas complementarias orientadas a ello:

- Analítica sanguínea: evaluando función hepática y renal, hemograma completo, creatin quinasa y parámetros reumatólogicos en función de los hallazgos clínicos presentados.
- Pruebas de imagen: la ecografía clínica es una herramienta muy accesible que puede ser de gran ayuda para complementar al proceso diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria, donde la presencia de líneas B de origen no cardiógeno apoyarían nuestra sospecha. Una radiografía de tórax puede formar parte de las pruebas iniciales a realizar. Por su parte, la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) constituye la prueba de elección para la evaluación de las EPID y su correspondiente diagnóstico diferencial.
- Electrocardiograma: para valorar la presencia de enfermedad cardiaca concurrente o hipertensión pulmonar asociada.
- Otras pruebas más específicas de interés en el proceso diagnóstico son la realización de pruebas de función pulmonar, el lavado broncoalveolar y la biopsia de pulmón².

Por todo ello, consideramos que la exploración física exhaustiva debe formar parte de nuestra sistemática de trabajo independientemente del motivo de consulta. La ecografía clínica es un recurso altamente accesible que puede ser de gran beneficio para apoyar nuestras sospechas diagnósticas. Una vez más se demuestra que la Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Sanitario y resulta clave en el proceso diagnóstico y de seguimiento de múltiples patologías con gran repercusión clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Talmadge E King, Jr, MD. Approach to the adult with interstitial lung disease: Clinical evaluation [Internet]. Kevin R Flaherty, MD, MS, editor. UpToDate. 2022 [cited 2024 Jun 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-clinical-evaluation?search=enfermedad%20pulmonar%20intersticial%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
2. Talmadge E King, Jr, MD. Approach to the adult with interstitial lung disease: Diagnostic testing [Internet]. Kevin R Flaherty, MD, MS, editor. UpToDate. 2023 [cited 2024 Jun 26]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-interstitial-lung-disease-diagnostic-testing?search=enfermedad%20pulmonar%20intersticial%20&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

ABSTRACT

6. PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA, UTILIZANDO LOS CRITERIOS DE LESS-CHRON, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA

ORIGINAL. 1º Premio a la mejor comunicación oral en el XXXI Congreso de la SoMaMFyC

- Romero-Barzola, M. Y.^a; Garrido Barral, A.^b; Sierra-Santos, L^c; Martínez Esteban, C.^d; Grupo colaborativo: Less-Chron-AP
(^a) Médica de Familia. Médico del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112.
(^b) Médica de Familia del Centro de Salud Barrio del Pilar.
(^c) Médica de Familia del Consultorio San Agustín de Guadalix.
(^d) Médica de Familia del Centro de Salud Barrio del Pilar.

RESUMEN

Objetivos: determinar la prevalencia y los factores asociados a la prescripción inadecuada (PI) en pacientes diagnosticados de demencia, utilizando los criterios de LESS-CHRON (C-LC) (herramienta que identifica oportunidades de desprescripción en pacientes pluripatológicos)

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: 8 cupos de Atención Primaria (AP) de un centro urbano y un consultorio rural de la Comunidad de Madrid.

Población: pacientes de ≥ 65 años con diagnóstico de demencia.

Variables: edad, sexo, estadio de demencia, comorbilidad, índice de Barthel, pronóstico vital (índice de PROFUND), fármacos prescritos, número e identificación de los criterios LESS-CHRON cumplidos, fármacos susceptibles de ser desprescritos. Variable resultado: PI = cumplimiento de ≥1 criterio LC.

Método estadístico: Se contabilizo el número de C-LC cumplidos por paciente con lo cual se calculó la prevalencia de PI con su IC al 95% y para estudiar su asociación con otras variables se aplicaron las pruebas estadísticas de chi-cuadrado si la variable era cuantitativa y la T de Student si la variable era cuantitativa.

Resultados principales: De los 38 pacientes estudiados el 52,6 % tenían diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Según la escala de Pfeiffer 47,4% presen-

taban deterioro cognitivo severo y el 31,6% tenían deterioro global avanzado (GDS). Según el Índice de Barthel 86,8% tenían dependencia moderada-total y el índice de PROFUND mostraba que el 13,2% tenía un alto riesgo de fallecimiento al año.

En esta muestra la prevalencia de prescripción inadecuada fue de 73,68% (IC95% 59,02-88,35) siendo los fármacos más frecuentes las estatinas, los antihipertensivos, los antidepresivos y los anticolinesterásicos. La PI no está asociada con el sexo, con la edad, con el tiempo de duración de la enfermedad, ni con la comorbilidad, sin embargo, si está relacionado con la polifarmacia donde es 11,6 veces más frecuente. Las principales comorbilidades fueron hipertensión (76,3%), incontinencia urinaria (65,8%), diabetes (23,7%) y depresión (26,3%). La media de enfermedades por pacientes es de 3,2. El 89,5 % tienen polifarmacia y la media de fármacos por paciente es de 8.

Conclusiones: En una muestra diagnosticada de demencia se identificó, utilizando los CL-C, un porcentaje de PI muy alto y se observa una asociación directa con la polifarmacia.

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas y su prevalencia está en aumento por lo que se prevé que el número total de afectados alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050¹. En España su pre-

valencia global oscila entre el 4,3% y el 17,2% variando según la edad de la población que se tome como referencia ya que ésta aumenta de forma exponencial conforme presente mayor edad. El número de casos se situaba en 2017 en torno a los 500.000-600.000². Vega y col. aportan un dato relevante que es una prevalencia de deterioro cognitivo leve y demencia del 18% de los mayores de 65 años en siete comunidades autónomas, estando registradas en atención primaria previamente una prevalencia como demencia del 8%³.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la principal y en segundo lugar la demencia asociada a patología vascular. Otras causas frecuentes de demencia son la frontotemporal, la de cuerpos de Lewy y la asociada a la enfermedad de Parkinson.

La demencia tiene un carácter crónico y progresivo⁴, durante su curso entre el 20% y el 30% de estos pacientes presentan cambios de comportamiento⁵ y, si es institucionalizado, estos síntomas pueden aparecer hasta en un 80% de los mismos^{6,7}. Los síntomas que pueden presentar comprenden trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad y apatía), trastornos o síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones), comportamiento motor anormal (deambular, caminar errático o movimientos inapropiados) y comportamiento inapropiados (agitación, agresión, desinhibición o euforia).

Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de terapias no farmacológicas como primera opción terapéutica tras la primera aparición de estos síntomas o cuando el paciente presenta síntomas leves^{8,9}.

En cuanto al tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta que tienen eficacia limitada. Los fármacos específicos como los inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina son el tratamiento farmacológico para la EA. Los primeros están indicados en la EA leve a moderada, demencia por cuerpos de Lewy, demencia asociada a Parkinson y demencia mixta. No están indicados en demencia vascular y están contraindicados en demencia frontotemporal. La memantina está indicada en la EA moderada-severa sola o asociada a inhibidores de la colinesterasa (IACE)¹⁰.

Los fármacos para los síntomas psicológicos y de conducta son: neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas y antiepilepticos (carbamazepina, valproato, gabapentina).

Los pacientes con demencia suelen tener otras comorbilidades por lo que se debe contemplar las interacciones, farmacocinética y farmacodinamia al prescribir los nuevos fármacos.

Los pacientes con demencia presentan mayor riesgo de polimedication, prescripción inadecuada, interacciones, reacciones adversas a medicamentos (RAM) y pueden beneficiarse del proceso de la conciliación del tratamiento y de la desprescripción.

La desprescripción (DP) es un proceso de revisión y evaluación del plan terapéutico a largo plazo, que permite suspender, sustituir o modificar la dosis de fármacos, que fueron prescritos adecuadamente, pero que, bajo ciertas condiciones clínicas pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable¹¹. Debe asociar la monitorización de las variables de salud para evitar resultados negativos tras la retirada del fármaco y la consideración del pronóstico de vida del paciente como una condición relevante a la desprescripción de ciertos tratamientos¹².

Se han desarrollado una serie de herramientas para facilitar el proceso de desprescripción como los Criterios Beers, los Criterios de STOPP /START (Screening Tool of Older Persons Prescriptions/ Screening Tool to Alert to Right Treatment), el marco de desprescripción del grupo australiano, las guías de desprescripción del grupo canadiense y los Criterios STOPP-FRAIL (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy). ¹³⁻¹⁷

En España se han creado y validado los criterios de LESS- CHRON (List of Evidence baSed depreScribing for CHRONic patients), están compuestos por un total de 27 escenarios u oportunidades de desprescripción, que se organizan en 7 grupos farmacoterapéuticos: tracto alimentario y metabolismo (cuatro criterios); sangre y órganos hematopoyéticos (cuatro criterios); sistema cardiovascular (cuatro criterios); sistema genitourinario (cuatro criterios); sistema musculoesquelético (dos criterios); sistema nervioso (ocho criterios); sistema respiratorio (un criterio). Cada criterio se construyó a partir de cuatro ítems: indicación inicial del fármaco, situación clínica específica que ofreció la oportunidad de desprescribir el medicamento, variables de salud que serían monitorizadas para evaluar el impacto de la desprescripción en la salud del paciente y seguimiento (el tiempo mínimo que habría que monitorizar las variables de salud del paciente)¹⁸⁻²⁰. Ver tabla 1.

Tabla. Criterios de LESS CHRON. Modificada de Rodríguez-Pérez A et al. Validation of the LESS-CHRON criteria: reliability study of a tool for deprescribing in patients with multimorbidity. Eur J Hosp. Pharm. 2019 Nov. 26(6):334-338¹⁸. C: Criterio; ADOs: antidiabéticos orales; DBM: diabetes melitus; HbA1: hemoglobina glicada; IMC: índice de masa corporal; SCA: síndrome coronario agudo; HBP: hipertrofia benigna de próstata; GDS: escala de deterioro global.

MEDICAMENTO	INDICACIÓN INICIAL	CONDICIONES PARA DESPRESCRIPCIÓN	MONITORIZAR	SEGUIMIENTO
DIGESTIVO Y METABOLISMO				
C1 ADOs (excepto metformina)	Diabetes mellitus tipo 2	Edad ≥80 años ó Diabetes de >10 años de evolución, en tratamiento con insulina.	HbA1c < 8,5%	3 meses
C2 Acarbosa	Diabetes mellitus tipo 2	Más de un fármaco para la DBT. Enfermedad bien controlada.	HbA1c < 8,5%	3 meses
C3 Metformina	Diabetes mellitus tipo 2	IMC bajo y en tratamiento con insulina	Cambios en el peso	3 meses
C4 Suplementos de calcio/ vitamina D	Profilaxis de fracturas	Paciente incapaz de andar e Índice de Barthel <60	Nueva fractura	No
SANGRE				
C5 Anticoagulantes orales	Fibrilación auricular	Pfeiffer ≥8 y PROFUND ≥11	No	No
C6		Riesgo alto de caídas.		
C7 Aspirina	Prevención primaria	La edad como único factor de riesgo	SCA	No
C8 Clopidogrel + aspirina	Prevención de recurrencias del SCA	Más de 1 año con doble antiagregación: retire uno de ellos	SCA	3 meses
CARDIOVASCULAR				
C9 Antihipertensivos	Hipertensión arterial	Pacientes >80 años con presión sistólica <160 mmHg y más de un antihipertensivo: retire uno que no sea de primera línea	Presión arterial	3 meses
C10 Estatinas	✓ Prevención primaria	Edad ≥80 años	Eventos cardiovasculares	No
C11	✓ Prevención secundaria	Pfeiffer ≥8	Niveles de HDL y LDL	No
C12 Nimodipino	Profilaxis del deterioro neuroológico	Tratamiento a largo plazo (≥1 año)	Deterioro cognitivo	3 meses
GENITOURINARIO				
C13 Anticolinérgicos	Incontinencia urinaria	Uso de absorbentes.	Incontinencia	1 mes
C14		Empeoramiento de la demencia en pacientes en tratamiento con anticolinesterásicos		
C15 Bloqueantes alfa- adrenérgicos	HBP	Paciente asintomático o cuyos síntomas no afectan a su calidad de vida.	Síntomas de la HBP	2 meses
C16 Allopurinol	Prevención secundaria	>5 años sin ataques de gota	Ataque de gota	No

	MEDICAMENTO	INDICACIÓN INICIAL	CONDICIONES PARA DESPRESCRIPCIÓN	MONITORIZAR	SEGUIMIENTO
MUSCULoesQUELÉTICO					
C17	Bifosfonatos	✓ PrevenCIÓN primaria ✓ PrevenCIÓN secundaria	>5 años de tratamiento Paciente incapaz de andar	Nueva fractura Nueva fractura	1 años 6 meses
C18					
SISTEMA NERVIOSO					
C19	Haloperidol Risperidona Quetiapina	Delirio durante la hospitalización	Ausencia de alteraciones del comportamiento en el mes anterior	Cambios en el comportamiento. Agitación	1 mes
C20	Benzodiazepinas	Ansiedad	Ausencia de episodios ansiosos en el mes anterior	Ansiedad	1 mes
C21	Benzodiazepinas y fármacos Z (zolpidem/ zopiclona/ zalepón)	Insomnio	Ausencia de insomnio en el mes anterior	Sueño	1 mes
C22	Antidepresivos	✓ Depresión reactiva	Recuperación del humor basal tras al menos 6 meses de tratamiento.	Recurrencia de los síntomas depresivos	2 meses
C23		✓ Alteraciones del comportamiento.	Alzheimer avanzado GDS >6	Alteraciones del comportamiento en Alzheimer Agitación	2 meses
C24	Anticolinesterásicos	Alzheimer	En combinación con memantina: retire uno de los dos.	Alteraciones del comportamiento. Agitación	
C25			Alzheimer avanzado GDS >6 o no respuesta al tratamiento en el año anterior	Alteraciones del comportamiento. Agitación	2 meses
C26	Citicolina	Demencia vascular	Pfeiffer >8	Capacidades cognitivas y funcionales	3 meses
RESPIRATORIO					
C27	Mucolíticos y expectorantes	Enfermedad broncopulmonar	Estabilidad de la patología de base	Mucosidad. Capacidad respiratoria	1 mes

En los pacientes con enfermedades neurodegenerativas avanzadas, no existe un consenso unánime sobre cuáles pueden ser los medicamentos verdaderamente inapropiados o cuándo sería el mejor momento para retirarlos por lo que utilizando los C-LC, dirigidos a pacientes pluripatológicos y desarrollados en nuestro sistema sanitario, podríamos estimar la prevalencia de PI en la población diagnosticada de demencia e

identificar las oportunidades de desprescripción en busca de la optimización farmacoterapéutica.

ESQUEMA DEL ESTUDIO

Este trabajo siguió para su realización según el algoritmo de la figura 1

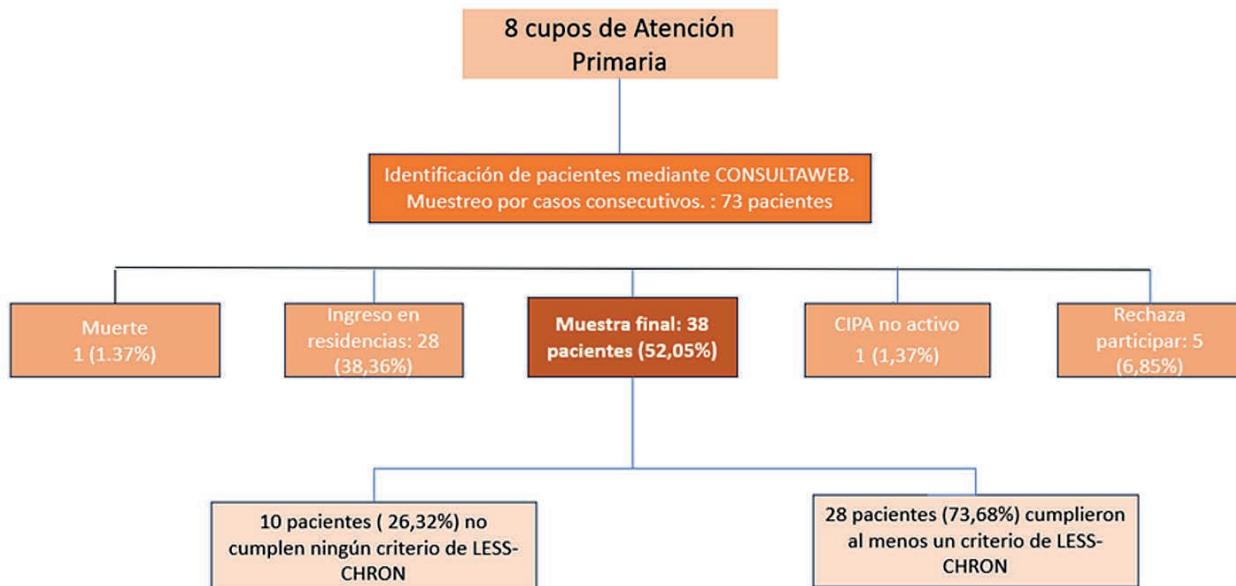


Figura 1. Esquema del estudio

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional transversal realizado a partir de la explotación informatizada de la Historia Clínica de AP y la entrevista clínica del paciente. Realizado en el Centro de Salud Barrio del Pilar de Madrid y el Consultorio de San Agustín de Guadalix.

Criterios de inclusión: Pacientes ≥ 65 años con diagnóstico de demencia (código P70 en AP-Madrid o tener prescrito alguno de los siguientes fármacos: rivastigmina, galantamina, donepezilo y/o memantina), que en el momento de la inclusión pertenecían a uno de los centros sanitarios referidos y en tratamiento con al menos un fármaco incluido en la herramienta LESS- CHRON.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, pacientes desplazados de otras comunidades autónomas y paciente terminales.

Selección de la muestra: Teniendo en cuenta que la población ≥ 65 años adscrita es de 11 300, y aplicando una prevalencia de demencia en este grupo etario de 10% se estimó una población diana de 1130 personas con demencia. Para un nivel de confianza de 95%, asumiendo una prevalencia esperada de PI del 77 %²¹,

una precisión del 5% y pérdidas estimadas del 5% se calculó un tamaño de muestra de 231 pacientes. La muestra se obtuvo a partir de los listados de pacientes con demencia (registro P70 del CIAP_2 o tener prescrito alguno de los siguientes fármacos: rivastigmina, galantamina, donepezilo y/o memantina) utilizando la aplicación Consulta Web. A partir del listado de todos los sujetos que cumplían criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión se obtuvo la muestra utilizando la selección de casos consecutivos. En la muestra inicial se incluyeron 73 pacientes de los cuales 38 (52,05%) accedieron a participar en el estudio, 1 (1,37%) falleció en el tiempo entre que se lo identificó y se inició el estudio, 28 (38,36%) ingresaron en residencias y no se les pudo realizar los tests para identificar el deterioro funcional, cognitivo y de pronóstico de vida, 1 (1,37%) se inactivo su CIPA y no se pudo contactar y 5 (6,85%) no quisieron participar. Ver figura 1

Los C-LC (ver TABLA 1) se evaluaron realizando primero una revisión de la historia clínica y luego con una entrevista, personal o telefónica, con el paciente o cuidador para cumplimentar los datos que faltaban.

Variables:

- Sociodemográficas: edad y sexo.
- Clínicas: grado de deterioro cognitivo medidos por escala de Pfeiffer y GDS, comorbilidades incluidas en los criterios LESS-CHRON, depen-

dencia para la realización de las actividades de la vida diaria (índice de Barthel) y pronóstico vital (índice PROFUND²², tabla 2).

Tabla 2. Índice PROFUND. Modificada de Bernabeu-Wittel M. et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med. 2011 Jun ;22(3):311-317²² Niveles de riesgo de muerte: Bajo (0-2 puntos), medio (3-6 puntos), alto (7-10 puntos), muy alto (11-30 puntos). **NYHA: New York Heart Association; MRC: Medical Research Council

CRITERIOS	PUNTOS
Edad ≥ 85años	3
Neoplasia activa	6
Demencia	3
Clase funcional III/IV NYHA/MRC	3
Delirio en el último internamiento	3
Hemoglobina < 10 g/dl	3
Barthel <60	4
No hay cuidadores o cuidadores diferentes del esposo.	2
≥ 4 internaciones en el último año	3
TOTAL	

- Tratamiento farmacológico: número de fármacos prescritos en el momento de la inclusión, número de fármacos susceptibles de ser desprescritos (oportunidades de desprescripción) y grupo farmacológico al que pertenecen, número e identificación de los criterios LESS-CHRON potencialmente aplicables.

Variables resultado

- Variable principal: porcentaje de pacientes con prescripción inadecuada definido como paciente que cumple al menos un criterio LESS -CHRON.
- Variables secundarias: Prevalencia de polifarmacia definida como tener prescritos más de cinco fármacos²³. Grado de prescripción inadecuada definida como el número de criterios LESS -CHRON cumplidos en cada paciente. Perfil de fármacos responsables de prescripción inadecuada.

Análisis estadístico: Se identificó la PI a través de la revisión de los C-LC y se contabilizó el número de criterios cumplidos por paciente. Se calculó y estimó la prevalencia de PI con su IC al 95%. Dado que la variable principal del estudio (PI) es dicotómica para estudiar su asociación con otras variables se aplicó las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado si la variable era cualitativa y la T de Student si la variable era cuantitativa. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas y relativas (%) y las variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media o mediana si la distribución no es normal) y dispersión (DS y rango intercuartílico si la distribución no es normal).

Se calculó el número medio de fármacos prescritos por paciente y se describen los porcentajes de pacientes con demencia que tienen prescrito cada IAC o combinaciones.

Aspectos éticos y legales: El protocolo del proyecto fue aprobado por la Comisión Local de Investigación Norte de Atención Primaria y del Comité de Ética de Investigación del Hospital La Paz. No existen conflictos de intereses en la realización de este estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron 38 pacientes, 24 (63,2%) eran mujeres, con una edad media de 84,34 años ±6,8. Las principales causas de demencia en esta muestra fueron la enfermedad de Alzheimer 52,6% (n=20) y de origen vascular 15,8% (n=6); el resto correspondió a demencia mixta 13,1% (=5), demencia por enfermedad de Parkinson 5,4% (n=2), demencia con cuerpos de Lewy 2,6% (n=1), problemas de memoria 2,6% (n=1) y otros 7,9% (n=3).

El 89,5 % (34 pacientes) cumplían el criterio de polifarmacia. La media de fármacos por paciente fue de 8,16 farm/paciente. En cuanto a los fármacos específicos para el tratamiento de la demencia 47,4% (n=18) tenían prescrito donepezilo, 13,2% (n=5) rivastigmina, 0% galantamina, 26% (n=10) memantina (de éstos 8 eran memantina asociado a donepezilo.) En cuanto a los anticolinérgicos 8% (n=3) lo tenían prescritos.

Respecto a la comorbilidad, el número de enfermedades por paciente fue 3,2 de media (DS 1,4), siendo las más frecuentes: hipertensión arterial 76,3% (n=29), incontinencia urinaria 65,8% (n=25), ansiedad, depresión e insomnio con 26,3% (n=10) respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla de resumen del perfil clínico, gravedad de la demencia y comorbilidades.

HTA: hipertensión arterial, HBP: hipertrofia benigna de próstata, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, IRC: insuficiencia renal crónica

PERFIL CLINICO	COMORBILIDADES	
	Número de pacientes (%)	Número de pacientes (%)
Gravedad del deterioro (Pfeiffer)		
Normal -Leve 8 (21 %)	HTA	29 (76,3%)
Moderado 12 (31,6)	Incontinencia urinaria	25(65,8%)
Severo 18 (47,4 %)	Ansiedad	10(26,3%)
Fase de la demencia (GDS)		
Leve-moderado 26(68,43%)	Insomnio	10(26,3%)
Avanzado 12(31,57%)	Diabetes	9(23,7%)
Grado de dependencia (Indice de Barthel)		
Independiente/depende leve 5 (13,2 %)	HBP	8(21,1%)
Dependencia moderada 16 (42,1 %)	Osteoporosis	7(18,4%)
Dependencia severa 17 (44,7 %)	Fibrilación auricular	5(13,2%)
INDICE PROFUND		
Bajo/medio 23 (60,5 %)	Insuficiencia cardiaca	4(10,5%)
alto 10 (26,3%)	EPOC	2(5,3%)
Muy alto 5 (13,2%)	IRC	1(2,6%)
	Gota	1(5,6%)

Respecto a la gravedad de la demencia (Tabla 3) el 31,6% (n=12) tenía GDS correspondiente a deterioro global avanzado. Índice de Barthel con dependencia moderada-total un 86,8% (n=33), en el Pfeiffer 47,4% (n=18) presentan deterioro cognitivo severo y en la escala de PROFUND 13,2% (n=5) tenían un alto riesgo de fallecimiento al año.

PREScripción inadecuada

El porcentaje de pacientes con PI, definido como paciente que cumple al menos un C-LC, fue 73,68 %

(n= 28) con IC95% (59,02-88,35). En cuanto al grado de PI, número de criterios cumplidos por cada paciente, cumplen 1 criterio el 21,05%(n=8), cumplen 2 criterios 13,16%(n=5), 3 criterios 10,53% (n=4), 4 criterios 15,79% (n=6), 5 criterios 7,89% (n=3) y un 5,26% (n=2) cumplen 6 criterios.

Las causas más frecuentes de PI según los C-LC aplicados fueron las estatinas en el escenario de la prevención primaria (C10) cumplido en 12 pacientes, los antihipertensivos (C9) en 8, los antidepresivos en la depresión reactiva (C22) en 7 y los anticolinesterásicos en la enfermedad de Alzheimer (C24 y C25) en 6. Ver figura 2.

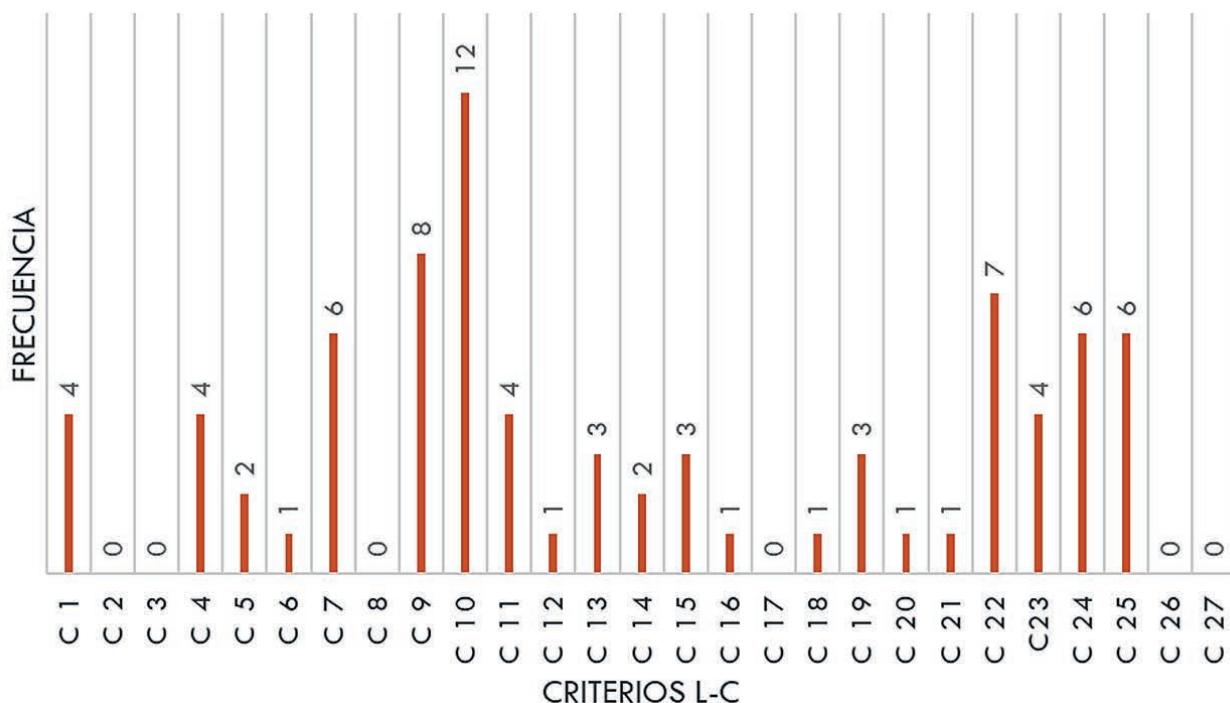


Figura 2. Frecuencia de cumplimiento de cada criterio. En esta figura se señala los 27 C-LC y el número de pacientes que cumplieron cada uno. C=criterio.

Al estudiar la posible asociación de PI con las variables estudiadas se observa que no está asociada al sexo, ni con la edad, ni con el tiempo de duración de la

enfermedad, ni con la carga de comorbilidad. (Tabla 4). Únicamente se encontró asociación significativa con la polifarmacia con un OR de 11,6 (IC 95% 1,038-128,9).

Tabla 4: Asociación entre las variables del estudio y prescripción inadecuada

	Prescripción inadecuada	Prescripción adecuada	P
	N=28	N=10	
Edad (años) *	84,8 (7,56)	82,8 (4,42)	0,439
Duración de la enfermedad (años)*	4,8 (3,79)	3,05 (2,84)	0,188
Numero de patologías comorbilidad*	3,53 (1,5)	2,6 (1,17)	0,084
Polifarmacia (>5 fármacos) **	27 (96 %)	7 (70%)	0,048
Sexo – hombre **	11 (39%)	3 (30%)	0,75

*Variable cuantitativa: los datos se expresan media (DS) ** Variable dicotómica: datos en n y porcentaje.

DISCUSIÓN

Este estudio es el primero que mide la prevalencia de PI en una población diagnosticada de demencia utilizando lo C-LC ya que ésta es una herramienta dirigida pacientes pluripatológicos.

Al igual que en otros estudios la principal causa de demencia es la enfermedad de Alzheimer seguida de la de causa vascular.

Los resultados son similares a los de investigaciones previas, utilizando otras herramientas, evidenciándose una alta prevalencia de PI (73,68 %) en pacientes pluripatológicos y frágiles como lo son los pacientes con demencia siendo estadísticamente significativa su relación directa con la polifarmacia.

Los grupos terapéuticos más implicados son las estatinas en la prevención primaria, los antihipertensivos, los antidepresivos en el contexto de la depresión reactiva y los IACE en la enfermedad de Alzheimer.

Llama la atención que su prevalencia no esté relacionada con el sexo, con la edad, con el tiempo de duración de la enfermedad, ni con la comorbilidad lo cual puede deberse al menor tamaño muestral.

Esta herramienta fue diseñada para ser aplicada en pacientes crónicos con multimorbilidad o con necesidades de salud complejas, lo que no necesariamente implica un pronóstico de supervivencia corto, este pronóstico se incluye en esta herramienta como una variable a considerar en los distintos criterios de desprescripción propuestos, el índice PROFUND obtenido en esta muestra implica un riesgo intermedio-bajo de mortalidad al año de 60.5% (n=23).

Nuestro estudio adolece de un bajo tamaño muestral. De entrada, llama la atención la baja prevalencia de demencia registrada en las historias, a pesar de que se realizó la búsqueda por la codificación del episodio y por los fármacos específicos para el tratamiento de la demencia. Puede ocurrir que haya pacientes con episodios registrados como pérdida de memoria, agitación etc. y que no pudimos identificar para su estudio. Por otra parte, las pérdidas que obedecen a las causas que se ha detallado en el apartado de selección de la muestra, siendo la más importante el ingreso en residencias motivo por el que los pacientes no pudieron ser evaluados.

CONCLUSIONES

La prescripción inadecuada es frecuente entre los pacientes con diagnóstico de demencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020. 1, Introducción. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583455/>
2. Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia. Neurologia (Engl Ed). 2021 Jan-Feb;36(1): 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>. Última visita el 30 de julio de 2024
3. Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M et al. Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de Caso study in health sentinel networks. Neurologia (Engl Ed). 2018; 33(8): 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2016.10.002>. Última visita el 30 de julio de 2024.
4. Fernández Domínguez MJ, Hernández Gómez MA, Garrido Barral A, González Moneo MJ. Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. Aten Primaria. 2018 Nov. 50 Suppl 2(Suppl 2):39-50. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.003>. Última visita el 30 de julio de 2024.
5. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J et al. Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en demencia y deterioro cognitivo leve. Resultados del Estudio de Salud Cardiovascular. JAMA. 2002; 288 (12):1475-83. <https://doi.org/10.1001/jama.288.12.1475>. Última visita el 30 de julio de 2024.
6. Jeste DV, Blazer D, Casey D, Meeks T, Salzman C, Schneider L, Tarot P, Yaffe K. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. Neuropsychopharmacology. 2008 Apr. 33 (5): 957-70. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301492>. Última visita el 30 de julio de 2024.

La prescripción inadecuada está relacionada con la polifarmacia.

La demencia es una patología infradiagnosticada en nuestro medio.

La Atención Primaria es el medio idóneo para la identificación de las oportunidades de desprescripción dada su accesibilidad a la historia clínica y evaluación constante, utilizando así herramientas como los criterios de LESS-CHRON.

PUNTOS CLAVE

La demencia es una patología muy prevalente a nivel y está en aumento.

Los pacientes con demencia tienen mayor riesgo de prescripción inadecuada asociando mayor probabilidad de reacciones adversas debido a sus comorbilidades y polifarmacia.

Los Criterios LESS-CHRON, herramienta utilizada en pacientes pluripatológicos, nos permite en este grupo de pacientes, identificar prescripciones inadecuadas y potenciales oportunidades de desprescripción.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo de la Técnica en Salud Elena Polentinos Castro.

7. Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, Brisbin S, Rapoport MJ, Rines J, Wilson K, Le Clair K, Conn DK. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2013 Feb; 25 (2): 185-203. <https://doi.org/10.1017/s1041610212001627>. Última visita el 30 de julio de 2024.
8. Masopust J, Protopopová D, Vališ M, Pavelek Z, Klímová B. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementias with psychopharmaceuticals: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018 May 9; 14:1211-1220. <https://doi.org/10.2147/ndt.s163842>. Última visita el 30 de julio de 2024.
9. Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev.* 2012 Jan;11(1):78-86. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.07.002>. Última visita el 30 de julio de 2024.
10. O'Brien JT, Holmes C, Jones M, Jones R, Livingston G, McKeith I, Mittler P, Passmore P, Ritchie C, Robinson L, Sampson EL, Taylor JP, Thomas A, Burns A. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2017 Feb;31(2):147-168. <https://doi.org/10.1177/0269881116680924>. Última visita el 30 de julio de 2024.
11. Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: a necessary process. *Eur J. Intern Med.* 2015;26:18-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.06.011>. Última visita el 30 de julio de 2024.
12. Rodríguez-Pérez A, Santos-Ramos B, Alfaro-Lara ER. Desprescripción: guiando su definición [Deprescribing: guiding its definition]. *Farm Hosp.* 2017 Nov 1;41(6):698-699. Recuperado de: <https://bit.ly/3WojznU>.
13. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:162-67. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.01.003>. Última visita el 30 de julio de 2024.
14. Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas JJ, Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers [Spanish adaptation of Beers criteria]. *An Sist Sanit Navar.* 2015 Sep-Dec;38(3):375-85. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272015000300002>. Última visita el 31 de julio de 2024.
15. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START [Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009 Sep-Oct;44(5):273-79. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.017>. Última visita el 31 de julio de 2024.
16. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician.* 2017;63(5):354-64. <https://www.cfp.ca/content/63/5/354.long>. Última visita el 31 de julio de 2024.
17. Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. *Age Ageing.* 2017 Jul 1;46(4):600-607. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx005>. Última visita el 31 de julio de 2024.
18. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Sierra-Torres MI, Villalba-Moreno Á, Nieto-Martin MD, Galván-Banqueri M et al. Validation of the LESS-CHRON criteria: reliability study of a tool for deprescribing in patients with multimorbidity. *Eur J Hosp Pharm.* 2019 Nov;26(6):334-338. <https://doi.org/10.1136/ejhp-2017-001476>. Última visita 31 de julio de 2024.
19. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Albiñana-Perez S, Nieto-Martín MD, Díez-Manglano J, Pérez-Guerrero C et al. Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Nov;17(11):2200-07. <https://doi.org/10.1111/ggi.13062>. Última visita el 31 de julio de 2024.
20. Villalba-Moreno AM, Galván-Banqueri M, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán MD, López-Hermoso C, Sánchez-Fidalgo S et al. Chronic-pharma: New Platform for Chronic Patients Pharmacotherapy Optimization. *J Med Syst.* 2022 Feb 28;46(4):18. <https://doi.org/10.1007/s10916-022-01808-0>. Última visita 31 de julio de 2024.
21. Mejías-Trueba M, Rodríguez-Pérez A, Sotillo-Sánchez I, Sánchez-Fidalgo S, Nieto-Martin MD, García-Cabrera E. Prevalence of Potentially Inappropriate Medications in Patients With Multimorbidity According to LESS-CHRON and STOPPFrail Criteria. *J Am Med Dir Assoc.* 2023 Jan 4:S1525-8610(22)00973-2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.12.013>.
22. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza et al. Development of a new predictive model for polypharmaceutical patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med.* 2011 Jun;22(3):311-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2010.11.012>. Ultima visita el 1 de agosto de 2024.
23. Rodriguez Lopez A. Polimedición y medicación inapropiada [Internet] Fisterra 2020. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/fichas/interior.asp?idTipoFicha=1&urlseo=polimedicion-medicacion-inapropiada>. Última visita el 1 de agosto de 2024.

ABSTRACT

7. “¿PUEDEN LOS SÍNTOMAS INICIALES DE ITU RELACIONARSE CON RESULTADOS POSITIVOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS? ESTUDIO TRANSVERSAL EN OCHO CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID”

■ García Espinosa M.V.¹, Benito Ortiz L.², Gómez del Rio S.³, Fontana Campos M.⁴, Marin Cañada J.⁵.

(¹) Médica Atención Primaria CS Alpes (Madrid)

(²) Médico de Familia. CS San Fernando (San Fernando de Henares. Madrid)

(³) R3 Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Cruz Roja “San José y Santa Adela” (Madrid)

(⁴) R2 de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes. Madrid)

(⁵) Médico de Familia. Consultorio Local Valdaracete. CS Villarejo de Salvanés (Madrid)

Grupo Colaborativo Estudio Scout Madrid

OBJETIVO

Describir los síntomas iniciales de infección urinaria baja (ITU) no complicada y analizar su posible asociación con la tira reactiva y el urocultivo. Describir la etiología más frecuentemente asociada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal anidado en el ensayo clínico “Scout” de cuatro grupos paralelos (4 pautas antibióticas), abierto y multicéntrico a nivel nacional, (Registro en clinicaltrials.gov: NCT04959331). En Madrid participan ocho Centros de Salud desde marzo 2023. La población de estudio son mujeres ≥18 años con características clínicas de ITU no complicada atendidas en consulta. Las variables del estudio fueron sociodemográficas, antecedentes, síntomas, resultado de tira y urocultivo. Se realizó un análisis descriptivo y un modelo de regresión logística para estudiar las posibles asociaciones. Los resultados se expresan en porcentajes respecto los datos disponibles para cada variable.

RESULTADOS

Participaron 125 mujeres con una mediana de edad de 48 años (RIQ: 33-57), de las cuales 21(17,8%) eran ≥ 65 años. 53(44,5%) tenían menopausia, 18(14,4%) tuvieron cesáreas y 19(15,2%) otras cirugías ginecológicas. 48 (50,0%) referían al menos una ITU previa en los últimos 12 meses. 28(23,5%) relacionaban sus ITU con relaciones sexuales previas.

Los síntomas más frecuentes fueron: 113(93,4%) polaquiuria, 107(88,4%) disuria, 106(87,6%) urgencia, 96(79,4%) dolor suprapúbico y 64(53,3%) malestar general. 6(8,7%) faltaron 1 día a su trabajo (Gráfico 1)

En la tira reactiva, 115(97,5%) presentaron leucocitos positivos y 94(79,0%) nitritos positivos. 42(64,6%) urocultivos fueron positivos, en 35(85,4%) se halló *E. coli*. Se realizó un modelo multivariante de regresión logística y se encontró asociación del síntoma “malestar general” con la presencia de nitritos en tira reactiva (OR 2,86; IC95%: 1,09-7,50) y con el resultado positivo en el urocultivo (OR 6,48; IC95%: 2,00-20,98).

CONCLUSIÓN

La polaquiuria y la disuria fueron los síntomas más frecuentes. El malestar general autorreferido se asocia a un resultado positivo en las pruebas complementarias (nitritos en tira reactiva y urocultivo). *E. coli* es el patógeno más frecuentemente aislado.

FINANCIACIÓN Y ASPECTOS ÉTICOS

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria correspondiente al año 2020 de concesión de subvenciones de Investigación Clínica Independiente, como proyecto Coordinado. Número de expediente del subproyecto de Madrid ICI20/00148

Cuenta con Dictamen del CEIm del IDIAP Jordi Gol, con Autorización de la AEMPs y con Informe Favorable de la Comisión Central de Investigación.

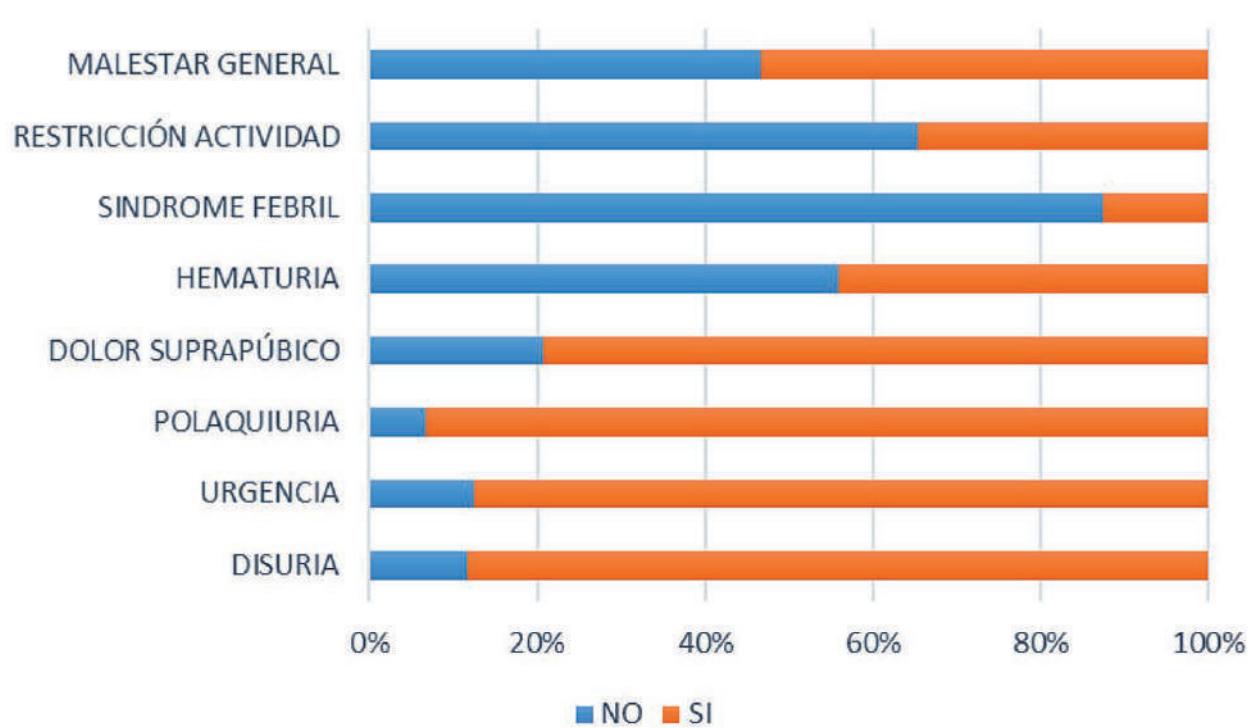


Gráfico 1. Principales síntomas iniciales en infecciones tracto urinario

ABSTRACT

8. RETRASO PUBERAL EN ADOLESCENTE: DE LA NADA AL TODO

■ E. Ruiz García E.¹, Lafuente Santodomingo I.², Muñoz Moreno M.³

⁽¹⁾ Pediatra CS Rejas (Madrid).

⁽²⁾ Pediatra. CS Perales del Río (Madrid).

⁽³⁾ Medicina familiar y comunitaria. CS Rejas (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La talla baja es un motivo frecuente de preocupación en los padres. Es importante que el médico conozca los ritmos normales de crecimiento en las diferentes etapas de la vida y saber detectar cuándo un paciente tiene una talla baja patológica (- 2.5DE).

La principal causa genética de talla baja patológica en niñas es el denominado Síndrome de Turner (ST), cromosomopatía en la que la paciente presenta una delección completa o parcial de uno de los cromosomas X. Este trastorno genético puede asociar múltiples patologías.

A continuación, presentamos el caso de una paciente a la que conocimos con 14 años que tras ser estudiada por una talla baja patológica fue diagnosticada de Síndrome de Turner.

CASO CLÍNICO

Paciente 14 años llegada recientemente de Ucrania en condición de refugiada. Acude por primera vez a la consulta del centro de salud para control de luxación de rótula. Desde el primer momento llama la atención la altura de la paciente, que presenta una talla de 127cm (-5DE). En la exploración física destaca facies peculiar, micrognatia, ptosis palpebral, implantación baja de orejas, tórax en quilla y retraso puberal (Tanner S1 P1) con hipertrofia de musculatura pectoral y aumento de distancia intermamilar. La familia, con la que había una importante barrera idiomática, niega antecedentes personales de interés salvo hipoacusia diagnosticada en país de origen. La madre refiere que la niña llevaba una vida completamente normal y no había sido estudiada por su talla.

Se realiza analítica sanguínea con resultado compatible con hipogonadismo hipergonadotropo (FSH 80 LH 14.3 Estradiol 24 Progesterona 0.2) y una edad Ósea de 11 años (retrasada). Bajo la sospecha de ST canalizamos a la paciente a la consulta hospitalaria donde se amplía estudio y se realiza valoración cardiológica,

objetivando una coartación de Aorta severa y ausencia de pulsatilidad de Aorta abdominal. El angioTAC evidencia también una dilatación post estenótica de la Aorta descendente y un drenaje anómalo parcial de la vena de lóbulo superior derecho hacia la Vena cava superior. Se realizó intervención quirúrgica correctora que se produjo sin incidencias presentando una evolución posterior satisfactoria. Se dio de alta a domicilio en tratamiento únicamente con propanolol. En las semanas posteriores se perdió el seguimiento de la paciente no pudiendo completar el estudio genético ya que fue trasladada a otra comunidad autónoma.

REVISIÓN

El Síndrome de Turner (ST) fue descrito por primera vez en 1938 por Henri Turner tras observar en 7 mujeres una serie de características en común que incluían talla baja, retraso puberal, cuello ancho y cubito valgo¹. Posteriormente se descubrió que se trata de un trastorno cromosómico que afecta a las mujeres debido a la delección completa o parcial del cromosoma X. Son varias las posibles alteraciones que vemos en el cariotipo de estas pacientes, en casi el 60% de los casos se demuestra una ausencia completa de un cromosoma X (en su mayoría de origen paterno), un 20% presenta alteraciones estructurales en un cromosoma X y el 20% restante son pacientes con mosaicismos¹.

En global se estima una prevalencia de 1:2000-1:3000 recién nacidas vivas afectadas por ST². No obstante, se considera que es una entidad infradiagnosticada dada la dificultad para la detección de las pacientes con mosaicismos, en la que la clínica puede ser muy útil.

La expresión clínica de estas pacientes puede ser variable, pero en general presentan una serie de hallazgos que en su conjunto forman un genotipo característico que orientan a su diagnóstico. Entre las características típicas encontramos^{1,2}:

- Talla baja y otras anomalías musculoesqueléticas: la talla baja es la característica principal

de este síndrome, se calcula que estas mujeres tienen una talla adulta 20-22cm por debajo de la media general². Se observa un retraso en la maduración ósea y un hipocrecimiento más marcado en extremidades que en tronco. Existen gráficas de crecimiento específicas para el ST. Otras alteraciones esqueléticas que podemos ver en estas pacientes son: cuello corto (hipoplasia vertebral cervical), deformidad de Madelung (cubital), acortamiento 4º metacarpiano y metatarsiano, cubitus valgus, genu valgum o tórax ancho (en quilla), entre otras. Las anomalías en los huesos de la cara les confiere una apariencia “en esfinge” determinada por retrognatia, micrognatia, maxilar superior poco desarrollado, paladar ojival, ptosis palpebral, estrabismo, epicantus, implantación baja de las orejas...

- Fallo ovárico: muchas de estas pacientes presentan un hipogonadismo hipergonadotropo (aumento de FSH), que se traduce en un retraso puberal con ausencia de desarrollo mamario y amenorrea primaria. No obstante, hay pacientes en las que sí podremos ver un desarrollo puberal aparentemente normal, con valores analíticos de FSH normales y esto no será excluyente para descartar un posible ST.
- Enfermedad cardiovascular: Más de un 50% de los ST tiene algún tipo de malformación cardíaca, siendo lo más habitual los defectos obstructivos del lado izquierdo³ (hasta un 50% presentan válvula aorta bicúspide y un 30% coartación de Aorta). Otras alteraciones que encontramos son: hipertensión arterial, malformación vascular renal, afectación vasos pulmonares, vasculopatías, trastornos de la conducción, disección aórtica... La afectación cardiovascular es la principal causante de la mayor morbilidad y mortalidad en el ST.
- Osteoporosis.
- Trastornos oculares: problemas de refracción, epicantus, hipertelorismo...
- Trastornos auditivos: hipoacusia neurosensorial, conductiva, colesteatoma...
- Trastornos autoinmunes: mayor riesgo de presentar enfermedad tiroidea autoinmune, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal...
- Síndrome metabólico y diabetes mellitus.

- Psicológicos: estas pacientes presentan un nivel de inteligencia normal, pero si pueden ver afectadas otras áreas como el lenguaje no verbal, dificultad en las habilidades sociales, déficit de atención, problemas en la organización visual-espacial...
- Otros: Elevación de enzimas hepáticos, alteraciones cutáneas como pilomatrixoma, queloides...

El diagnóstico de estas pacientes se realiza a raíz de la sospecha clínica y se confirma gracias a un cariotipo de sangre periférica. Es importante descartar la existencia de material genético procedente del cromosoma Y con técnicas citogenéticas y de hibridación “in situ” ya que, en caso de tenerlo, hay un riesgo aumentado de sufrir gonadoblastoma. En el caso de las pacientes con mosaicismo pueden ser necesarios otras técnicas más específicas. Es importante el diagnóstico precoz para una mayor rapidez en el inicio del tratamiento y así poder mejorar la calidad de vida y su pronóstico.

El tratamiento de estas pacientes se basa en administrar Hormona de crecimiento (GH) y estrógenos. El tratamiento con GH debe iniciarse lo antes posible y se recomienda mantenerlo hasta que se alcance una talla satisfactoria o bien la velocidad de crecimiento disminuya < 2cm/año¹. Hay mucha variabilidad en cuanto a la respuesta al tratamiento. La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos se recomienda iniciarla pasados los 13-14 años para que no afecte de forma negativa a la talla adulta. El objetivo del tratamiento con estrógenos será el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, mejorar la densidad ósea y mejorar las capacidades mentales y de relación social. Se recomienda mantenerla en la edad adulta para prevenir el desarrollo de osteoporosis, disminuir los factores de riesgo cardiovascular y mejorar el funcionalismo cognitivo.

Las pacientes con ST deben ser seguidas por un equipo multidisciplinar que se centre, no solo en el tratamiento de la talla baja y la terapia hormonal, sino que también aborde y controle las posibles comorbilidades propias de su condición, así como apoyo psicológico. El papel del médico de Familia y comunitaria o el pediatra será fundamental para establecer el diagnóstico de sospecha.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Backeljauw P. Clinical manifestations and diagnosis of Turner syndrome [Internet]. Uptodate. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-turner-syndrome>
- 2.- Labarta JI, Ferrández A, Mayayo E, Calvo MT, Sanjuan MP, Cáncer E, Puga B., Pombo M. Síndrome de Turner. En: Tratado de Endocrinología Pediátrica 4º edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2010. p. 551-568
- 3.- Ana Coral Barreda Bonis IGC. Síndrome de Turner. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría Endocrinología. Madrid: Exlibris; 2019. p. 267-83

ABSTRACT

9. PATOLOGÍA ENDOCRINA MÚLTIPLE: CUANDO EL OBSTÁCULO ES TU PROPIO CUERPO

■ E. Ruiz García E.¹, Muñoz Moreno M.², Ramo Mancheño³

⁽¹⁾ Pediatra CS Rejas (Madrid).

⁽²⁾ Medicina familiar y comunitaria. CS Rejas (Madrid).

⁽³⁾ Pediatra. CS Ciudad Periodistas (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Se denomina Síndrome Poliglandular Autoinmune (SPA) a aquella situación caracterizada por la presencia de al menos dos insuficiencias glandulares endocrinas causadas por mecanismos inmunológicos. Se clasifican en 4 grupos siendo el más frecuente el SPA tipo 2. Su presentación en edad infantil es poco habitual. A continuación, presentamos el caso de una paciente adolescente diagnosticada de SPA tipo 2 a la edad de 13 años.

CASO CLÍNICO

Mujer de 13 años, sin antecedentes de interés, consulta por astenia, pérdida de peso de aproximadamente 4kg y episodios de fiebre intermitente de 3 meses de evolución. En la exploración llama la atención bocio tipo I y tez muy morena con encías hiperpigmentadas. Se solicita analítica de sangre objetivando: TSH 0.01 mcU/ml, T4I 1.85 ng/dl y T3 10.8. Ante la sospecha de enfermedad de Graves se deriva de forma preferente a la consulta de Endocrinología infantil. Una vez valorada, se solicita analítica de control ampliando el estudio a otros ejes hormonales donde se confirma la patología tiroidea y a su vez se objetiva cortisol basal 0,2 mcg/dl y ACTH >2000 pg/ml. Bajo el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria (Sd. De Addison) se procede a su ingreso hospitalario para inicio de tratamiento con Hidroaltesona y Fludrocortisona

asociando, una vez controlada la función suprarrenal a las 48h, Tiamazol.

A los 6 meses la paciente inicia cuadro de polidipsia sin otra clínica cardinal asociada. Se realiza glucemia capilar que objetiva niveles de 331mg/dL y se comprueba posteriormente la presencia de autoanticuerpos: ICAS positivo débil 1/10 y anti-GAD 72,3 U/ml (<5) diagnosticándose así de DM1. El conjunto de las tres alteraciones hormonales de la paciente se englobó dentro del diagnóstico de SPA tipo 2.

Actualmente la paciente tiene 17 años y sigue tratamiento con Hidroaltesona, Fluodrocortisona, Tiamazol, Insulinoterapia y ácido fólico semanal con buen control.

REVISIÓN

Se denomina Síndrome Poliglandular Autoinmune (SPA) a aquella situación caracterizada por la presencia de al menos dos insuficiencias glandulares endocrinas causadas por mecanismos inmunológicos, mediados por autoanticuerpos o linfocitos T activados frente a antígenos propios¹. Este mecanismo produce un infiltrado inflamatorio crónico de predominio linfocitario que genera la progresiva destrucción de los órganos endocrinos. Se considera que hay cuatro tipos diferentes de SPA siendo el SPA tipo 2 el más frecuente de todos (tabla 1)².

Tabla 1

	SPA-1	SPA-2	SPA-3	SPA-4
COMPONENTE PRINCIPAL	Enf. Addison Hipoparatiroidismo Candidiasis mucocutánea	Enf. Addison Enf Tiroidea autoinmune DM1	Enfermedad tiroidea AI Otra enfermedad (no suprarrenal)	Otras combinaciones no incluidas en grupos previos
EDAD DE INICIO	Infancia	Adolescentes, adultos	Adultos	Adultos
HERENCIA	Autosómica recesiva	Autosómica dominante	Mal definida, posible dominante	Mal definida

El SPA que presenta la paciente de nuestro caso es el SPA tipo 2, que incluye al menos dos de los siguientes procesos: Insuficiencia suprarrenal primaria, patología tiroidea y Diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Este subtipo fue descrito por primera vez en 1926 por Schmidt que publicó una serie de 2 casos de pacientes con enfermedad de Addison y tiroiditis linfocítica crónica (Sd Schmidt). Fue 5 años después cuando Rountree and Snell reportaron el primer caso de un paciente con la tríada Sd de Addison, hipertiroidismo y (DM1)³.

El SPA tipo 2 presenta una herencia autosómica dominante, en la que intervienen múltiples genes muy heterogéneos jugando un papel muy importante los genes localizados en el cromosoma 6. Se considera, asimismo, que los haplotipos HLA-DR3 y HLA-DR4 y los alelos DQ2 y DQ8 aumentan la predisposición para sufrir este síndrome Poliglandular⁴.

El PAS-2 es el más común de los PAS, su prevalencia se ha reportado de forma muy variable en diferentes series, estimándose entre 1:1000-1:20000³ siendo más frecuente en mujeres que en hombres con una ratio de 3:1. La presentación más frecuente es en mujeres de entre 20 y 40 años, siendo extremadamente rara su presentación en edad pediátrica.

La clínica de estos pacientes es variable en función de la enfermedad que se esté manifestando en ese momento. En el caso de insuficiencia suprarrenal podremos encontrar en síntomas inespecíficos como pérdida de peso, cansancio, náuseas, vómitos, anorexia, hiperpigmentación de piel y mucosas o hipotensión e incluso clínica de shock debido a una crisis adrenal (hipotensión, taquicardia, obnubilación...). Cuando se manifieste una DM1 la clínica será la cardinal de polidipsia, poliuria, pérdida de peso en relación con una situación de hiperglucemia sostenida. En el caso de la afectación tiroidea podremos ver síntomas propios del hiper o hipotiroidismo.

El diagnóstico de los PAS se ve frecuentemente retrasado debido a que, en la mayoría de los pacientes la presentación de las diferentes disfunciones endocrinas no ocurre de manera simultánea. Es habitual que puedan pasar meses o incluso años entre la aparición de las mismas.

Para considerar que un paciente presenta un PAS tipo 2 debe presentar al menos 2 de las 3 disfunciones nombradas previamente. Así mismo pueden asociar

otras patologías autoinmunes (endocrinas y no endocrinas) como hipogonadismo primario, miastenia gravis, enfermedad celíaca, alopecia, vitíligo, anemia perniciosa, enfermedad de Parkinson, déficit de IgA, serositis²...

El diagnóstico de cada una de las enfermedades se realizará siguiendo las directrices de las guías propias de las mismas. En el caso de la enfermedad de Addison se realizará con la determinación matutina del cortisol basal (<6.0 mcg/dL) o tras la realización de un test de estimulación con ACTH. La presencia de anticuerpos anti-21-hidroxilasa o anti 17-hidroxilasa puede confirmar el origen autoinmune del cuadro.

El estudio tiroideo se basará en la determinación de la TSH, T4 y T3 y en la búsqueda de anticuerpos anti-tirotropina, anti-microsómicas y en el caso de la enfermedad de Graves, anticuerpos anti-receptores de tirotropina.

El diagnóstico de la DM1 se realiza con la presencia de clínica cardinal (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso) asociado a niveles de glucosa elevados en sangre y presencia de anticuerpos como el anti-GAD o anti-isloote.

Es importante realizar un estudio familiar en parientes de primer grado. En caso de no presentar disfunción endocrina, pero si detectar presencia de autoanticuerpos, se deberá realizar un control estrecho de estos pacientes.

El tratamiento que reciben los pacientes afectos de PAS tipo 2 es el mismo que recibiría cualquier paciente que sufriese una disfunción glandular de forma aislada consistiendo en la sustitución hormonal en función de cuál sea la glándula afectada.

Cabe destacar la importancia de descartar una insuficiencia suprarrenal primaria en aquellos pacientes a los que se vaya a iniciar el tratamiento sustitutivo con levotiroxina ya que esta hormona puede precipitar una crisis adrenal grave. En estos casos deberemos estabilizar esta función antes de añadir el tratamiento tiroideo¹.

Los pacientes afectos de PAS deben tener un seguimiento multidisciplinar estrecho a nivel tanto de consulta hospitalaria como por su médico de Medicina Familiar y Comunitaria para asegurar un buen manejo de la enfermedad y minimizar las complicaciones a largo plazo que les pueda conllevar.

BIBLIOGRAFIA

1. Acle, Santiago, Añón, Ximena, Danza, Álvaro, & Pisabarro, Raúl. Enfermedad de Addison como presentación de un síndrome pluriglandular autoinmune tipo 2. Archivos de Medicina Interna. 2011;33(3), 65-69
2. Navarrete-Tapia U. Síndrome poliglandular autoinmune. Revista Médica del hospital general de México. 2013;76(3):143–152.
3. Singh G JI. Polyglandular Autoimmune Syndrome Type II [Internet]. StatPearls. August 2023 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525992/?report=classic>
4. Baderński A, Baderńska M, Mierzwa M, Stojewska M, Deja G, Szczepańska M et al. Autoimmune polyglandular syndrome type 2 in an 15-year-old boy. Polska - Polish Journal of Paediatrics. 2022;97(2):151–155

ABSTRACT

10. EL INQUIETANTE MUNDO DE LAS PETEQUIAS

■ Castaño Reguillo A¹., González Godoy M²., Nuevo Coello L³.

⁽¹⁾ Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Ángeles.

⁽²⁾ Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia.

⁽³⁾ Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Jesús Hereza.

Palabras clave: Púrpura, Dermoscopía, Teleconsulta

INTRODUCCIÓN

Las vasculitis cutáneas comprenden un grupo diverso de enfermedades caracterizadas por lesiones inflamatorias agudas, recidivantes o crónicas de los vasos sanguíneos. La vasculitis cutánea presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas, por ejemplo, las petequias que son máculas puntiformes no palpables y que no borran a la vitropresión¹, resultado de la inflamación capilar y la extravasación de eritrocitos².

La vasculitis cutánea puede ser tanto una afección benigna y transitoria como un indicador de enfermedad subyacente. Por tanto, es esencial una evaluación cuidadosa para un diagnóstico correcto. Una revisión completa de los antecedentes personales, una analítica de sangre y una biopsia cutánea conforman una evaluación inicial de la lesión. Sin embargo, no debemos olvidarnos de la dermatoscopia como una herramienta más de diagnóstico en la consulta de Atención Primaria, donde como hallazgo más frecuente se encuentra pigmentación rojo-cobriza difusa en el fondo, junto con glóbulos y puntos rojos que se deben a la extravasación de hematíes, y al aumento de número y dilatación de los vasos sanguíneos. En casi la mitad de los pacientes se pueden observar puntos marrones (disposición esférica de melanocitos) y en un tercio de los pacientes se encuentra un pseudoretículo pigmentado^{3,4}.

MOTIVO DE CONSULTA

Picaduras en miembros inferiores

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento crónico con anticonceptivos orales y

naproxeno si precisa por dismenorrea. Refiere desde hace dos semanas lesiones cutáneas en ambos miembros inferiores y cara anterior del tronco no pruriginosas, que aparecieron en los tobillos y fueron ascendiendo. Refiere ser muy similares a unas lesiones similares que le aparecieron el verano anterior y que asoció con picaduras de insectos. El inicio lo relaciona con ruta de senderismo que realizó en la montaña con sus amigos, aunque al contrario que en verano no llevaba pantalón corto. Niega tener mascotas, tampoco su pareja. Su grupo de amigos, con los que realiza senderismo, tienen perros. En cuanto a los antecedentes sociales vive con sus padres, con los que tiene buena relación. Estudia un grado de formación profesional superior de técnico de sonido. En la exploración las lesiones son redondeadas, con



Figura 1.

Imagen con consentimiento del paciente.



Figura 2.
Imagen con consentimiento del paciente.

borde eritematoso y centro blanquecino y descamativo, muy sugestivas de tiña. Se pauta tratamiento con flucenazol oral dada la importante extensión de las lesiones. Acude tras la finalización del tratamiento 15 días después. Las lesiones persisten sin cambios, de hecho, han aparecido más, por lo que se decide realizar exploración utilizando dermatoscopio, donde se aprecian lesiones con apariencia de petequiales, debido a la forma de distribución tan peculiar, se decide realizar teleconsulta a Dermatología. A las 24 horas responden, confirmando el diagnóstico de capilaritis. Se realiza una analítica de sangre, donde no se aprecian alteraciones y es derivada a Dermatología donde se realiza biopsia tipo punch, siendo diagnosticada de Púrpura anular telangiectoide de Majocchi.

REVISIÓN DEL TEMA

Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) son un grupo de enfermedades poco frecuentes, benignas y de curso crónico, que se caracterizan por la aparición de múltiples petequias sobre máculas hiperpigmentadas pardo-amarillentas.

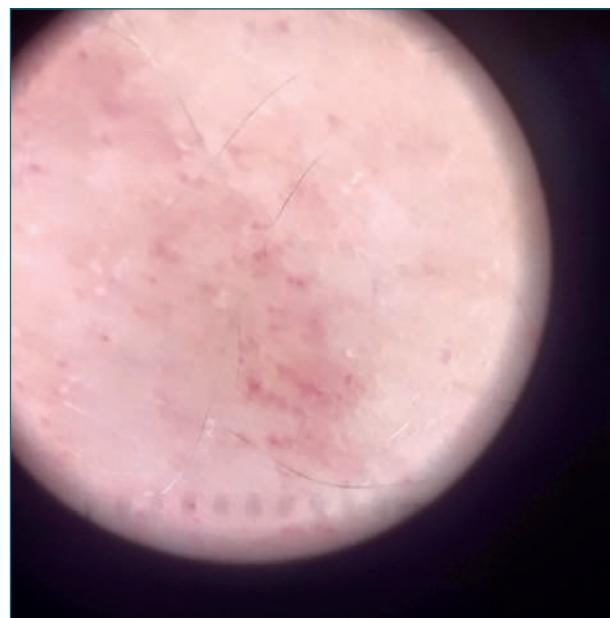


Figura 3.
Imagen con consentimiento del paciente.

Clásicamente se han descrito 5 variantes: enfermedad de Schamberg o DPP progresiva, púrpura pruriginosa o púrpura eccematoide de Doucas y Kapetanakis, DPP liquenoide de Gougerot y Blum, liquen aureus o purpúrico y púrpura anular telangiectoide o enfermedad de Majocchi.

Aunque su etiología es desconocida, distintos factores como el ejercicio físico, la hipertensión venosa, la diabetes mellitus, o las infecciones se han relacionado con su aparición. También se han asociado con el consumo de distintos fármacos, y en la variante granulomatosa se ha objetivado una relación con dislipemia y trastornos autoinmunes. En la mayoría de los casos no se llega a detectar un agente causal.

Respecto a los mecanismos fisiopatológicos propuestos se encuentran la dilatación y la fragilidad capilar. Ante ciertas condiciones de activación o bien espontáneamente, estas células pueden alterar su función y producir una fuga de hematíes a través de las paredes vasculares.

En concreto en la púrpura anular telangiectoide o enfermedad de Majocchi las lesiones más precoces consisten en máculas rojo-violáceas anulares. Posteriormente aparecen las telangiectasias puntiformes en un tono rojo más oscuro. Crecen periféricamente, mientras que se van aclarando en el centro llegando a producir atrofia. La erupción comienza en las extremidades inferiores y posteriormente se extiende a tronco y brazos. (4)

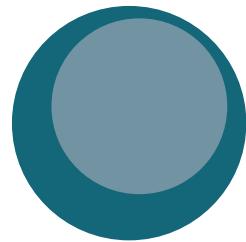
CONCLUSIÓN

Las dermatosis purpúricas pigmentarias son cuadros de etiología desconocida, de carácter asintomático y distribución fundamental en miembros inferiores. Sin embargo, otro tipo de lesiones petequiales

pueden suponer etiologías más graves, por lo que un adecuado diagnóstico diferencial es crucial. El uso del dermatoscopio y el entramiento en el mismo, una correcta anamnesis y exploración, nos pueden ayudar en esta tarea, orientando el juicio clínico y la prioridad de derivación en caso de precisarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozo Román T. Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas. Pediatría Integral. 2012;XVI(252):1–19.
2. Fett N. UpToDate. 2024. Evaluation of adults with cutaneous lesions of vasculitis.
3. Rodríguez Saa S, Lauro MF, Ciancio RM, Peláez O, Ruiz L. Hallazgos dermatoscópicos en las dermatosis purpúricas pigmentadas. Rev Dermatología Argentina. 2014;3:188–92.
4. Martínez Pallás I, Conejero del Mazo R, Lezcano Biosca V. Dermatoses purpúricas pigmentadas. Revisión de la literatura científica. Actas Dermosifiliogr. 2020 Apr;111(3):196–204.



EXPERIENCIA

UN MUNDO PARALELO, PERO NO TAN LEJANO

Actividad saliendo del Centro. Experiencias en Primaria

■ Calleja Cobo de Guzmán B. Residente de MFyC.

INTRODUCCIÓN

El bienestar se define como el estado de una persona que presenta un adecuado funcionamiento en sus esferas psíquica y somática. En muchas sociedades occidentales, este estado se considera un mínimo esencial para garantizar un correcto funcionamiento social. La migración sitúa a las personas en circunstancias que pueden afectar su bienestar físico y mental, aumentando su vulnerabilidad y la incidencia de enfermedades. Muchas de estas vulnerabilidades están relacionadas con la falta de acceso a servicios básicos, como la atención sanitaria, la higiene adecuada, la nutrición suficiente y la seguridad.

España, al ser un país colindante con el continente africano, se convierte en una puerta de entrada para quienes huyen de situaciones de sufrimiento constante, como catástrofes naturales, hambrunas y guerras civiles, arriesgando, en muchas ocasiones, sus vidas.

DESCRIPCIÓN

En enero de 2024, durante un pico migratorio desde África hacia Canarias, fui aceptado para rotar en el equipo de Atención al Paciente Migrante, compuesto por Cruz Roja, la Gerencia de Atención Primaria en Gran Canaria y el equipo de Urgencias de Atención en Costas y Urgencias Insulares (SEU). Este equipo tiene su sede en el antiguo cuartel militar en el Puerto de Palma de Gran Canaria, adaptado para albergar a cerca de 1200-1500 personas.

El cuartel se divide en dos sectores: el primero está destinado a la atención integral de la salud de mujeres y niños, coordinado con la ONG Cruz Blanca, y ofrece atención integral de enfermería, apoyo social y consultas médicas programadas. El segundo sector, que alberga a un 80-85% de la población masculina, proporciona atención sanitaria integral, así como el apoyo de profesionales no sanitarios para cualquier necesidad adicional.

Además, el programa ofrece cobertura para pacientes vulnerables con necesidades crónicas o comorbilidades en otro lugar con menor afluencia y atención más continua, sin olvidar los centros de menores distribuidos por toda la isla, que a menudo no cuentan con condiciones adecuadas y que reciben atención pediátrica limitada.

Durante mi rotación, los días se organizaban en función de las necesidades de los migrantes en el complejo, atendiendo a grupos como los crónicos, embarazadas y niños sanos, así como a demandas espontáneas de adultos. También colaboramos con el Servicio de Emergencia y Atención en Costas Canario (SEU) para la atención inicial de las embarcaciones que llegaban. La funcionalidad de este servicio incluía un triaje esencial para distinguir a quienes requerían atención hospitalaria de aquellos que podían esperar a una atención básica no urgente.

El buen triaje comienza con una exploración física detallada para descartar signos de deshidratación, patologías infecciosas tropicales o complicaciones relacionadas con los prolongados viajes que muchos migrantes soportan. Después, se abordan diversos aspectos por parte de profesionales sanitarios, como enfermeras, psicólogas y educadoras sociales, así como otros profesionales tales como abogadas y trabajadoras sociales, para cubrir las necesidades básicas. En muchos casos, ante la saturación de los sistemas sanitarios, la atención a la salud mental se deja en segundo plano, a pesar de su importancia en este proceso tan intenso y prolongado.

OBJETIVOS

- Comprender el flujo migratorio en todas sus etapas, desde las causas que obligan a una persona a dejar su país (guerras, catástrofes naturales, búsqueda de un futuro más próspero) hasta los desafíos que enfrentan durante el viaje (redes de extorsión, travesías prolongadas en condiciones extremas etc.).

- Manejar adecuadamente la identificación de patologías infecciosas y enfermedades tropicales derivadas de viajes en condiciones adversas.
- Realizar un correcto cribado inicial del paciente migrante, evaluando tanto su salud física como su bienestar emocional y cultural.
- Conocer el sistema sanitario de otra comunidad autónoma mediante la interacción con profesionales locales.
- Establecer una lectura detallada de políticas y normativas nacionales y europeas relacionadas con la migración.

CONCLUSIONES

En conclusión, el aumento del flujo migratorio en nuestro país es una realidad que no podemos ignorar. En nuestras consultas de Atención Primaria, ya se percibe un incremento en las llegadas y demandas, y

existen recursos en distintas Direcciones Asistenciales que organizan esta gran afluencia de personas de manera estructurada. Estos equipos, aunque a menudo compuestos por un número limitado de profesionales altamente cualificados y comprometidos, ofrecen una atención justa, equitativa y de calidad.

La clave consiste en brindar un servicio que incluya un enfoque psico-emocional integral, reconociendo las diferencias socioculturales y religiosas de los pacientes, además de la complejidad del viaje migratorio. También es crucial considerar el aspecto médico, lo que implica una formación adecuada para realizar un correcto cribado inicial.

Por último, es importante resaltar que la relación entre migración y salud es compleja y su impacto varía considerablemente entre grupos migrantes e incluso entre individuos dentro de esos grupos. Comprender lo difícil que es iniciar un viaje de tal magnitud y el grado de desesperación personal que conlleva es fundamental para poder abordar esta problemática de manera efectiva.

ACTUALIZACIÓN

BODYBUILDING: UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA Y LA FUNCIÓN RENAL

■ García Rodríguez L.¹ López Berenguel M.A.² Rubio Martos A.¹ Villares López A.J.²

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S Alameda de Osuna, UD-Este, Madrid.

⁽²⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S Canillejas, UD-Este, Madrid.

RESUMEN

El monohidrato de creatina es uno de los suplementos nutricionales no hormonal más utilizado para incrementar el rendimiento deportivo y la masa muscular, especialmente en el conocido como bodybuilding o culturismo.

Si bien todavía persiste la creencia de que dicho producto podría tener efectos adversos sobre la salud renal, tanto de forma popular como profesional, principalmente derivado de la conclusión de algunos estudios por aumento sérico de los principales marcadores de daño renal, como son la creatinina o el filtrado glomerular estimado, existen numerosos estudios posteriores sobre los mismos que desmienten dicha convicción, demostrando que los suplementos de creatina, siguiendo las dosis recomendadas, son seguros para el consumo en personas sanas.

Palabras clave: Creatina, función renal, *bodybuilding*.

ABREVIATURAS

Cr:	creatina libre
PCr:	fosfocreatina
Crn:	creatinina en suero
TFG:	tasa de filtrado glomerular
ATP:	adenosina-trifosfato
ADP:	adenosina-difosfato
AGAT:	L-arginina:glicina amidinotransferasa
GAMT:	S.-adenosil-L-metionina:N-guanidinoacetato metiltransferasa
ISSN:	Sociedad Internacional de Nutrición Deportiva

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha notificado un incremento en el porcentaje de personas que realizan ejercicio físico con objetivo de incrementar su masa muscular (hipertrofia muscular). El conjunto de estos ejercicios

de fuerza, con empleo de cargas de pesos progresivamente superiores, es lo que se ha dado a conocer como *bodybuilding* o culturismo. En torno a un 95% de los usuarios de este tipo de actividad deportiva realizan una dieta estricta o supervisada y que consta de algún tipo de suplementación nutricional. Los dos principales productos no hormonales que han desarrollado un mercado competitivo a lo largo de los últimos años son la creatina monohidrato (CrM) y la proteína whey/ proteína purificada del suero de la leche. Asimismo, existen otros productos como suplementos vitamínicos, anabolizantes y agonistas de receptores de hormonas esteroideas, que clásicamente se han asociado a efectos adversos, con una importante presencia del fallo renal agudo y la enfermedad renal crónica¹.

El objetivo de este texto es revisar la evidencia científica de impacto acerca de los efectos de la creatina sobre la función renal.

BIODISPONIBILIDAD Y METABOLISMO

La creatina es un aminoácido no proteico de origen natural. Aproximadamente la mitad de las necesidades diarias de creatina son de producción endógena a nivel hepático, renal y en menor medida pancreático a partir de glicina, arginina y metionina mediante un mecanismo de dos pasos que involucra a la L-arginina:glicina amidinotransferasa (AGAT) y a la S.-adenosil-L-metionina:N-guanidinoacetato metiltransferasa (GAMT)^{1, 2, 3, 4}. El porcentaje restante se obtiene de la dieta. Los productos que más cantidad de creatina contienen son de origen animal, principalmente carnes y pescados (Tabla 1); la leche y los huevos contienen concentraciones de creatina, pero en mucha menor cantidad que el resto de los productos de origen animal. Esto hace que las dietas vegetarianas y veganas induzcan a una menor presencia de creatina en el músculo esquelético⁴.

Tabla 1. Ejemplos de cantidad de creatina por alimento

Arenque	6-8 gr/kg
Salmón	4.5 gr/kg
Carnes rojas	4.5 gr/kg
Hígado	4.5 gr/kg
Atún	4 gr/kg
Pollo	4 gr/kg
Conejo	3.5 gr/kg
Bacalao	3 gr/kg

La mayor parte de las reservas de creatina se localizan en el músculo esquelético (95%) y, en menor medida, en tejido cerebral, hígado, riñón y testículos (aproximadamente el 5%). En el músculo, la creatina se convierte en fosfocreatina. Esta reacción hace que dichas moléculas participen de forma relevante en la producción energética celular. En el músculo esquelético, el ATP (adenosina-trifosfato) reacciona con la creatina para formar fosfocreatina y ADP (adenosina-difosfato) mediante la enzima creatinkinasa. Cuando se consume el ATP, por el mecanismo inverso, se consigue resitestar a partir de las reservas de PCr. Del total de reserva de creatina, dos tercios se acumulan en forma de fosfocreatina (PCr), siendo el tercio restante creatina libre (Cr)^{2,4}.

Dicha reserva total (PCr + Cr) es de unos 120 mmol/kg de masa muscular seca en un individuo de 70 kg.

Sin embargo, el límite superior de almacenamiento de creatina parece ser de unos 160 mmol/kg de masa muscular seca en la mayoría de los individuos⁴.

En el músculo esquelético, tanto la creatina como la fosfocreatina se degradan de forma espontánea, no enzimáticamente, e irreversiblemente a creatinina (Crn), con una tasa aproximada del 1-2% de la cantidad corporal total al día (unos 2 g), la cual pasa a la sangre y posteriormente es filtrada y excretada principalmente por vía renal. Por lo tanto, el cuerpo necesita reponer de 1 a 3 g de creatina al día para mantener las reservas normales en función de la masa muscular de cada persona. El pico de creatina en plasma se alcanza sobre los 60 minutos tras la ingesta^{1,2}.

SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA Y SUS EFECTOS ERGOGÉNICOS SOBRE LA MASA MUSCULAR

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la producción de energía en forma de ATP gracias a la fosfocreatina, se sabe que las dosis suprafisiológicas de creatina que se consiguen con la suplementación aumentan la capacidad de producir ATP, es decir, energía. Se ha demostrado que esto se traduce en un aumento del rendimiento muscular, permitiendo así aumentar el número de repeticiones realizadas durante el ejercicio. Esto conlleva un aumento de la

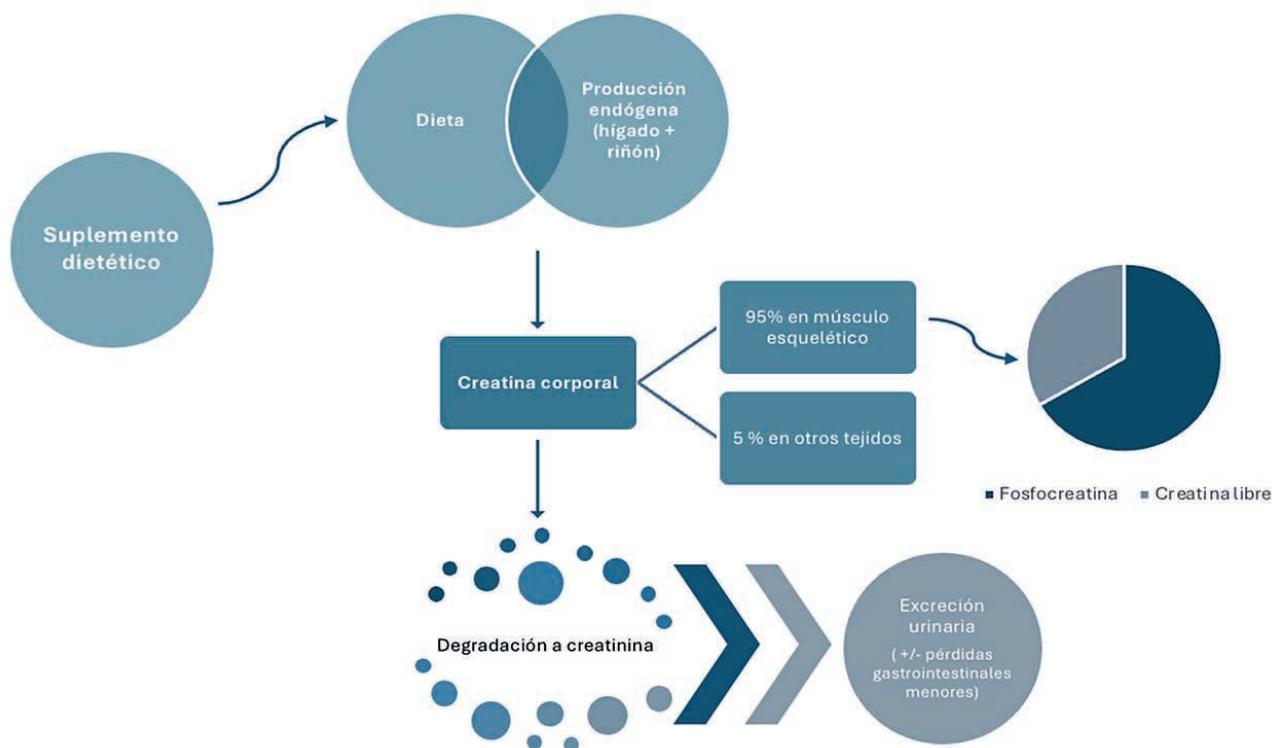
**Figura 1. La creatina. Obtención, almacenamiento y eliminación.**

Tabla 2. Efectos ergogénicos de la suplementación con creatinina

Aumento del rendimiento en sprints simples y repetitivos.
Aumento de la tolerancia al ejercicio isométrico mantenido en series.
Aumento de la masa muscular y adaptación de la fuerza durante el entrenamiento.
Aumento de la síntesis de glucógeno.
Aumento del umbral anaeróbico.
Possible mejora de la capacidad aeróbica a través de una mayor transferencia de ATP desde las mitocondrias.
Aumento de la capacidad de trabajo.
Mayor capacidad de recuperación.
Mayor tolerancia a la fatiga.

masa muscular e hipertrofia de la misma tras un periodo de entrenamiento. Además, parece disminuir la fatiga durante el ejercicio, favoreciendo una mejor recuperación y la prevención de lesiones, e incluso disminuir la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal y tasa de sudoración^{2, 5, 6}.

Se han observado beneficios tanto en hombres como en mujeres, no obstante, la mayoría de los estudios se han realizado en hombres. En la tabla 2, se enumeran los efectos destacados por la Sociedad Internacional de Nutrición Deportiva (ISSN), que define a la creatina monohidrato como el suplemento nutricional ergogénico más eficaz para aumentar la capacidad de ejercicio de alta intensidad y la masa corporal magra durante el entrenamiento².

Una dieta mediterránea supone un aporte diario de 1-5 g/ día de creatina, e implica unos niveles de reserva muscular de la misma en torno al 60-80%. De esto se puede deducir que la suplementación de creatina permitiría incrementar el porcentaje de reserva de CrP en torno a un 20-40%.

Existen diferentes formas de suplementación, si bien la considerada como más eficaz a la hora de aumentar las reservas musculares de creatina consiste en dos fases, una de saturación de las reservas y otra de mantenimiento²:

- En la primera fase, con el objetivo de saturar la reserva tisular, se recomienda la ingesta de 5 g de creatina monohidrato (o aproximadamente 0,3 g/kg de peso corporal) cuatro veces al día durante 5-7 días.
- Una vez que se ha conseguido saturar la reserva de creatina (Cr + CrP), se puede indicar una dosis de mantenimiento de 3-5 g al día, aunque deportistas de alto rendimiento pueden necesitar consumir al día 5-10 g/ 24 horas de creatina para mantener unas reservas estables. Además, población con procesos patológicos agudos, pueden ver incrementadas sus necesidades diarias de creatina en torno a 30 g/24 horas.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL Y BODYBUILDING

En la práctica clínica, los parámetros más utilizados en nuestro día a día para valorar la función renal de forma indirecta son la creatinina en suero (Crn) y la tasa de filtrado glomerular (TFG).

Como se ha descrito anteriormente, la Cr y la PCr, cuyas reservas varían en función de la masa muscular, la dieta y la suplementación, se degradan de forma espontánea a creatinina, que en un riñón sano se filtra posteriormente y es excretada a través de la orina.

Es necesario tener en cuenta que la tasa de degradación a creatinina depende de su concentración sérica⁶. Por otro lado, las ecuaciones de cálculo de la TFG estimado sólo utilizan las cifras plasmáticas de creatinina sin tener en cuenta la excreción urinaria y, a su vez, están determinadas por la edad, el sexo y la etnia.

Los protocolos de dosificación de suplementación con creatina, que se basan en saturar las reservas de la misma, exceden tanto su producción endógena como las tasas de excreción. De hecho, la creatina normalmente no está presente en la orina, pero puede alcanzar niveles muy altos (>10 g/día) durante la suplementación³. Además, respecto a la producción endógena, parece que se produce una inhibición de una enzima clave involucrada en la síntesis de creatina, la AGAT, incrementándose el uso de los aminoácidos precursores de la creatina en otras rutas metabólicas, como en el ciclo de la urea o el ciclo de la guanidina, por ejemplo. Sin embargo, no existe evidencia de que esto pueda conducir a una elevación en plasma ni en orina de forma significativa de los valores de urea en individuos sanos⁵.

Por tanto, se puede concluir que los niveles sanguíneos de creatinina tanto sérica como urinaria y la TFG pueden variar en función de la masa muscular y la ingesta de creatina. Sin embargo, el aumento de la creatinina o la disminución de la TFG no implican

categóricamente una disfunción renal. Es por ello que siempre que nos encontramos con este perfil de pacientes, se recomienda para obtener una información más fidedigna tener en cuenta otros marcadores de daño renal como la presencia de hematuria, albuminuria o proteinuria y medir también el aclaramiento de creatinina en orina de 24 horas o la Cistina C. Este último parámetro no está relacionado ni con la masa muscular ni con la dieta, si bien tenemos que tener en cuenta que sí puede alterarse con el consumo esteroides anabólicos andrógenos^{1, 5}.

A lo largo de los últimos años, desde que en 1992 demostraron por primera vez que los niveles de creatina muscular podían aumentar con la suplementación con creatina oral, se han realizado cientos de estudios para evaluar el impacto de dicha suplementación sobre la salud, con períodos de seguimiento muy variables, desde 30 días hasta 5 años, mayoritariamente en personas sanas, si bien algún estudio incluye pacientes con enfermedad renal preexistente o bien otro tipo de enfermedades neurológicas, distrofias musculares o diabetes, donde la creatina podría tener un resultado terapéutico positivo^{2, 6, 7}.

La publicación de un caso en 1998⁸ que asocia el deterioro de la función renal en un paciente con suplementación, ya que las cifras de creatinina y TFG se normalizaron tras la suspensión del suplemento, influyó de forma relevante en la creencia de que la toma de monohidrato de creatina era perjudicial para la salud renal. Sin embargo, en las conclusiones de la misma no se tuvieron en cuenta las variaciones séricas explicadas previamente. Asimismo, el paciente padecía una glomeruloesclerosis focal y segmentaria con recaídas frecuentes con síndrome nefrótico y había estado en tratamiento con ciclosporina en los 5 años previos, fármaco nefrotóxico que además interacciona con la creatina, como se demostró posteriormente. Por otro lado, las dosis de mantenimiento ingeridas por el paciente eran poco mayores a las de una dieta omnívora (2 g/día durante 7 semanas). Todo ello hace que dicha conclusión sea cuestionable^{3, 5, 6}.

Tal y como recogen diferentes revisiones^{1, 5}, existen 7 estudios más que han concluido causa-efecto entre la suplementación nutricional con creatina y fallo renal en culturistas. Sin embargo, al igual que el mencionado previamente, estos estudios tienen severas limitaciones que dificultan sacar conclusiones válidas, dado que todos ellos son estudios retrospectivos, no

se dispone en varios de valoración de la función renal previa al consumo de creatina, en 2 se utilizaron dosis diferentes a las recomendadas (de 4 a 100 veces superior en sendos estudios), se admitió el uso de otros complementos vitamínicos o esteroides, o no recogieron el uso de otros suplementos o drogas, esteroides anabolizantes o fármacos.

En contraposición, numerosos ensayos de investigación experimentales y controlados, revisiones posteriores y metaanálisis sobre los mismos^{4, 5, 6, 9} han concluido que el consumo de las dosis recomendadas de suplementos de creatina no tiene efectos perjudiciales sobre la función renal, siendo seguro su consumo en personas sanas. Todos coinciden en que faltan estudios en personas con enfermedad renal preexistente. Existen algunos estudios de casos como el realizado por Akbari et al.¹⁰, que concluyen que la suplementación no se asoció con la recurrencia de cálculos renales en un paciente con dicha afección o el realizado por Gualamo et al.¹¹, que concluyen que la suplementación con creatina a corto plazo parece no afectar la función renal en un hombre monorrenero y con una TFG levemente disminuida, dado que aunque la creatinina y la TFG se vieron alteradas, el aclaramiento de creatinina se mantuvo constante. No obstante, tratándose de estudios de casos los resultados no pueden extrapolarse, por lo que se necesitan ensayos controlados aleatorios que utilicen medidas precisas para la evaluación de la función renal en dichos pacientes.

CONCLUSIÓN

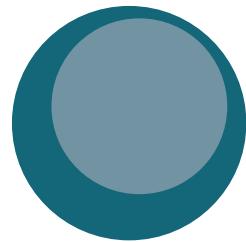
Es imprescindible conocer que las variaciones en las cifras de creatinina sérica o la TFG no implican necesariamente que exista un deterioro de la función renal, ya que pueden estar influenciadas por la masa muscular, la dieta y la suplementación, entre otras, como ocurre en algunos de los pacientes que utilizan monohidrato de creatina como suplemento oral por sus efectos ergogénicos sobre la masa muscular. Por tanto, se debe intentar utilizar el resto los marcadores analíticos para poder interpretar los falsos positivos.

La suplementación con creatina es segura y no altera la función renal en las personas sanas si es utilizada en las cantidades recomendadas. Siguen siendo necesarios más estudios en personas que tengan una enfermedad renal preexistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tidmas V, Brazier J, Hawkins J, Forbes SC, Bottoms L, Farrington K. Nutritional and non-nutritional strategies in bodybuilding: Impact on kidney function. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(7):4288. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19074288>

2. Kreider RB, Kalman DS, Antonio J, Ziegenfuss TN, Wildman R, Collins R, et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. *J Int Soc Sports Nutr* [Internet]. 2017;14(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12970-017-0173-z>
3. Antonio J, Candow DG, Forbes SC, Gualano B, Jagim AR, Kreider RB, et al. Common questions and misconceptions about creatine supplementation: what does the scientific evidence really show? *J Int Soc Sports Nutr* [Internet]. 2021;18(1):13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12970-021-00412-w>
4. Gualano B, Roschel H, Lancha AH, Brightbill CE, Rawson ES. In sickness and in health: the widespread application of creatine supplementation. *Amino Acids* [Internet]. 2012;43(2):519–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22101980/>
5. Longobardi I, Gualano B, Seguro AC, Roschel H. Is it time for a requiem for creatine supplementation-induced kidney failure? A narrative review. *Nutrients* [Internet]. 2023;15(6):1466. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/6/1466>
6. Persky AM, Rawson ES. Safety of creatine supplementation. En: Subcellular biochemistry. 2007. p. 275–89.
7. Kreider RB, Stout JR. Creatine in health and disease. *Nutrients* [Internet]. 2021;13(2):447. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/2/447>
8. Pritchard NR, Kalra PA. Renal dysfunction accompanying oral creatine supplements. *Lancet* [Internet]. 1998;351(9111):1252–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9643752/>
9. de Souza e Silva A, Pertille A, Reis Barbosa CG, Aparecida de Oliveira Silva J, de Jesus DV, Ribeiro AGSV, et al. Effects of creatine supplementation on renal function: A systematic review and meta-analysis. *J Ren Nutr* [Internet]. 2019;29(6):480–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jrn.2019.05.004>
10. Akbari HA, Ghram A, Knechtle B, Weiss K, Ben SH. Effect of creatine supplementation on kidney stones recurrence in an athlete: a case report. *Tunis Med* [Internet]. 2022;100(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36206067/>
11. Gualano B, Ferreira DC, Sapienza MT, Seguro AC, Lancha AH Jr. Effect of short-term high-dose creatine supplementation on measured GFR in a young man with a single kidney. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2010;55(3):e7–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.10.053>



INCIDENTES CRÍTICOS

1. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

- Hernando Nieto R.¹, Millán Hernández E.², María Hurtarte Arroyo S.³, Corella Fructuoso P.³, Gallego Sánchez M.A.².

⁽¹⁾ Residente de 3 año.

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

⁽³⁾ Residente de 1 año. C.S. Monterrozas, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Durante mi rotación por oftalmología atendí una paciente por sospecha de conjuntivitis. La paciente tenía 23 años venía acompañada por su pareja, refería sensación de cuerpo extraño, exudación por el ojo izquierdo desde hacia 24 horas y visión borrosa. A la exploración física y con la lámpara de hendidura impresionaba de conjuntivitis vírica, por lo que inicialmente no se inició cobertura antibiótica y se indicó tratamiento con antiséptico. A los 5 días la paciente acude de nuevo de urgencias a oftalmología por empeoramiento del dolor y mayor exudación, en ese momento se decide inicio de tratamiento antibiótico tópico con tobramicina, se realiza cultivo de exudación y revisión en 5 días. En la revisión se objetiva en cultivo el crecimiento de neisseria gonorrhoeae. Se pide a la paciente que entre sin su novio a la consulta para hacer una anamnesis dirigida por el hallazgo del cultivo del exudado conjuntival. La paciente en todo momento niega relaciones sexuales de riesgo, se le explica que la transmisión de dicha bacteria es por vía sexual por lo que si ella no ha mantenido relaciones sexuales de riesgo se lo ha contagiado su pareja. La paciente siguió negando la posibilidad de que su pareja hubiera mantenido relaciones sexuales de riesgo y amenazó con interponer una queja por "sacar conclusiones precipitadas de ella y su pareja". Se inició tratamiento y se citó para una revisión. La conjuntivitis evolucionó bien y no le han quedado secuelas.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto una amenaza de una reclamación puede hacernos dudar de nuestro criterio médico?, ¿Ante sospecha de enfermedades de transmisión sexual hasta qué punto debemos insistir al paciente en que si no ha sido él ha sido su pareja?, dado que el paciente se puede sentir ofendido

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Mejorar las habilidades comunicativas en situaciones estresantes o incómodas tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Ante una amenaza de una reclamación o de una denuncia no deberíamos cambiar nuestro criterio ni nuestra manera de tratar al paciente. Las pruebas complementarias son aliados y nos han de servir de apoyo. En este caso por ejemplo sabemos que la transmisión de neisseria gonorrhoeae es vía sexual de manera que, aunque la paciente no lo reconozca sabemos la procedencia del germen.

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

El hecho de compartir información con compañeros con más experiencia para ver cómo hubieran afrontado la experiencia o situación con esta paciente en concreto. Dado que lo más probable es que hayan tenido situaciones similares a lo largo de su carrera profesional.

Compartir distintas experiencias con los compañeros de profesión siempre nos enriquece.

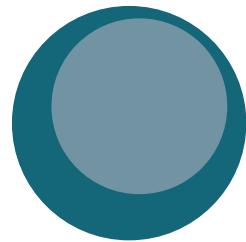
¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

En mi práctica diaria intentó aplicar técnicas de comunicación sobre todo con pacientes en situaciones complejas como puede ser la comunicación de malas noticias, momentos tensos, discrepancias de opiniones de manejo y tratamiento.

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

No solo debemos aplicar las técnicas aprendidas en las guías de práctica clínica, sino que también debemos aprender de nuestros compañeros e incluso de los pacientes y los familiares.

Para desenvolverse mejor en situaciones de difícil manejo.



INCIDENTES CRÍTICOS

2. VENCIENDO LOS ESTIGMAS DE LA SALUD MENTAL DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA

■ Cisneros Javierre A.C., MIR R4 de MFyC, CSU Santa Hortensia, Madrid.

Hoy en día, que tanto se habla de la Salud Mental, de la importancia de la misma y de no estigmatizar a los pacientes con ciertos diagnósticos, ¿de verdad se cumple esto? ¿Hemos avanzado de verdad en este aspecto, o nos queda mucho por recorrer? ¿A caso ciertos profesionales, por nuestra formación, estamos de verdad más “sensibilizados” con este tema, o es cuestión de cada persona? Todas estas preguntas me surgieron a raíz de una paciente que pude ver en una guardia, hacia el final de la “ola de gripe” que azotó nuestras Urgencias y Centros de Salud este pasado invierno.

La paciente en cuestión una mujer de mediana edad con, además de diagnóstico del área de la esfera de Salud Mental en seguimiento en el Centro de Salud Mental (CSM) pertinente, diagnóstico de asma en tratamiento. Acudió por una crisis asmática a la urgencia en la que, a su llegada, además de una taquipnea de más de 40 respiraciones por minuto, presentaba una auscultación con prácticamente silencio auscultatorio; es decir llegó a la urgencia con una crisis de asma de riesgo vital y con una insuficiencia respiratoria comprobada por gasometría arterial con una P02 de menos de 60. Rápidamente comenzamos con el tratamiento broncodilatador completo, y tras iniciarlo y estabilizar a la paciente, a la anamnesis refirió que presentaba clínica catarral leve los días previos, y hacía escasamente una hora había comenzado con disnea en el coche, de forma progresiva sin conseguir revertir la sintomatología con los inhaladores pautados en caso de precisar rescate.

Tras toda la medicación administrada correctamente y siguiendo las guías de asma en cuanto a la actuación en una crisis asmática, la paciente mejoró notablemente, normalizando incluso su gasometría con una P02 de 95 tras el tratamiento; no obstante, teniendo en cuenta la gravedad y repercusión de la crisis a su llegada, siendo esta de riesgo vital prácticamente, se decidió desde urgencias valoración de la paciente por parte de Neumología de guardia, para valorar observación en urgencias y/o ajuste de tratamiento al alta así como revisiones pertinentes. Por tanto, así fue que, tras reflejar todo lo ocurrido en la historia clínica, exploración a su llegada, tratamiento y pruebas

realizadas, la paciente fue valorada por Neumología de guardia.

Cuál fue mi estupefacción que, tras dicha valoración, al leer lo que escribieron los compañeros dado que no pudieron comentarlo en persona, describieron como juicio clínico tras valorar a la paciente: Crisis de ansiedad; y el especialista en Neumología prescribió como tratamiento de la paciente una benzodiacepina oral (algo que no debería administrarse si hay riesgo de depresión respiratoria). Si bien la paciente estaba nerviosa por la situación y taquicardizada a causa de las 3 nebulizaciones que incluían salbutamol, creo que dicho juicio clínico y tratamiento no era el adecuado en ese momento. ¿Qué fue lo que le llevó al otro profesional a emitir dicho diagnóstico? ¿La sintomatología a causa de la medicación administrada, o el diagnóstico previo de otra patología de la esfera de salud mental que figuraba en su historia clínica? En cualquier caso, creo que además de lo que fuera que le llevó a esa conclusión, ignoró todo lo realizado con la paciente, tratamientos y pruebas de laboratorio que abalaban el diagnóstico inicial y real por el que la paciente acudió a urgencias, una crisis asmática grave.

¿Está por tanto superada la estigmatización en este tipo de pacientes? ¿Se les atiende de la misma manera que a otro sin dicho “cartel”? Aunque me gustaría creer que sí, mi forma de pensar es que, aunque se ha avanzado mucho, todavía evidentemente por casos como este queda mucho por hacer. Quizás hemos parcelado tanto la medicina con especialidades y subespecialidades muy concretas dentro de cada una, que se llega perder la visión completa, la llamada visión holística, del paciente. Algo que nosotros, los (futuros y presentes) especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria no perdemos por las características de nuestra especialidad, y la formación que adquirimos a lo largo de la residencia, así como durante todos los años posteriores. Por supuesto, creo que existe también cierto componente personal en la forma de ser y atender a los pacientes, algo que es innato, y que no importa qué especialidad se tenga, pero sí que es verdad que ciertos aspectos se acentúan o desarrollan más según la formación que tengas y que

implica cultivar más ciertos aspectos, o el desarrollo profesional que hagas en tu día a día.

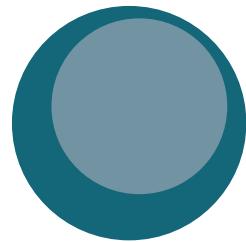
¿Cómo podríamos solucionar situaciones como estas? El aspecto personal de cada uno es difícil de cambiar completamente como digo, pero sí se podría moldear. A lo largo de nuestra residencia, nosotros somos los eternos rotantes, de un servicio a otro, de otra especialidad a otra, para que sepamos tratar todo, incluso a veces nos recalcan los errores de derivación de otros compañeros para no cometerlos en un futuro. Pero, y a la inversa, ¿qué ocurre? La realidad es que, en Madrid, salvo los especialistas en Medicina del Trabajo además de nosotros mismos obviamente, ningún otro especialista MIR realiza rotación por el centro de salud, no conocen cómo trabajamos, no ven los “errores” que nos recalcan desde el otro lado y por supuesto, no conocen lo que es llevar al paciente en su entorno teniendo en cuenta su “todo”, así como las dificultades que puedan surgir al agrupar todo lo que le ocurre al paciente. Quizás un periodo corto de rotación por nuestros centros de salud ayudaría a que por lo menos tuvieran cierto contacto con esa visión holística del paciente, que podría llegar a minimizar situaciones como la anteriormente descrita.

No debemos olvidar que todo aquello que hacemos, decimos y prescribimos a los pacientes tiene un gran impacto sobre su salud y su persona. Así pues, el desenlace del anterior caso descrito fue que la paciente tuvo que acudir al día siguiente de nuevo a urgencias por una nueva crisis asmática, en este caso de menor repercusión, acabando finalmente la paciente citada en las consultas de neumología y con tratamiento ajustado al alta tras valoración por profesionales distintos. Pero por casualidades de la vida, pudimos saber cómo repercutió en su salud mental encontrando a la paciente en consultas de CSM casi un mes después, y en dicha consulta transmitió su preocupación ya que creía que, debido a lo dicho en primer lugar, ella misma se provocaba su dificultad respiratoria sin tenerla realmente.

Por tanto, no hay que olvidar la repercusión de cada uno de nuestros actos médicos, ni dejarse llevar por “carteles” ignorando la realidad o las pruebas de la misma. Queda todavía camino por hacer en este aspecto, pero quizás la formación integral o contacto con una manera de trabajar holística fuera una de las posibles vías para minimizar casos como éste.

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO:

- Jassir Acosta, M. P., Cárdenas Charry, M. P., Uribe Restrepo, J. M., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., Castro, S., Marsch, L., & Gómez-Restrepo, C. (2021). Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. Revista colombiana de psiquiatría, 50, 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.017>



INCIDENTES CRÍTICOS

3. LA BARRERA IDIOMÁTICA Y CULTURAL COMO PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- López Berenguel M.A., Martínez Montejo C.
Centro de Salud de Canillejas, Madrid.

DESCRIPCIÓN

¿Qué ha ocurrido?

Acude por urgencias al centro de salud una paciente de 50 años, de origen árabe, acompañada de su hija que ejercía de traductora. Viven en España desde hace aproximadamente 20 años, pero la paciente no ha aprendido nunca a hablar español porque su marido no lo consideraba necesario, aunque entendía parcialmente el idioma. La paciente acude por dolor, edema y eritema en el pie derecho tras una herida por rozadura de unos zapatos. El diagnóstico de sospecha fue de celulitis en el pie derecho, por lo que se pautó tratamiento con cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante 5 días.

Revisando su tratamiento, existía una prescripción de insulina basal y al preguntar sobre ello refería que no la había utilizado nunca porque “ella no era diabética”. Sin embargo, constaba el diagnóstico de diabetes tras objetivar glucemia de 350 mg/dL en la última analítica.

Tras explicar el tratamiento antibiótico por la celulitis, se insistió en que debía acudir a la consulta de su médico habitual para vigilar la evolución, así como retomar el seguimiento de su diabetes y repetir los análisis. Se dejó una cita con su médico y salieron de la consulta, pero a los minutos vuelven a llamar a la puerta. Entró su hija bastante afectada, llorando y bastante preocupada.

Son atendidas de nuevo, y su hija comentó muy angustiada que no habían contado esto a nadie antes por miedo a no ser creídas al no tener ninguna prueba. Comenta que tuvieron una muy mala experiencia en urgencias y desde entonces no han vuelto a ir a ningún médico. Fue valorada en urgencias por un episodio de dolor abdominal tras una comida copiosa durante el Ramadán. Explican

que en urgencias las trataron mal por no entender bien el idioma. Al extraer la analítica, cuentan que fue bastante doloroso porque eran enfermeras en prácticas y que la utilizaron para practicar sin pedirle permiso, con la excusa de que no las entendían. Al comunicarles los resultados, inicialmente le dijeron que todos eran normales, pero después volvieron nuevamente para decirles que había un error porque se habían confundido de analítica. Según los nuevos resultados había alteraciones graves y tenían que hacer una ecografía abdominal para ver la vesícula biliar. Cuentan que fue valorada por muchos médicos, haciendo hincapié en que eran muy jóvenes y que se confundieron en varias ocasiones con sus datos. Escucharon cómo decían entre ellos que esos resultados eran de otro paciente. Tras la ecografía abdominal se diagnosticó de colecistitis aguda litiasica, por lo que hablaron con ellas los cirujanos para informarles de la necesidad de intervención quirúrgica e ingreso hospitalario.

Su hija después del trato que habían recibido, la información discrepante que le habían dado y cómo le explicaron lo que le ocurría, solicitó el alta voluntaria. Ella aseguraba que su madre ya estaba bien, que siempre había sido sana y “no había hecho nada malo para tener una enfermedad”. Finalmente, después de decirle de malas formas que podía morirse por no quedarse en el hospital, fue dada de alta de forma voluntaria con antibiótico oral y recomendación de acudir a control con su médico habitual.

Desde ese momento hasta la nueva consulta de urgencias no había sido valorada por un médico, aun teniendo un diagnóstico de diabetes y alguna complicación secundaria a esta, como fue la celulitis, debido a malentendidos en la comunicación por diferencias de idioma, cultura, creencias acerca de la enfermedad, el ambiente hostil de la urgencia hospitalaria, así como la mala experiencia con algunos profesionales sanitarios.

PREGUNTA

Transformar el incidente crítico en una pregunta susceptible de ser contestada

¿Cómo influyen las barreras de comunicación en la seguridad del paciente y en la relación posterior del paciente con el entorno sanitario? ¿Tenemos en cuenta las diferencias culturales al atender a las personas?

OBJETIVO

Lo que se pretende conseguir

- Aprender cuales son las posibles barreras en la comunicación con pacientes de otras culturas o con diferentes idiomas.
- Conocer los recursos disponibles para utilizar en la consulta diaria.
- Mejorar las habilidades comunicativas en estos casos.

MÉTODOS

Para conseguir el objetivo

- Elaboración de una sesión clínica en el centro de salud
- Lectura de revisiones científicas sobre comunicación clínica

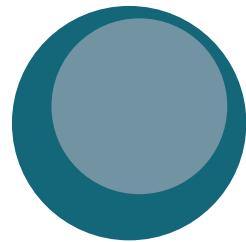
ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué se ha aprendido? ¿Mejor procedimiento para aprender? ¿Cómo se aplica el aprendizaje en la práctica?

He aprendido la importancia de las barreras que pueden existir en la comunicación. Estas barreras pueden ser tanto verbales, por no entender adecuadamente el idioma o tener un entendimiento parcial que puede empeorar en situaciones de estrés; así como no verbales, por las diferencias culturales que condicionan la concepción de la enfermedad, el proceso de curación y la relación con el entorno sanitario. En este caso, en la cultura de la paciente se entiende la enfermedad como un “castigo divino” por no haber seguido los preceptos religiosos, por lo que negaba la presencia de enfermedades por “haber sido buena persona”. He aprendido que estos problemas pueden llevar a una situación en la que se vea comprometida la seguridad del paciente y que condicione la relación con otros profesionales sanitarios en el futuro. También he aprendido que aunque vaya en contra de nuestro criterio como médicos, hay que respetar las decisiones en cuanto a la salud de las personas, siempre y cuando nos aseguremos de que han comprendido los riesgos que se asumen y las posibles consecuencias derivadas.

¿Falta algo por aprender?

En mi opinión hay que mejorar en general la atención a personas de otras culturas, evitando los prejuicios, mostrando interés por conseguir el entendimiento, preguntando abiertamente al paciente cuáles son sus preocupaciones o temores. También considero importante ser proactivos para salvar las posibles barreras comunicativas. Sería por ejemplo interesante utilizar recursos como la teletraducción simultánea disponible en todos los ámbitos sanitarios de la Comunidad de Madrid, así como recursos escritos en el idioma del paciente para reforzar la información explicada cuando sea necesario.



INCIDENTES CRÍTICOS

4. DESAFÍO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ATENCIÓN INTEGRAL A UNA MENOR VÍCTIMA DE UNA VIOLACIÓN

■ Angulo García C¹, Beloqui Areizaga A², Muñoz Lara I³, García de Francisco S⁴

(¹) Médico residente de 4º año de MFyC.

(²) Médico residente de 3^{er} año de MFyC.

(³) Médico residente de 1^{er} año de MFyC.

(⁴) Médico Especialista de MFyC., tutora de residentes.

Centro de salud Orcasitas, Madrid, España

DESCRIPCIÓN

Durante una de las guardias realizadas en el Servicio de Urgencias de Pediatría, atendí un caso clínico de violación en una menor de edad

La paciente es una niña de 13 años sin antecedentes de interés que refiere que hace menos de 4 horas ha sufrido un abuso sexual. La niña relata que había quedado a través de redes sociales con un chico unos años mayor que ella (varón de unos 30 años), el cual la ha obligado a introducirse en su coche, ha tapado las ventanillas del coche, la ha inmovilizado, la ha silenciado introduciéndole un paño en la boca, le ha retirado el pantalón con violencia rasgándolo y a continuación la ha violado, con penetración. La paciente relata que posteriormente se encontraba confusa, el chico la ha obligado a bajarse del coche y ha huido. Sus padres refieren que la han localizado con la geolocalización del teléfono móvil, viendo como salía del coche confundida, llorando. A mi valoración en el hospital la paciente se encuentra confusa, en estado de shock, con labilidad emocional, acompañada de sus padres.

Ante los hechos descritos, comunico el caso a una adjunta responsable, valoramos conjuntamente a la paciente, y contactamos con Juzgado de Menores para dar parte de los hechos ocurridos, contactando con un médico forense del juzgado para la toma de muestras correspondientes, junto con el Servicio de Urgencias de Ginecología, administramos profilaxis post-exposición para enfermedades de transmisión sexual; y posteriormente realización de parte de lesiones, indicando acudir a la policía para tramitar la denuncia de estos hechos.

La competencia principal trabajada ha sido la capacidad para identificar, manejar y derivar adecuadamente los casos de abuso sexual en la infancia, garantizando la protección de la menor y proporcionando el apoyo necesario a la víctima y su familia.

Esta competencia implica no solo el reconocimiento de signos físicos y psicológicos de abuso, sino también la comunicación efectiva y el trabajo en equipo con otros profesionales de la salud y servicios sociales.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuál es el abordaje integral más efectivo para la atención médica y psicosocial de una menor de edad víctima de violación? ¿Cómo podría mejorar mis habilidades comunicativas para crear un entorno seguro para que la paciente pueda relatarme en la anamnesis un incidente de este calibre? ¿Cómo puedo desarrollar herramientas que me ayuden en la gestión del impacto emocional de casos de abusos en menores?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Mejora de habilidades comunicativas empáticas, especialmente a nivel de técnicas de entrevista clínica centrada en el paciente, potenciando la escucha activa y la comunicación no verbal; tanto con las víctimas de violencia sexual, como de sus familiares.
- Comprender y aplicar los protocolos de actuación en casos de violación infantil, con especial énfasis en los trámites burocráticos necesarios a realizar en este tipo de casos y en la coordinación con otros servicios (psicológicos, sociales y judiciales) para asegurar una atención integral.
- Gestión del impacto emocional que estos casos pueden tener en los profesionales sanitarios, con formación específica en el manejo del estrés en situaciones de alta carga emocional, como es este caso.

MÉTODOS

- Exposición a la situación en la práctica clínica.
- Revisión de la literatura y protocolos existentes sobre el manejo de abuso sexual infantil.
- Participación en talleres y cursos de formación sobre violencia sexual infantil.
- Realización de simulaciones clínicas, cursos prácticos y “role-playing” para mejorar las habilidades comunicativas y para gestionar situaciones de alta carga emocional.
- Búsqueda bibliográfica con protocolos y guías de práctica clínica para casos similares.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE:

1. ¿Qué has aprendido?

Uno de los aspectos más relevante que he podido aprender con este caso es la importancia de capacidad comunicativa para establecer una relación de confianza con la menor y su familia, de forma que fuera posible realizar una entrevista clínica empática y cuidadosa, lo cual fue crucial en la revelación del abuso. También quería destacar que he aprendido la importancia de un abordaje integral y coordinado en la atención a menores víctimas de violación, con un equipo multidisciplinar.

Además, he adquirido conocimientos sobre los protocolos específicos a seguir, incluyendo la notificación obligatoria a las autoridades, la recolección de evidencias forenses, y la necesidad de un enfoque multidisciplinar que incluya apoyo médico, psicológico y social.

2. ¿Cuál es el mejor procedimiento para aprender?

El mejor procedimiento para aprender es la combinación de formación teórica y práctica. La revisión de la literatura y los protocolos proporciona una base sólida de conocimientos, mientras que la participación en

talleres permite practicar y mejorar las habilidades necesarias en un entorno controlado. Por otro lado, la observación y participación en casos reales en la práctica clínica bajo la supervisión de especialistas es fundamental para recibir retroalimentación constructiva.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

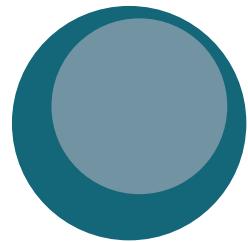
1. ¿Cómo se aplica el aprendizaje en la práctica?

El aprendizaje se aplica en la práctica mediante la implementación de las guías de práctica clínica y los protocolos de actuación durante la atención inicial a la menor víctima de violación. Esto incluye la realización de anamnesis, exploración física y pruebas complementarias necesarias, y la coordinación inmediata con servicios psicológicos, sociales y judiciales. La comunicación empática y efectiva con la víctima y su familia es crucial para asegurar su cooperación y confianza, facilitando así el proceso de atención clínica.

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

Me gustaría profundizar más en el tema, centrándome en el conocimiento de técnicas avanzadas de entrevista con menores, especialmente en situaciones vulnerables como en este caso, víctimas de abuso y en la legislación vigente relacionada con el abuso sexual infantil. Además, sería interesante desarrollar habilidades específicas para el manejo del estrés y el impacto emocional en situaciones de alta carga emocional.

Para mejorar en estas áreas, planeo participar en talleres y cursos sobre manejo del estrés y apoyo emocional para profesionales sanitarios. También buscaré formación especializada en técnicas de entrevista clínica centrada en el paciente y en legislación sobre abuso sexual, y más concretamente en la infancia. La lectura de literatura actualizada y la participación en grupos de discusión y supervisión clínica me permitirán adquirir un conocimiento más profundo y práctico sobre estas competencias.



INCIDENTES CRÍTICOS

5. LA COORDINACIÓN EN PATOLOGÍA POTENCIALMENTE GRAVE

- Martín González M¹., Bellón Benito M.²
⁽¹⁾ Residente 4 año MFYC. CS Collado Villalba Estación
⁽²⁾ Especialista MFYC PAC Guadarrama.

DESCRIPCIÓN

Acude a punto de atención continuada (PAC) Varón de 51 años sin factores de riesgo cardiovascular acude por malestar generalizado y disnea. Fue valorado 2 días antes con pauta de antibiótico sin inhaladores y dado de alta en el mismo PAC y, consulta de nuevo por ausencia de mejoría.

Al ir a explorarte, la auscultación cardiaca me impresiona de rápida y en el ECG se objetiva FA con RVR a 190 lpm.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo afrontar el manejo de patología potencialmente grave en un medio de urgencias extrahospitalaria?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

- Conocer material y tratamiento de los que disponemos en los PAC para el tratamiento de patología potencialmente grave.
- Manejo ambulatorio de taquicardia irregular en atención primaria
- Procedimiento y protocolo para activar UVI móvil (soporte vital avanzado)

MÉTODOS

1. Clases/cursos/seminarios
2. Consulta de libros de texto
3. Búsqueda bibliográfica
4. Sesión clínica con simulación

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

La importancia de reconocer patología potencialmente grave en medio extrahospitalario.

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

Búsqueda bibliográfica, consultando libros de texto con algoritmos de manejo, así como talleres de simulación en sesiones clínicas.

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

En los PAC sólo se dispone de antiarrítmicos como amiodarona y digoxina.

No hay anticoagulación disponible.

Uso correcto del desfibrilador y monitor.

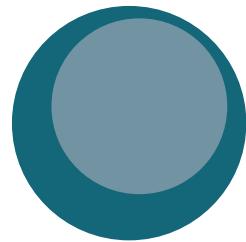
¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Saber identificar arritmias cardíacas de QRS estrecho, con la necesidad de realización de ECG en los primeros minutos de la llegada del paciente.

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

El trabajo en equipo desde los puntos de atención continuada es esencial para un manejo multidisciplinar con el paciente; la importancia de un equipo de enfermería coordinado con el cuadro médico para poder mantener la monitorización del paciente y supervisión en todo momento ante un paciente con una arritmia potencialmente grave.

El conocer la activación de soporte vital avanzado, dando información concisa y clara.



INCIDENTES CRÍTICOS

6. ¿SE NOS VA DE LAS MANOS? LAS AGRESIONES EN EL SISTEMA SANITARIO... PARA REFLEXIONAR

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

^(a) Residente 4º año MFYC. CS C. Villalba Estación.

^(b) Especialista MFYC. Tutora de residentes. CS C. Villalba Estación.

DESCRIPCIÓN

Un día pasando consulta médica en atención primaria, llega un paciente sin cita previa bastante irritado, por lo que se fuerza la consulta médica de urgencias.

Al entrar en consulta con un tono de voz elevado, el paciente refiere que estuvo malo durante el fin de semana y no fue a trabajar y exige baja laboral, al interrogarle sobre la clínica presentada, su respuesta es: "te da igual porque ya estoy bien, solo necesito el papel de la baja para que no me despidan". Revisando historia clínica no fue valorado por ningún profesional sanitario en esas fechas, por lo que se le explica que la baja médica es un documento legal y que no amerita IT. A partir de ahí, todo aumenta de intensidad con agresividad verbal, insultos e incluso un golpe encima de la mesa para terminar marchándose diciendo "para esto pago".

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

¿Cómo gestionar e intentar reconducir a un paciente agresivo?

- Reconducir la conversación en consulta médica.
- Empatizar con la queja médica del paciente.
- Explicar con tono de voz relajado la situación.
- Conocer implicación legal de las agresiones en el sistema sanitario.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE Y CONCLUSIONES

Cualquier agresión debe notificarse para que quede reflejado y, llegado el punto incluso tramitar denuncia.

BIBLIOGRAFÍA

1. *INFORME DE AGRESIONES A PROFESIONALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2022* (sanidad.gob.es). Disponible online en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/agresiones/docs/Informe_Agresiones.2022.pdf
2. *Resolución 92/2019, de 1 de marzo, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueba el Protocolo de Prevención y Actuación frente a la Violencia en el Trabajo en las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud*

En el informe de agresiones a profesionales del sistema nacional de salud por parte del gobierno de sanidad se adjuntan, así como diferentes recomendaciones dirigidas al personal sanitario.¹

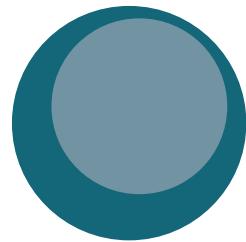
En el SERMAS se dotó de medidas antipánico (pulsadores de alarma y emergencia) a las consultas en el año 2019.² En el informe recogido del año 2022 se postula que el aumento de agresiones tanto físicas como no físicas se podría deber a la combinación de diversas causas entre las que se encuentran¹:

- La mayor concienciación por parte del personal sanitario con mayor respaldo desde las administraciones y cuerpos de seguridad que animan a notificar las agresiones que previamente pasaban desapercibidas.
- Las actualizaciones en los sistemas informáticos que permiten la recogida de datos y notificación de las mismas.
- El aumento real de agresiones por parte de los usuarios del sistema nacional de salud.

También mencionando las restricciones en los ámbitos sanitarios debido a la pandemia mundial del año 2020¹.

Aún queda pendiente la publicación de datos del año 2023 para valorar hasta qué punto nos dirigimos.

Ante el aumento de prevalencia de agresiones a profesionales sanitarios, creo que sería importante la formación en manejo de conflictos, así como proporcionarnos herramientas para gestionar estas situaciones.



INCIDENTES CRÍTICOS

7. ¿DÓNDE QUEDARON LAS REGLAS DE OTTAWA? ¿CUÁL ES LA MEJOR MANERA DE APRENDER LA PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR?

- Dávila Romero M.J¹, Andrade Rosa C², Castaño Reguillo A³.

⁽¹⁾ R3 MFyC.

⁽²⁾ Doctora en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de residentes.

⁽³⁾ Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Los Ángeles (Madrid).

DESCRIPCIÓN

Varón de 30 años, bailarín de profesión. Acude porque tras jugar un partido de fútbol con sus amigos presenta dolor en cara externa de tobillo izquierdo, acompañado de importante inflamación e impotencia funcional del mismo.

Se realiza en consulta una primera exploración en la impresiona de un esguince de tobillo. Se solicita una radiografía simple donde no se aprecian lesiones óseas agudas.

A pesar del reposo, el hielo local y la medicación analgésica y antinflamatoria el paciente no mejora. Se acompaña de importante ansiedad ya que se ve completamente impedido para trabajar.

Debido a la persistencia de la clínica y las dudas diagnósticas, se deriva a la consulta de Traumatología. Se realiza una nueva exploración, solicitando como prueba complementaria una resonancia magnética, que reflejaba una pseudofractura de Lisfranc.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

- ¿Es realmente imprescindible realizar una radiografía simple en las patologías traumatólogicas como estamos acostumbrados a hacer?
- ¿Dejamos de lado la correcta exploración clínica para basarnos preferentemente en los resultados de las pruebas de imagen?
- La saturación en las consultas y el cansancio, ¿hacen que limitemos el tiempo de exploración física a favor de consultar sólo las pruebas de imagen?
- ¿Utilizamos las Reglas de Ottawa?
- ¿Nos planteamos cuánta radiación están recibiendo nuestros pacientes?

OBJETIVO

- Tener presente siempre, independientemente de la circunstancia, que la exploración física y la anamnesis son herramientas fundamentales en cualquier intervención médica.
- Reconocer que las pruebas complementarias deben responder a su nombre, ser siempre complementarias.
- Aprender a gestionar cuando las patologías no siguen la evolución esperada.

MÉTODO

Seguir las normas básicas de atención en una consulta nos ayuda a diagnosticar con más certeza, conocer cuándo debemos derivar al segundo nivel asistencial, pautar de forma adecuada el tratamiento, y reducir pruebas fútiles en los pacientes.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué se ha aprendido?

Una de las consultas más frecuentes en Atención Primaria son los dolores osteoarticulares. Para llegar a este diagnóstico la herramienta principal es una buena exploración traumatólogica, que en muchas ocasiones se complementa con una prueba de imagen, normalmente la radiografía. Sin embargo, hay ocasiones que la clínica no coincide con lo observado en la radiografía. Para saber qué realizar a continuación, debemos estar atentos a la exploración y anamnesis, realizándolas de la forma más precisa posible, para adelantar complicaciones.

¿Mejor procedimiento para aprender?

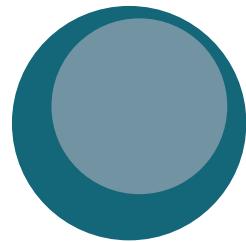
El mejor procedimiento para aprender es poner en práctica desde el inicio y sobre el paciente la teoría estudiada. Aprender una exploración sistemática que evite en el futuro, cuando la confianza, cansancio o falta de tiempo lo faciliten, pasar por algo detalles relevantes.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Es importante que, ante discordancia en la exploración clínica y pruebas complementarias, se reinterrogue, explore de nuevo de forma completa y se estudie más a fondo al paciente, planteando alternativas diagnósticas.

¿Falta algo por aprender?

Siempre. La Medicina, y en concreto por su característica generalista la Atención Primaria, siempre está creciendo y, por tanto, debemos actualizarnos constantemente.



INCIDENTES CRÍTICOS

8. EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA EUTANASIA: EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

■ Angulo García C.¹, Almanzar Montero E.², Beltrán Ledezma R.³, Vitor Espino A.⁴, Zabala Maneiro A.⁵, García de Francisco S.⁶

(¹) Médico residente de 4º año de MFyC. C.S. Orcasitas, Madrid

(²) Médico residente de 2º año de MFyC. C.S. Los Ángeles, Madrid

(³) Médico residente de 2º año de MFyC. C.S. Las Calesas, Madrid

(⁴) Médico residente de 2º año de MFyC. C.S. El Espinillo

(⁵) Médico residente de 2º año de MFyC. C.S. Orcasitas, Madrid

(⁶) Médico Especialista de MFyC, tutora de residentes. C.S. Orcasitas, Madrid

DESCRIPCIÓN

Mujer de 66 años con diagnóstico reciente de una enfermedad neurodegenerativa, con deterioro del estado general pronunciado y pronóstico infiusto; que solicita la puesta en práctica de la eutanasia en el ámbito de la Atención Primaria.

La paciente, diagnosticada de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob hace menos de seis meses, ha presentado una evolución rápida con deterioro clínico progresivo, lo cual ha afectado gravemente a su calidad de vida. Tras reflexionarlo profundamente, expresa en consulta su deseo de poner fin a su sufrimiento antes de perder la capacidad de tomar decisiones.

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una patología neurodegenerativa, priónica, con una incidencia de 1-2 casos/1.000.000 personas al año, a nivel mundial. Existen diferentes variantes de la enfermedad (esporádica, variante, genética e iatrogénica), cada una con su propia patogénesis. A nivel clínico, esta patología cursa con síntomas neuropsiquiátricos (demencia, anomalías conductuales y déficits que afectan a la función cortical superior, como afasia, apraxia y síndromes del lóbulo frontal), mioclonías, manifestaciones cerebelosas (nictagmo y ataxia), signos de compromiso del tracto corticoespinal (hiperreflexia, respuestas plantares extensoras y espasticidad) y signos extrapiramidales (hipocinesia, bradicinesia, distonía y rigidez). El estudio diagnóstico que se debe realizar en estos pacientes incluye resonancia magnética cerebral, electroencefalograma y análisis del líquido cefalorraquídeo. No existe un tratamiento eficaz para la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, donde la muerte suele producirse en el plazo de un año desde el inicio de los síntomas.

En lo referente a la prestación de ayuda a morir, conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de mar-

zo, de regulación de la eutanasia, el procedimiento administrativo consta de varios pasos con sus plazos correspondientes. Esto incluye dos solicitudes diferentes, la valoración de un médico consultor (siendo algo diferente en función de la capacidad/incapacidad del paciente) y la verificación reiterada del paciente en diversas ocasiones. Posteriormente, el caso es valorado por la comisión de garantía; y tras ello se pone en práctica la realización de la prestación.

Como médica de familia, ante este caso, el primer paso fue proporcionar un espacio seguro para que la paciente expresara su decisión, con los hechos que la han conducido a tomarla; acompañándola en este proceso, con una doble disyuntiva: gestionar la implicación emocional que supone esta decisión como médica, y al mismo tiempo, gestionar los trámites burocráticos y legales necesarios, desconocidos hasta ese momento para mí en la práctica clínica.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo puedo gestionar el impacto emocional, como médica de familia, que supone la atención integral de estos casos de solicitud de ayuda a morir, tanto para el paciente y su familia como para el equipo sanitario multidisciplinar? ¿Qué estrategias puedo desarrollar para equilibrar mi responsabilidad profesional con la carga emocional que esta situación conlleva, especialmente cuando existe una relación previa cercana con el paciente y su entorno? ¿Cuál es el abordaje más adecuado desde el ámbito de Atención Primaria para gestionar la solicitud de eutanasia? ¿Cómo puedo mejorar la coordinación y la comunicación entre todos los implicados en el proceso (paciente como núcleo central, familia como soporte de cuidados, comité de garantías como evaluador objetivo y equipo sanitario como nexo entre todos ellos) para asegurar un proceso ético y respetuoso?

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

- Mejorar las habilidades de comunicación empática para abordar temas sensibles como la eutanasia, garantizando que tanto el paciente como su familia perciban la consulta como un entorno seguro para expresar sus deseos y opiniones.
- Implementar estrategias para gestionar el impacto emocional que genera la solicitud de eutanasia en el equipo sanitario, manteniendo un equilibrio entre la empatía hacia el paciente y la protección del bienestar emocional de los profesionales.
- Fortalecer la capacidad de reflexión ética y emocional en mi rol como médica de familia en situaciones de final de vida, con el fin de abordar los dilemas morales y emocionales que puedan surgir durante este proceso.
- Profundizar en el conocimiento del marco legal de la eutanasia en España, con especial atención a los procedimientos administrativos en la Comunidad de Madrid, para garantizar su correcta aplicación.
- Optimizar la coordinación entre el equipo sanitario de Atención Primaria y el comité de garantías, asegurando una atención integral y evitando retrasos burocráticos que puedan complicar innecesariamente el proceso.

MÉTODOS

- Exposición a la situación en la práctica clínica.
- Estudio de la legislación vigente sobre eutanasia y revisión de guías de práctica clínica relacionadas con el manejo de pacientes en este contexto.
- Participación en talleres, cursos prácticos y simulaciones clínicas, incluyendo “role-playing”, centrados en el manejo de la eutanasia en Atención Primaria, con especial énfasis en el desarrollo de habilidades comunicativas.
- Formación en técnicas de autocuidado, mediante talleres y cursos sobre manejo del estrés dirigidos a profesionales sanitarios, para adquirir herramientas efectivas en la gestión emocional.
- Reflexión personal y supervisión clínica para procesar el impacto emocional de casos similares, incluyendo la revisión y discusión del caso clínico con otros compañeros.

AQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

1. ¿Qué has aprendido?

A través de este caso, he adquirido conocimientos técnicos y legales en relación a la gestión de una solicitud de prestación de ayuda a morir, en particular los trámites legales asociados a la eutanasia. Además, he mejorado mis habilidades de comunicación y gestión emocional, tanto con el paciente y su familia, como con los demás profesionales del equipo sanitario. En relación a esto, he aprendido la importancia de crear una red de apoyo profesional que permita compartir este tipo de experiencias difíciles, ayudando a su procesamiento y evitando el aislamiento que a veces puede surgir en estas situaciones.

2. ¿Cuál es el mejor procedimiento para aprender?

El mejor procedimiento para aprender es la combinación de formación teórica y práctica, incluyendo la revisión de la literatura sobre eutanasia desde el punto de vista legal y la participación en talleres y ejercicios de autocuidado dirigidos a profesionales sanitarios. La revisión de casos clínicos similares y la consulta con otros profesionales me han proporcionado una perspectiva muy interesante ante este tipo de dilemas éticos y emocionales.

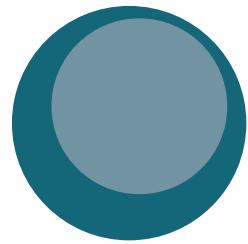
REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

1. ¿Cómo se aplica el aprendizaje en la práctica?

El aprendizaje se aplica en la práctica a través de la implementación de los procedimientos legales y administrativos para la eutanasia, priorizando los deseos del paciente; siendo fundamental potenciar la comunicación con el paciente y su familia, creando un entorno seguro que permita centrar la atención en la relación de confianza médico-paciente.

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

Me gustaría seguir profundizando en técnicas avanzadas relacionadas con la gestión emocional, especialmente en casos difíciles como los relativos al final de la vida. Para ello, me planteo organizar en el centro de salud talleres y cursos sobre autocuidado y apoyo emocional para profesionales sanitarios. Por otro lado, la revisión de la literatura y la participación en grupos de discusión con otros compañeros me permitirán adquirir un conocimiento más profundo y práctico sobre estas competencias.



INCIDENTES CRÍTICOS

9. NO TODAS LAS NEUMONÍAS SON IGUALES

- Hernando Nieto R¹., Millán Hernández E²., Hurtarte Arroyo S.M³., Corella Fructuoso P³., Gallego Sánchez M. A².

⁽¹⁾ Residente de 3 año MFyC.

⁽²⁾ Médico especialista en MFyC. Tutora de Residentes. Tutora de pregrado en la Universidad Francisco de Vitoria.

⁽³⁾ Residente de 1 año MFyC.

Centro de Salud Monterrozas, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Durante las guardias del último invierno de urgencias, hemos visto un gran número de pacientes con neumonía, y en algunos ha sido sencillo sospecharla por la auscultación pulmonar y los síntomas acompañantes, pero en algunas ocasiones, pacientes con neumonía han tenido una auscultación pulmonar rigurosamente normal, pero comentando clínica de fiebre con tiritona, y he aprendido que en esos casos también tengo que sospechar neumonía y pedir una radiografía.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Todos los pacientes con neumonía tienen una auscultación pulmonar alterada? Pues, aunque la mayoría si, no todos.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Dar a los síntomas clínicos la importancia que se merecen y estar atenta para diagnosticar posibles nuevas neumonías.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido que hay que valorar cada caso siempre de manera individual, y que una fiebre con sensación distémica y temblor, tengo que buscar el origen del mismo, y aunque el paciente pueda tener una auscultación pulmonar normal, eso no significa que no tenga neumonía

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

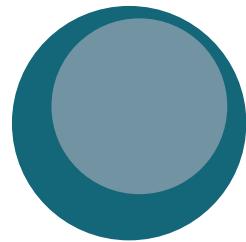
Ver muchos pacientes de características similares e viendo su evolución y lo que salía en las radiografías.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Teniendo en mente el diagnóstico de neumonía en paciente con fiebre y síntomas respiratorios.

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

Seguir pasando consulta cada día y viendo más pacientes



INCIDENTES CRÍTICOS

10. DOLOR DORSAL QUE NO MEJORA A PESAR DEL TRATAMIENTO

■ Rodríguez Arilla A¹., Paniura Pinedo M¹., Luque García L²., Estefanía Hidalgo L²., López Gil A³.

⁽¹⁾ R3 Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽²⁾ R4 Medicina Familiar y Comunitaria.

⁽³⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

CS Torrelodones, Madrid.

DESCRIPCIÓN

En una de mis últimas guardias en urgencias hospitalarias me llega una mujer de 80 años por dolor dorsal de dos horas de evolución que no mejora a pesar de diazepam y paracetamol. Refiere un dolor interno que le ha comenzado a irradiarse hacia epigastrio. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial. Le realizamos una exploración física donde destaca una tensión arterial en ambos brazos de 200/100mmHg, una radiografía de torax con elongación aortica y una analítica de sangre con un dimero D de 12000. Solicitamos un angioTAC aorta de urgencia para descartar nuestra principal sospecha de disección de aorta. Tras la realización de AngioTAC la paciente presentaba una disección de aorta stanford B que requirió ingreso en la unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente en Cardiología para manejo conservador. Fue dada de alta a los diez días a domicilio y control posterior por los médicos especialistas.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Dolor dorsal incapacitante que no mejora con tratamiento analgésico?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

La importancia de estar preparados y conocer las herramientas necesarias para un diagnóstico precoz de estas patologías urgentes que muchas veces se nos presentan en urgencias y pueden pasar desapercibidas por la clínica con la que se manifiesta como es este caso de un dolor dorsal en una paciente mayor. También quiero destacar la importancia de un trabajo interdisciplinario con otras especialidades para facilitar el manejo y obtener mejores resultados para el paciente.

MÉTODOS

1. Clases/cursos/seminarios
2. Revisión del caso con compañeros
3. Consulta de libros de texto
4. Sesión clínica
5. Búsqueda bibliográfica
6. Consulta publicaciones formación continuada
7. Consulta protocolos / Guías de práctica

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido a no infravalorar los síntomas del paciente, aunque no nos impresione de ser una urgencia siempre hay que tratarlos como tal. Realizar una buena historia clínica, guiada para descartar todos los diagnósticos diferenciales. Por otro lado, me ha servido para repasar los conceptos de disección de aorta, su anamnesis, sospecha diagnóstica, diagnóstico diferencial y tratamiento.

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

Estudiar el síndrome aórtico agudo en libros de referencia. Realizar un buen diagnóstico diferencial

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

Basando mi aprendizaje en revistas científicas, revisiones bibliográficas, guías clínicas y libros de referencia.

¿Cómo aplicar el aprendizaje en la práctica?

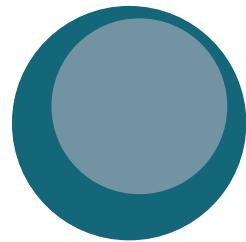
La importancia de detectar los síntomas de alarma en el momento de la anamnesis y exploración física, como el tipo de dolor transtorácico que contaba la paciente, la hipertensión arterial o la ausencia de mejoría a pesar de tratamiento analgésico. Esto hizo que pudiéramos sospechar la disección de aorta y actuar rápidamente llamando a UCI, Cardiología, llevando a cabo el control de la tensión arterial, debido a que

en esta patología el tiempo es muy importante para conseguir unos mejores resultados de curación.

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

Los dolores dorsales son frecuentes en las urgencias, diagnosticar es aparentemente fácil, excepto

cuando viene un cuadro como el descrito que requiere hacer un buen diagnóstico diferencial para no pasar por alto un problema de máxima urgencia como es la disección de aorta. Para aprender más sobre el diagnóstico y tratamiento de la disección de aorta utilizaré herramientas como las guías terapéuticas, artículos científicos, revistas, libros de referencia.



INCIDENTES CRÍTICOS

11. INTOLERANCIA A LA FUROSEMIDA: LAS PREGUNTAS BÁSICAS NO SE DEBEN OLVIDAR

■ Luque García. L.¹, Rodríguez Arilla A.², López Gil A.³, Martín González M.⁴

⁽¹⁾ Residente de 4º año. Centro de Salud de Torrelodones.

⁽²⁾ Residente de 3º año. Centro de Salud de Torrelodones.

⁽³⁾ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de Residentes. Responsable de Docencia. Centro de Salud. Torrelodones

⁽⁴⁾ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Rozas El Abajón.

DESCRIPCIÓN

En el centro de salud llevo durante toda mi formación en seguimiento de una paciente con una insuficiencia cardíaca muy complicada ya que se sumaba una depresión de larga data que le impedía salir de su domicilio y con una calidad de vida muy limitada. Además, la paciente refería que no podía tomar el diurético que le mandaban todos los profesionales médicos (el cardiólogo, diferentes médicos de urgencias y su médico de Atención Primaria) ya que "le sentaba muy mal". Dado que es un tratamiento que todos los pacientes que lo toman produce una polaquiuria que puede ser muy incómoda y en ocasiones por su enfermedad de base les puede producir mareo o debilidad, siempre se ha achacado lo que decía la paciente a los efectos secundarios habituales del fármaco. A esta paciente se le hacían visitas domiciliarias periódicas para controlar su insuficiencia cardíaca y en cada una de las visitas siempre decía que no se tomaba la medicación, lo que provocaba múltiples ingresos en Urgencias para tratamiento diurético. En uno de ellos, mi tutora hablo con la paciente y se dio cuenta de que los síntomas que contaba al tomar la medicación parecían distintos. Al investigar las historias clínicas del hospital se dio cuenta que en uno de los informes del hospital aparecía que tenía alergia a las Sulfamidas. Dicha alergia no estaba reflejada en AP Madrid y dio la pista para encontrar que estaba contraindicada la medicación diurética que se indicaba siempre con la alergia a sulfamidas. Al darse cuenta mi tutora, ésta consiguió hablar con cardiología del Hospital para que la valoraran presencialmente y cambiarle la medicación por uno que no le sentara tan mal.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hacemos caso a los pacientes o actuamos en muchas ocasiones por automatismos? ¿A un paciente

crónico que has visto en múltiples ocasiones, realizamos una anamnesis completa? ¿Revisamos las alergias o los tratamientos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Autocrítica sobre la escucha del paciente y la revisión de historias clínicas sin olvidar las preguntas más básicas de la anamnesis.

MÉTODOS

1. Tutorización
2. Revisamos el caso con los compañeros.
3. Búsqueda bibliográfica de las reacciones adversas a medicamentos.
4. Consulta de guía clínica de Insuficiencia Cardíaca.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido que debemos de escuchar a los pacientes y siempre creer lo que nos dicen aunque sean pacientes que conocemos desde hace años, intentando ser lo más objetivos posibles. Además, no debemos olvidar repasar las historias clínicas de los pacientes, los antecedentes médicos y realizar una anamnesis completa.

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

El mejor procedimiento para aprender ha sido realizar una tutorización, repasar la historia clínica de la paciente y las guías clínicas de insuficiencia cardíaca

para saber qué fármaco diurético se podría dar a la paciente sin tener reacciones adversas.

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

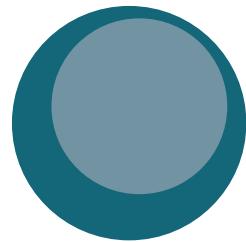
La anamnesis es la base de cualquier médico para poder realizar una buena historia clínica. Las Reacciones adversas a los medicamentos debería ser una de las primeras preguntas a realizar, revisando también su medicación por posibles nuevas reacciones cruzadas entre fármacos o posibles interacciones.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Realizar una buena historia clínica con una anamnesis completa de cada uno de los motivos de consulta de los pacientes.

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

Falta mucho por aprender, en las consultas de Atención Primaria se puede aprender mucho de cada uno de los pacientes que vemos.



INCIDENTES CRÍTICOS

12. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTE

- González Araujo I.¹, Castillo Gómez V.², Crespo Oñate A.³, Llorente de Santiago L.⁴, Estefanía Hidalgo L.⁵, Ciria de Pablo C.⁶
- (1) Residente 4º MFyC. C.S. Torrelodones, Madrid.
(2) Residente 4º MFyC. C.S. Galapagar, Madrid.
(3) Resiente 4º MFyC. C.S. Torrelodones, Madrid.
(4) Residente 3º MFyC, C.S. Torrelodones, Madrid.
(5) Residente 4º MFyC C.S.Torrelodones. Madrid.
(6) Médico adjunto de MFyC. C.S. Torrelodones, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 15 años. Con antecedentes Personales de trastorno por uso de sustancia y trastorno límite de la personalidad en seguimiento por centro de salud mental con abandono de consultas hace más de 7 meses (residente de piso tutelado). Acude a urgencias custodiada por guardia civil por irritabilidad, agitación, agresividad, diaforesis, lenguaje verborreico e ininteligible; refiere la paciente que se encuentra así desde hace unos 2-3 días y que lo asocia a consumo de sustancias (alcohol, benzodiazepinas, cocaína).

En principio, la exploración física era muy difícil de realizar puesto que el paciente no permitía se le explorara ya que forcejeaba e intentaba golpear constantemente. A su llegada TA 130/90mmHg, FC 102 lpm, SatO2 98%. Buen estado general, intranquila, agitación psicomotriz. Poca conciencia de entorno, confusa, lenguaje verborreico e incoherente, no colaboradora, difícilmente reductible para exploración física por lo que amerita tratamiento con Midazolam 2mg SC (3 dosis sin mejoría), Haloperidol 5mg IM (sin respuesta) y finalmente Midazolam intranasal 10mg con mejoría de síntomas. Resto de examen físico dentro de límites de la normalidad.

Posterior a esto, se logró exploración física completa sin alteraciones reseñables al examen físico.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo podría mejorar mis habilidades para el manejo y tratamiento de pacientes psiquiátricos frente a la estigmatización de los mismos y los supuestos riesgos que estos pueden representar para el profesional

durante su exploración y tratamiento? ¿Qué estrategias podría implementar para el manejo de los mismos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

1. Mejorar habilidades para una comunicación eficaz y assertiva en pacientes psiquiátricos.
2. Hacer uso de medidas farmacológicas eficaces y rápidas que permitan el correcto manejo del paciente sin generar situaciones incomodas para el mismo.
3. Disminuir el estigma de este grupo de patologías durante el primer contacto.
4. Recordar que el trabajo interdisciplinario facilita el manejo y brinda mejores resultados para el paciente.

MÉTODOS

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

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido que para el correcto manejo de estos pacientes no solo es necesario un buen control farmacológico si no también, buen manejo verbal de la situación ya que un ambiente de caos en su entorno solo potencia el estado de agitación que ya se encuentra en el paciente. Siempre que tengamos dudas de manejo psicológico, conductual o farmacológico se puede consultar con especialistas de guardia para brindar la mejor atención integral posible. Además, he aprendido que siempre ante la dificultad del abordaje de nuestros pacientes por temor hacia nosotros, podemos recurrir a una figura de confianza para ellos (previa aprobación expresa por su parte) que nos facilite conseguir los objetivos y respuestas de su visita a urgencias o al centro de salud.

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

El trabajo integral y conjunto a mis adjuntos de urgencias, así como de nuestros psiquiatras para no solo el manejo de este caso clínico, también para el planteamiento de posibles situaciones y como abordarlas fundamentándonos en revisiones bibliográfica pertinentes.

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

Formación conjunta y retroalimentación de conocimientos y habilidades por parte de otros especialistas, tutores y compañeros de residencia sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de estos pacientes. He intercambiado ideas con psicológicos de centro de salud que me han facilitado herramientas de gran utilidad. Todo esto enriqueciendo mi formación profe-

sional de forma integral, exaltando virtudes y defectos como áreas de mejora.

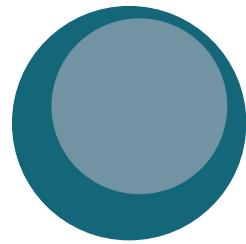
¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

1. Empatía: cada paciente representa conjunto a su patología psiquiátrica un acumulo de experiencias del pasado que condicionan las debilidades de su presente por lo que, generar un entorno de apoyo y escucha juega un rol fundamental en el correcto desarrollo de la entrevista clínica.
2. Ambiente de confianza: escuchando activamente, no juzgando, brindando apoyo en su patología actual y haciéndoles saber que, además de resolver sus problemas de salud les entendemos y ayudaremos con las herramientas que tengamos al alcance para corregir su situación actual.
3. Manejo de rechazo: escuchando sus dudas y miedos, generando un ambiente de apoyo con personas de su red de apoyo emocional.

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

El área de mejora es casi infinito, enfocado principalmente en:

1. Perdida de estigmas y miedos ante el manejo de pacientes psiquiátricos durante brotes de su enfermedad, aprendiendo técnicas de comunicación y exploración en estos momentos de dificultad.
2. Ampliar manejo farmacológico en estas circunstancias y a su alta, para de este modo ser la mejor ayuda posible que estos pacientes necesitan.
3. Conocer y recomendar correctamente centros de ayuda social para TUS y otras patologías psiquiátricas.



INCIDENTES CRÍTICOS

13. ¿ME HE INFECTADO EN ALEMANIA? EL DENGUE TROPICAL ENDÉMICO.

- González Araujo I.¹, Castillo Gómez V.², Crespo Oñate A.³, Llorente de Santiago L.⁴, Barrio Rufino A.⁵, Ciria de Pablo C.⁶

(¹) Residente de 4º MFyc. C.S. Torrelodones, Madrid.

(²) Residente de 4º MFyc C.S. Galapagar, Madrid.

(³) Residente de 4º MFyc. C.S. Torrelodones,

(⁴) Residente de 3º MFyc. C.S. Torrelodones, Madrid.

(⁵) Residente de 3º MFyc. C.S. Villanueva del Pardillo Madrid.

(⁶) Médico adjunto de MFyc. C.S. Torrelodones, Madrid.

DESCRIPCIÓN

Mujer de 46 años. Acude a consulta por cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por exantema eritematoso no pruriginoso generalizado asociando artralgias y mialgias. No fiebre, dolor abdominal, síndrome gastrointestinal ni miccional. Ningún antecedente personal de interés. Viajes recientes: Alemania. No ambiente epidemiológico familiar.

Buen estado general, eupneica, afebril. Piel: exantema eritematoso reticulado generalizado no pruriginoso sin descamación superficial. Artralgias generalizadas a movilización activa y pasiva a predominio de codos, muñecas y rodilla sin limitación funcional. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen sin hallazgos. Neurológico: signos meníngeos negativos.

Se realizaron pruebas complementarias como: Test de Estreptococo (Negativo), COVID (Negativo) e Influenza (Negativo). Serología Dengue: IgM positiva; estableciéndose finalmente el diagnóstico de dengue e indicándose tratamiento sintomático.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Las zoonosis ya no son solo tropicales? ¿Las fiebres hemorrágicas ya son parte de nuestro día a día? ¿No todas las artralgias son artropatías?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Ampliar conocimiento sobre diversas zoonosis y manejo de las mismas.
2. Revisión bibliográfica sobre las fiebres hemorrágicas más frecuentes.

3. Reconocer rápidamente síntomas de infecciones por artrópodos.
4. Recomendar medidas de prevención eficientes para el manejo y control de proliferación de este grupo de enfermedades.
5. Conocer momento en el que es pertinente solicitar pruebas complementarias y signos/síntomas de alarma de este grupo de patologías.

MÉTODOS

1. Consulta con colegas de enfermedades infecciosas.
2. Consultar en centro de enfermedades importadas.
3. Revisión bibliográfica sobre zoonosis en España.
4. Acudir a jornadas de sociedades científicas relacionadas.
5. Revisión del caso con compañeros y adjuntos.
6. Consulta de publicaciones novedosas de formación continuada
7. Consulta de protocolos/guías prácticas.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido que el virus Dengue se caracteriza por estar dentro del grupo de las enfermedades febriles hemorrágicas, actualmente en España existen una escasa cantidad

de casos autóctonos siendo descritos fundamentalmente casos importados de zonas endémicas y tropicales. Tanto los cambios sociodemográficos resultantes de la migración, así como también, los cambios climáticos han condicionado la reaparición de enfermedades en nuestra zona geográfica que bien habían sido erradicadas o que por climatología no eran posibles. El virus Dengue se considera una enfermedad de declaración obligatoria, con (en general) buen pronóstico y evolución.

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

La revisión bibliográfica exhaustiva, así como, la revisión epidemiológica de casos a nivel nacional. El haber tenido la oportunidad de ver una enfermedad que no es típica de nuestra zona geográfica, me hace recordar que siempre hay que tener en cuenta todas las posibilidades diagnósticas y que no siempre lo más frecuente es lo correcto, aun tratándose de un viaje a una zona no endémica, la clínica manda sobre todo y el conjunto de síntomas orientaba hacia ese diagnóstico.

Registro del aprendizaje (de las evidencias)

El compartir el caso clínico con mis compañeros y con una de mis tutoras hospitalarias que es del grupo de infecciosas de SEMES, me ha ayudado a integrar gran parte de los conocimientos, así como también, me han facilitado herramientas diagnósticas para establecer y confirmar diagnósticos de sospecha de este tipo.

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

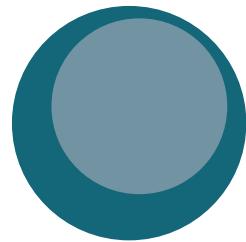
1. Sospecha clínica: no toda artralgia es artritis ni toda fiebre es un catarro. Hay que integrar todos los síntomas para poder hacer la mejor orientación diagnóstica a nuestro alcance.

2. Ambiente de confianza: el dar un diagnóstico de una enfermedad poco común en nuestro entorno puede resultar estresante para el paciente por lo cual debemos tranquilizar, escuchar y explicar detenidamente para evitar situaciones de angustia innecesarias.
3. Empatía: en este caso, la paciente se sentía como vulnerable y débil con relación a su entorno por tener una patología qué si bien es mas de zonas tropicales, ella la adquirió en ciudad y se sentía triste por su situación. Explicándole detalladamente comprendió y mejoró un poco su situación anímica.

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

El Dengue es un Arbovirus causante de fiebre hemorrágica, siendo una enfermedad importada de declaración obligatoria. Al tratarse de una enfermedad “rara” en nuestro entorno, hay que seguir formándonos para evitar confusiones y diagnósticos erróneos.

1. Reconocer síntomas y signos generales de fiebres exantemáticas.
2. Conocer los distintos tipos de fiebres hemorrágicas y su evolución clínica en pacientes.
3. Recomendar correctamente tratamiento sintomático y medidas de prevención para evitar contagios y propagación.
4. Realizar la declaración obligatoria de estas enfermedades por tratarse de una situación de interés para la salud pública.



INCIDENTES CRÍTICOS

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

“Desafíos y aprendizajes en la comunicación médico-paciente en atención primaria: pacientes no colaboradores”

■ Llorente de Santiago L.¹, González Araujo I.², García de Prado Cwiez M.³, Jiménez Alfonso O.⁴, Casaseca García P.⁵

(¹) R3 MFyC. C.S. de Torrelodones (Madrid).

(²) R4 MFyC. C.S. de Torrelodones (Madrid).

(³) R3 MFyC. C.S. de Galapagar (Madrid).

(⁴) R3 MFyC. C.S. de Galapagar (Madrid).

(⁵) Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelodones (Madrid).

DESCRIPCIÓN

El seguimiento del paciente crónico en atención primaria es uno de los pilares fundamentales para la salud de nuestros pacientes y para evitar el colapso de los hospitales con motivos de consulta solucionables en atención primaria, si son diagnosticados precozmente. Sin embargo, es frecuente el perfil de paciente que no suele acudir a las citas con su médico de atención primaria y con la enfermera del centro de salud. Pacientes crónicos con factores de riesgo cardiovascular, como son la hipertensión, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la diabetes.

En nuestra consulta, atendimos un paciente de 55 años, hipertenso, diabético, hipercolesterolémico y fumador. Se encontraba en seguimiento estrecho por la enfermera, para la realización de curas del pie diabético de nuestro paciente, quien nos pidió hablar seriamente con el paciente, pues no estaba tomando bien la medicación.

Tras la cura, atendimos al paciente en nuestra consulta. Revisamos el historial y había faltado a las últimas citas. Comenzamos preguntando cómo estaba, y revisamos la medicación. No estaba tomando algunos de los medicamentos pautados, continuaba fumando varios cigarros al día y no estaba siguiendo las recomendaciones dietéticas recomendadas. En la última analítica, realizada hace un mes en nuestro centro, continuaba con niveles de colesterol muy altos (315 mg/dl) a pesar de estar con doble terapia. Presentaba una HbA1C 9% aun estando en tratamiento con tres antidiabéticos.

En la consulta insistimos al paciente la importancia de tomar la medicación pautada y mantener unos hábitos de vida saludables. Durante la entrevista, impresionaba de que el paciente no presentaba interés a lo que le estábamos diciendo. El paciente no presentaba síntomas de estar deprimido ni mencionaba no tener las ayudas necesarias para seguir las instrucciones. Manifestaba que intentaría tomar la medicación pautada, pero no iba a mantener hábitos de vida saludable.

Citamos para la próxima revisión y se despidió.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo ayudar a los pacientes no colaboradores que no se responsabilizan de su salud?

¿Cómo manejar el seguimiento de este tipo de pacientes?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este perfil clínico de paciente es muy frecuente, por lo que es importante conocerlos y tener las herramientas para, durante la entrevista clínica, averiguar si están siguiendo las recomendaciones y hacerles responsables de su salud, a la vez que los acompañamos a lo largo de sus enfermedades crónicas.

Es importante no juzgar al paciente y conocer la mejor estrategia para motivar al paciente a cuidar su salud.

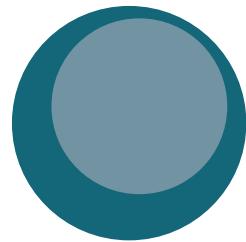
ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

Ante este tipo de pacientes hemos aprendido que el paciente tiene que responsabilizarse de su salud. Es importante el seguimiento, explicarle bien la medicación y las consecuencias de no seguir las pautas marcadas, pero es importante entender que no podemos llegar a todo. Si el paciente no quiere seguir los consejos, no podemos obligar al paciente. En este sentido, es importante aprender a llevar a cabo la entrevista médico-paciente con este estilo de pacientes, ayudándoles a entender

que no solo peligra su vida, si no su calidad de vida.

También es importante que no hay que perseguir al paciente, pero sí mantener un seguimiento respetuoso, insistiendo en las recomendaciones.

Realizamos un curso obligatorio recomendado por la unidad docente sobre entrevista clínica. Durante este curso, abordamos distintas estrategias para la comunicación con el paciente, así como distintas escenificaciones entre nosotros para simular situaciones parecidas que ocurren en la consulta.



INCIDENTES CRÍTICOS

15. MANEJO DE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA. LUCES Y SOMBRA

■ Almánzar Montero E.¹, Beltrán Ledezma R.², Angulo García C.³

⁽¹⁾ Residente de 2º año de MFyC. C.S. Los Ángeles, Madrid, España.

⁽²⁾ Residente de 2º año de MFyC. C.S. Las Calesas, Madrid, España.

⁽³⁾ Médico Especialista de MFyC. C.S. Orcasitas, Madrid, España.

DESCRIPCIÓN

Durante mi primer año de residencia, participé junto con mis compañeros en un taller de soporte vital básico como parte de nuestro plan formativo de la residencia. El taller fue realizado en un centro de salud en Madrid.

Al terminar la sesión y cuando nos disponíamos a salir del centro de salud, nos encontramos con una mujer de aproximadamente 70 años inconsciente en el suelo. Tras evaluarla rápidamente, constatamos que presentaba una parada cardiorrespiratoria. De inmediato activamos el protocolo, avisamos al SUMMA e iniciamos las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). A pesar de los esfuerzos, la situación se complicó por la falta de coordinación inicial entre los miembros del equipo, que ocasionó retrasos en algunas de las intervenciones clave.

Tras 30-40 minutos de RCP ininterrumpida, y con la ayuda del equipo de emergencias SUMMA, lamentablemente no logramos reanimar a la paciente, quien falleció en el lugar. Esta experiencia nos impactó profundamente y generó una serie de reflexiones importantes sobre nuestra preparación y la organización en situaciones críticas.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

Ante el caso ya descrito nos surgieron varias preguntas clave que nos hemos planteado como equipo:

1. ¿Cómo residentes, estamos suficientemente preparados para manejar una parada cardiorrespiratoria en el ámbito de Atención Primaria?
2. ¿Habría cambiado el resultado si hubiéramos trabajado de manera más organizada y eficiente desde el principio?
3. ¿Cuál es el impacto emocional que tiene vivir este tipo de experiencias desde el primer momento en la residencia?

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

El objetivo principal de la exposición de este incidente es llevar a cabo una revisión crítica acerca del manejo de una parada cardiorrespiratoria, desde la perspectiva de Atención Primaria, para identificar áreas de mejora y estrategias para optimizar nuestro manejo. Además, buscamos implementar estrategias para gestionar el impacto emocional que generan este tipo de situaciones en los profesionales sanitarios.

MÉTODOS

- Exposición a la situación en la práctica clínica.
- Revisión bibliográfica, análisis de guías clínicas y de protocolos de actuación acerca del soporte vital básico en entornos extrahospitalarios.
- Participación en talleres y sesiones formativas en el centro de salud.
- Revisión y discusión del caso clínico con nuestros tutores y con compañeros de residencia, especialmente enfocada al desarrollo de técnicas de gestión emocional en profesionales sanitarios.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

El soporte vital básico comprende una serie de actuaciones clave para mantener las funciones vitales del paciente, que incluyen la apertura de la vía aérea, la respiración y la circulación. El proceso de actuación sigue una secuencia que comienza con la protección del paciente y del equipo sanitario, seguida de la solicitud de ayuda (en el caso de que no nos encontramos en un entorno sanitario) y la valoración inicial del estado de conciencia del paciente. Para esto nos aproximaremos al paciente, hablándole en voz alta, de forma que, si no responde a las órdenes verbales, pasaremos a realizar estímulos dolorosos.

Una vez comprobado el estado de conciencia debemos proseguir con la respiración utilizando la maniobra “Ver, Oír, Sentir” (VOS). Si el paciente respira lo colocaremos en posición lateral de seguridad. Si no respira, se debe iniciar la reanimación cardiopulmonar inmediatamente.

La reanimación cardiopulmonar debe efectuarse sobre una superficie dura y el paciente en decúbito supino. Se debe colocar el talón de una mano en el centro del pecho con el talón de la otra mano por encima, entrelazando los dedos de ambas manos y manteniendo los brazos rectos. La proporción adecuada en pacientes adultos es de 30 compresiones torácicas por cada 2 ventilaciones. La profundidad de las compresiones debe ser de aproximadamente 5 cm, sin sobrepasar los 6 cm (permitiendo la reexpansión completa del tórax antes de cada nueva compresión), y con un ritmo de al menos 100 compresiones por minuto. Para realizar las ventilaciones boca a boca, realizaremos la maniobra frente mentón y pinzaremos con nuestros dedos la nariz del paciente, para impedir la salida de aire. Debemos tener en cuenta que la correcta coordinación entre compresiones y ventilaciones es esencial para mantener la perfusión de los órganos vitales.

Repetiremos la secuencia 30 compresiones y 2 ventilaciones durante 2 minutos; después reevaluaremos la respiración. En cuanto dispongamos de un desfibrilador externo automático (DEA), colocaremos los

electrodos y seguiremos las instrucciones del aparato, que analizará el ritmo cardíaco y según si es un ritmo desfibrilable o no realizará una descarga. Posteriormente se continuará con las compresiones/ventilaciones hasta que el paciente revierta de la parada cardiorrespiratoria.

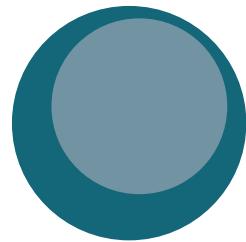
Por otro lado, una de las lecciones más importantes de esta experiencia fue subrayar la necesidad de una correcta organización y liderazgo durante las maniobras de RCP, de forma que es esencial que un miembro del equipo sanitario asuma el rol de líder, delegando funciones específicas a cada miembro para evitar confusiones y minimizar errores, aumentando la eficiencia de la atención prestada.

CONCLUSIÓN

Esta experiencia subraya la importancia de que todo el personal sanitario en Atención Primaria esté correctamente formado en soporte vital básico. Además, es crucial realizar simulaciones y talleres periódicamente en el centro de salud para actualizar los conocimientos prácticos adquiridos y asegurar que el equipo esté preparado para actuar de manera eficiente en estas situaciones. La organización y coordinación del equipo es tan importante como el conocimiento técnico en estas situaciones, y es un área que debemos seguir mejorando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perkins GD, Graesner J-T, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resumen ejecutivo [Internet]. Cercp.org. [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cercp.org/wp-content/uploads/2021/12/ERC-Guidelines-2021_Executive-Summary_Spanish-translation.pdf
2. Elmer J. Adult basic life support (BLS) for health care providers [Internet]. UpToDate. 2023 [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/adult-basic-life-support-bls-for-health-care-providers?search=rcp%20basica&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3



INCIDENTES CRÍTICOS

16. INCIDENTE CRÍTICO

- Torres Bautista, F.¹; Gil Cidoncha, M.²; de la Calle Flores, C.¹; Ramos Caballero, M.³; Estefanía Hidalgo, L.⁴.

⁽¹⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Valle de la Oliva (Majadahonda).

⁽²⁾ Residente de MFyC 2º año, CS Valle de la Oliva (Majadahonda).

⁽³⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Cerro del aire (Majadahonda).

⁽⁴⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Torrelodones (Torrelodones).

DESCRIPCIÓN

En una de las noches de guardia a altas horas de la madrugada, teníamos a un paciente que acudió porque en las últimas semanas no estaba tocando la guitarra tan bien como solía hacerlo y se encontraba frustrado por ello.

Perplejos con el motivo de consulta, no se le dió la importancia que merecía sobre todo a la necesidad de acudir a urgencias a tales horas de la madrugada, generando cierto enfado por parte del personal sanitario.

Como este paciente llegó justo en el momento en el que se estaba haciendo el pase de guardia, se le indicó al paciente que esperase porque no impresionaba de presentar una urgencia.

Mientras se comentaba en el pase de guardia de manera jocosa; uno de los compañeros tras unos minutos pensativo, sospechó una posible afectación neurológica.

En la exploración neurológica no se encontró ningún hallazgo relevante, excepto que el paciente también presentaba dificultades para escribir, refiriendo que su letra no era esa.

Por todo ello, se le solicitó un TAC cerebral, presentando como hallazgo relevante una neoplasia a nivel frontal.

Gracias a nuestro compañero, el paciente terminó ingresando y acelerándose el manejo de su patología neoplásica.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Menospreciamos las patologías que vienen a la urgencia a altas horas de la madrugada? ¿O es habitual el número de consultas triviales que se realizan en urgencias a altas horas de la noche

para aprovechar la baja demanda de consultas en dichos momentos?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Se debe procurar mantener alerta el ojo clínico luchando contra el cansancio, consensuando con los compañeros dormir algo durante la noche para ganar fuerzas.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Se deben establecer consensos de descansos durante las guardias, si es posible, para procurar mejorar la atención clínica a los pacientes que son el motivo por lo que trabajamos

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

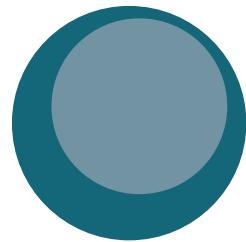
Comentar los casos con mis compañeros más experimentados en el manejo de este tipo de situaciones, atendiendo a que ellos se han enfrentado en muchas más ocasiones a esta situación

¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Siendo más cauteloso con el juicio a medida que avanzan las horas de la noche y consultando con los compañeros ante las cosas que parecen triviales, pero pueden significar algo

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

No todo está escrito en los libros, la experiencia clínica añadida al conocimiento teórico es crucial para elaborar un juicio clínico preciso. La formación continuada es el único camino para seguir superándonos a nosotros mismos.



INCIDENTES CRÍTICOS

17. DILEMA ANTE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE CON DEMENCIA AVANZADA.

- Fernández Gamo N.
Residente de MFyC de 4º año. C.S. Alpes.

DESCRIPCIÓN

Un varón de 87 años, con antecedentes personales de Enfermedad de Alzheimer GSD7, valvulopatía reumática, DM tipo 2, ERC estadio G4 por nefropatía diabética; es traído a la consulta por su hijo para solicitar una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por disfagia para sólidos y líquidos. No ha tenido infecciones respiratorias recientes. El paciente vive en su domicilio con ayuda domiciliaria 24 horas y necesita ayuda para las transferencias, no emite palabras.

Cuando nosotros le valoramos en consulta este presenta tendencia al adormilamiento con movimientos de retirada de las extremidades al tacto y sin apertura ocular espontánea a la llamada.

Inicialmente se intentó abordar con el hijo del paciente que esta medida podría ser muy agresiva para la situación actual de su padre, pero ante la negativa e insistencia de este se remitió al paciente al servicio de geriatría por E-consulta.

Finalmente, al día siguiente los geriatras contestaron a la E-consulta refiriendo que la PEG no está indicada en pacientes con demencia avanzada, pero que citarían al paciente para manejar conjuntamente la situación con la familia.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cuál es la mejor forma de alimentar a los pacientes con demencia avanzada?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Este caso me ha servido para reflexionar sobre las distintas posibilidades para la alimentación de pacientes con demencia avanzada, plantearme la mejor forma de abordar situaciones complicadas en consulta y sobre la importancia de una buena comunicación entre atención primaria y el hospital.

MÉTODOS

- Estudio y revisión de la literatura más reciente y de mayor calidad científica para que ayude a la toma de decisiones.
- Mantener una comunicación directa, rápida y eficaz con compañeros en otros recursos o servicios para consultar dudas.

ADQUISICIÓN DE APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Tras la revisión de la duda que me surgió con este paciente he aprendido que, los pacientes con demencia en contexto de la progresión de la enfermedad acaban presentando disfagia. En aquellos pacientes en los que la disfagia se relaciona con causas reversibles, como puede ser la ausencia de dentadura o estreñimiento, deben de tratarse mediante el manejo de dichas medidas; mientras que, por otro lado, los pacientes en los que la disfagia va ligada a una progresión de la propia enfermedad, se recomienda, la utilización de espesantes, porciones pequeñas o estilo canapé, ofrecer las comidas favoritas o suplementos nutricionales. Existe evidencia de moderada calidad de que los suplementos alimenticios ayudan a la ganancia ponderal, mientras que el uso de estimuladores del apetito, la alimentación asistida o modificaciones de alimentos tienen una evidencia de baja calidad.

A pesar de intentar mantener y potenciar la vía oral, en estadios muy avanzados la mayoría de los pacientes van a presentar problemas para la alimentación, es por eso por lo que no es raro que las familias de estos pacientes soliciten un método sustitutivo de la alimentación convencional. En la actualidad, no existe evidencia de que la alimentación enteral tenga ningún beneficio en demencia avanzada, por lo que se prefiere el mantenimiento de la vía oral (individualizando siempre según el paciente y revisando si existen voluntades anticipadas).

En las consultas de atención primaria debemos de facilitar información a los familiares sobre la evolución habitual de esta enfermedad y lo esperable en fases muy avanzadas. Como médicos de atención primaria debemos de trasmitir a la familia la importancia de que el paciente se encuentre confortable sobre la ingesta calórica.

A demás debe de tenerse en cuenta, que en una sociedad en la que el acto comer tiene un componente social y placentero asociado, la utilización de la vía enteral reduce gran parte de estos componentes; ya que no permite saborear alimento y reduce la interacción entre el paciente y su cuidador principal.

Una de las últimas revisiones sistemáticas sobre este tema determina que no existe beneficio en la esperanza o calidad de vida, disminución de dolor y/o síntomas psicológicos o mejoría de resultados en la satisfacción de los cuidados; mientras que sí se relacionó con un posible incremento del desarrollo de úlceras por presión o neumonía.

¿Cuál han sido los mejores métodos para aprender?

La revisión bibliográfica sobre este tema, junto con la comunicación estrecha con el servicio de geriatría

me ha ayudado a terminar de orientar el caso en la consulta y proponer la opción que más se adecuaba a la situación del paciente.

¿Cómo los aplicarás el aprendizaje en la práctica clínica diaria?

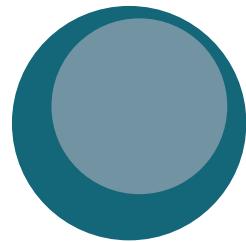
Todo lo aprendido con este paciente me ayudará a realizar un abordaje de situaciones similares en un futuro con una mayor seguridad, ya que las recomendaciones que estaré dando a la familia serán de la calidad científica más alta en el momento actual. A pesar de ello, intentaré mantener un diálogo con la familia, abordando expectativas y miedos sobre la enfermedad y como ya he expuesto previamente en el caso de que existan voluntades anticipadas del paciente se le dará prioridad a su decisión. Todo esto me ayudará a mejorar mis habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

¿Qué te falta por aprender?

Me gustaría seguir aprendiendo sobre el manejo en el día a día de los pacientes con demencia avanzada, para así facilitarles la mejor información a la familia y cuidadores, todo esto en contexto de trasmitir la información a los pacientes y sus familiares de la mejor forma posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mitchell SL. Care of patients with advanced dementia. UpToDate. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Noviembre 2024.
2. Gómez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Francés I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44 Suppl 229-36. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.07.006>



INCIDENTES CRÍTICOS

18. INCIDENTE CRÍTICO SOBRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

■ Cristóbal Sanz P.
MIR UD Noroeste – Hospital Universitario Puerta de Hierro. C.S. Galapagar

DESCRIPCIÓN

Adolescente de 13 años que acude a Urgencias hospitalarias por episodio de luxación humeral derecha practicando escalada. Se explica la necesidad de reducción de dicha luxación y se procede a la colocación del paciente. Se comienza con la maniobra de reducción. La paciente muy nerviosa verbaliza que no quiere que se le practique dicha técnica, que tiene mucho dolor. Los médicos prosiguen con la reducción, haciendo caso omiso a la petición de la paciente. La paciente, entre lágrimas, suplica que no quiere que se continue con la técnica, está asustada y tiene mucho dolor. Finalmente, la cabeza humeral se reduce y se incorporan los médicos. Pese al éxito de la técnica, la paciente siente mucha impotencia y pone una reclamación al servicio de Urgencias.

PREGUNTA

¿El principio bioético de beneficencia justifica el incumplimiento del principio de autonomía del paciente?

OBJETIVO

Enfatizar la importancia de la comunicación con el paciente, así como, siempre que no implique un riesgo para la salud pública, respetar la autonomía del mismo.

MÉTODO

Revisamos la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué se ha aprendido?

Lo esencial que es la correcta comunicación con el paciente y el respeto de su autonomía. En nuestro caso, apenas se explicó el procedimiento, por lo que el paciente desconocía lo que se le iba a practicar. La falta de comunicación es la principal causa de reclamaciones médicas. Por otro lado, la importancia del consentimiento informado, en nuestro caso debería haberse realizado de manera oral, pero no se realizó. El éxito de una intervención médica no radica exclusivamente en el éxito del procedimiento, el trato con el paciente es igual o más importante en el proceso de curación. Esta paciente abandonó el hospital con sensación de impotencia y miedo, pese a la correcta reducción de su articulación.

¿Mejor procedimiento para aprender?

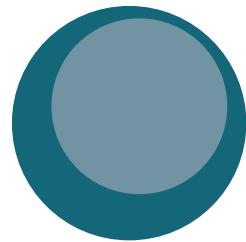
Revisar bibliografía legal y ética, no exclusivamente científica. Practicar la empatía, todos somos pacientes.

¿Cómo se aplica el aprendizaje a la práctica?

Implementar la práctica de la información y el consentimiento informado en el día a día, tanto en el servicio de Urgencias como en nuestros centros de salud.

¿Falta algo por aprender?

Revisar otros incidentes críticos sobre el tema y potenciales soluciones de los mismos. Posibles dilemas entre la beneficencia, la autonomía, los comités de bioética y las posibles soluciones que ofrecen.



INCIDENTES CRÍTICOS

19. INCIDENTE CRÍTICO

- Torres Bautista, F.¹; De la Calle Flores, C.¹; Ramos Caballero, M.²; Estefania Hidalgo, L.³; Gil Cidoncha, M.⁴

⁽¹⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Valle de la Oliva (Majadahonda).

⁽²⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Cerro del aire (Majadahonda).

⁽³⁾ Residente de MFyC 4º año, CS Torrelodones (Torrelodones).

⁽⁴⁾ Residente de MFyC 2º año, CS Valle de la Oliva (Majadahonda).

DESCRIPCIÓN

Durante una rotación externa, en país extranjero, estábamos atendiendo en nuestra consulta de un centro de salud, a una paciente que presentaba malestar general con importante dolor abdominal. Tras una minuciosa valoración, determinamos que nuestra sospecha clínica era una colecistitis aguda para lo que requería una valoración hospitalaria.

Nos dispusimos a realizar el papeleo correspondiente para hospitalizar a la paciente en la planta de cirugía general y que valoraran las distintas opciones terapéuticas

La paciente refería no querer ingresar en el hospital porque había tenido una mala experiencia previa que no sabía explicarnos bien. Con suerte, la convencimos para que acudiera al hospital y fuese valorada.

Para nuestra sorpresa, al día siguiente, la paciente había vuelto a nuestra consulta porque habían rechazado su ingreso. Al parecer, el cirujano había insinuado que, para realizar la operación, había que hacer pago de una tasa que la paciente no podía pagar porque disponía de escasos recursos económicos.

Por nuestra parte, intentamos solicitar de nuevo el ingreso, pero la situación era bastante complicada. Al parecer, no era la primera vez que ocurría un caso similar. Se le pautó antibiótico, mientras esperábamos una respuesta de los médicos hospitalarios, pero tras múltiples rechazos se perdió el seguimiento de la paciente.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Se le puede poner precio a la salud de un paciente grave?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

La búsqueda de una cobertura sanitaria universal debería ser el objetivo principal, sin embargo, no en

todos los países se entiende el cuidado de la salud de la misma forma.

En cualquier caso, todo aquello que sea contrario a la lex artis debe ser perseguido.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Toda persona, independientemente de su condición económica, merece una buena y adecuada atención sanitaria.

Se deben perseguir aquellos casos que vayan a contracorriente de las normas de buena práctica clínica

¿Cuál ha sido el mejor procedimiento para aprender?

Comentar el caso con compañeros que actúan en consonancia con la Lex artis. En caso de no llegar a una conclusión, comentarlo con el comité de Ética asistencial.

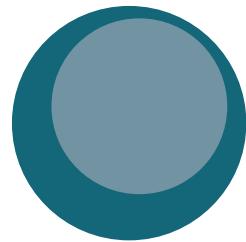
¿Cómo aplicas el aprendizaje en la práctica?

Aplicando la moral en las valoraciones clínicas que se realizan a los pacientes. Al dar ese componente ético, el trabajo siempre estará bien hecho.

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

Es importante conocer la cultura de los países donde realizamos la práctica clínica para saber cómo funcionan.

Sería una buena opción viajar al extranjero ocasionalmente, y así trabajar en diferentes centros y observar cómo funcionan los diferentes sistemas de salud. En caso de que el sistema no funcione de acuerdo a lex artis, deberíamos denunciarlo.



INCIDENTES CRÍTICOS

20. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES EN LA ATENCIÓN MÉDICA: MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN CONSULTA

■ Ibáñez Arbós A.

Residente de 2º año de MFyC. H. Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid).

DESCRIPCIÓN

Durante una mañana de mi rotación en urgencias de pediatría acude a consulta un niño de 5 años acompañado de su madre que como antecedente relevante presenta un diagnóstico de trastorno del espectro autista. Acude a urgencias por fiebre de cuatro días de evolución de hasta 39.5°C acompañado de odinofagia intensa. A su llegada el paciente se muestra tranquilo y colaborador, pero cuando intento comenzar la exploración física se empieza a agitar, comenzando a chillar y a correr por la consulta. Intento hablar con el paciente para tranquilizarle, le pongo en el móvil unos dibujos animados que según su madre le encantan, sin ser efectivo ni un ápice. Intento contar, intento utilizar juguetes disponibles en el servicio, intento cantar, incluso le proporciono unas pinturas para que coloree, pero nada es efectivo, el paciente cada vez está más nervioso, llegando incluso a intentar morderme, dar puñetazos a la pared y a arrancar todos los cables del ordenador de la consulta. Intento obtener ayuda por parte de la madre para conseguir tranquilizarle, pero esta se muestra poco colaboradora, llegando incluso a sentarse en una silla a observar la situación. Finalmente, al ser imposible totalmente explorarle, pido ayuda a una adjunta del servicio y a dos enfermeras, quienes tampoco consiguen tranquilizar al paciente.

Dada la situación de tensión absoluta y la ausencia de mejoría a pesar de diferentes tácticas. La adjunta y yo analizamos el cuadro clínico del paciente solo con los datos clínicos de los que disponemos, fiebre alta de 5 días y odinofagia, con esta clínica hay muchas probabilidades de que presente una faringoamigdalitis estreptocócica, pero la posibilidad de realizar un test para detección de *Streptococcus pyogenes* es nula. Por tanto, tras conversar con la madre y esta mostrarse de acuerdo, dada la fiebre de tantos días de evolución, se decide tratar con Amoxicilina únicamente basándonos en la anamnesis con la presencia de dos criterios de Centor, ya que la exploración física fue imposible y más difícil aún la extracción de pruebas complementarias.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo podría haber manejado de manera más efectiva la situación?, ¿cómo puedo mejorar mis habilidades a la hora de manejar ciertos trastornos en un ambiente hostil como es la urgencia de un hospital?, ¿qué puedo hacer para ayudar al paciente con trastorno del espectro autista para que se sienta más cómodo en urgencias o en el centro de salud?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer, desarrollar e implementar en mi práctica clínica estrategias efectivas para la comunicación con el paciente que padece trastornos y patologías que afectan al comportamiento.
- Mejorar mis habilidades de comunicación y empatía con el paciente y su entorno para establecer una relación médico-paciente de confianza y poder superar ciertos conflictos.

MÉTODOS

1. Preguntar a otros compañeros con más experiencia.
2. Seminarios, cursos y clases.
3. Talleres.
4. Consulta de bibliografía en forma de artículos y libros de texto.
5. Tutorización.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

He aprendido a manejar situaciones complejas en consulta mediante una mejor y más efectiva comunicación con mis pacientes, conociendo la patología a la que me enfrento para abordarla de una manera más efectiva, siempre desde una perspectiva amable y empática.

¿Cuál ha sido el mejor método para aprender?

El mejor método ha sido la tutorización y escucha activa de otros compañeros con más experiencia en el ámbito, en este caso comenté la situación a una pediatra adjunta del centro de salud donde realicé mi rotación. Ella tiene amplia experiencia con pacientes que padecen este trastorno, me propuso acudir a unas charlas y talleres que estaba organizando en el propio centro con una trabajadora social del área, allí realizamos dinámicas de *role-play* con diferentes situaciones clínicas complejas con pacientes con diferentes trastornos del comportamiento en consulta para abordarlas en base a los conceptos teóricos aprendidos en mi estudio personal y después comentar los aciertos y los errores cometidos junto con otros profesionales sanitarios.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

¿Cómo aplicas el aprendizaje a la práctica?

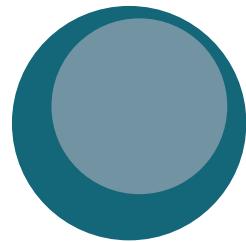
En base al estudio personal, la tutorización y los diferentes talleres que realicé reflexioné en gran medida

sobre mis interacciones con los pacientes, no solo analicé la situación que abordo en este incidente clínico, si no también muchas otras, analizando los puntos a mejorar y siendo así capaz de entender mejor al paciente y ayudarle en mayor medida.

En las siguientes ocasiones que he tenido un paciente, tanto adulto, como pediátrico, con trastorno del espectro autista he sabido enfocar la consulta de una manera diferente, de tal forma que el paciente se sienta más cómodo en todo momento pudiendo tener una relación médico-paciente más efectiva y empática.

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

Me falta mucho por aprender sobre comunicación con el paciente en situaciones complejas, como adelantarse para evitar que las mismas lleguen a producirse y si llegan a producirse como abordarlas de la manera más correcta. Para ello, pienso seguir acudiendo a talleres y cursos, aplicando lo aprendido en el día a día.



ORIGINAL

1. ESTUDIO PREVALENCIA DE INSOMNIO EN LA POBLACIÓN ADSCRITA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. (PIPAP-GOYA/CIUDAD JARDÍN)

■ Castaño Reguillo A¹., Pérez González J²., Mantecón Domínguez M.A³.

(¹) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Los Ángeles.

(²) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Goya.

(³) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un trastorno del sueño relevante por sus consecuencias sobre la salud. La prevalencia estimada del insomnio es del 10-15%, (datos previos a la pandemia). Hay estudios que han demostrado la relación entre ésta y diferentes trastornos del sueño, creemos que este dato ha podido modificarse. Este trabajo pretende cuantificar la prevalencia actual del insomnio en la población de los centros de salud de Goya y Ciudad Jardín, y establecer un perfil sociodemográfico de otras características asociadas al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en población registrada entre 18 y 80 años adscrita a los Centros de Salud de Ciudad Jardín y Goya. Muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta estudios de prevalencia previos que la estiman en un 15%. La variable principal a estudio es la presencia de insomnio, utilizando como principal instrumento de medida la Escala de Insomnio de Atenas. Otras variables fueron estudiadas realizándose comparaciones simples entre ellas. Todas las pruebas fueron bilaterales con el propósito de obtener una significación de 0,05 ($p<0,05$).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 250 pacientes con una participación final de 128 (51,2%). Un 20,4% de estos presentaron resultados compatibles con insomnio según la escala de Atenas (6 o más puntos). Sólo el 8,4% de la población había consultado por insomnio a su Médico de Familia, con una concordancia con la historia clínica del 76,7%. El 63,64% de los pacientes con insomnio son mujeres, el 22,73% de los pacientes tienen entre 18 y 40 años, el 36,37% entre 41 y 64 años y el 40,91% tienen 65 años o más.

DISCUSIÓN

No hemos podido demostrar la hipótesis planteada al carecer nuestros resultados de significación estadística, en probable relación con las pérdidas obtenidas en la recogida de datos, el método de investigación mediante entrevista telefónica y las características de la población de estudio.

Palabras clave: Insomnio, Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Pandemias

1. INTRODUCCIÓN

El insomnio es un trastorno consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño o de conseguir una duración y calidad del mismo adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal¹. Su relevancia estriba en el empeoramiento del estado anímico, la disminución de la concentración, la aparición de problemas crónicos de salud, una mayor utilización de recursos sanitarios, aumento del consumo de medicamentos, abuso de alcohol, absentismo laboral, disminución de la productividad e incremento en el número de accidentes².

Para su diagnóstico, la CIE-11 lo divide en varios tipos siendo el insomnio crónico la dificultad frecuente y persistente para quedarse dormido o dormir sin despertar pese a la oportunidad y a circunstancias propicias para dormir bien; debe producirse varias veces a la semana y durar por lo menos 3 meses³.

El insomnio normalmente es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma por lo que, a la hora de tratarlo, se deben abordar sus causas. Esto es importante también porque encontraremos que probablemente esté insuficientemente notificado como problema de salud, ya que muchas veces se le encuadra dentro de otras enfermedades

o trastornos⁴. Algunos estudios sugieren que las personas más jóvenes perciben mayor perjuicio con la falta de sueño que las ancianas, por lo que estas consultan menos⁵.

Para investigación, estratificación de la gravedad y seguimiento del insomnio, son útiles las escalas como el Insomnia Severity Index (ISI)⁶ o la escala de Atenas (Athens Insomnia Scale)⁷, cuya traducción en español está validada⁸.

Hace 15 años ya era un problema altamente prevalente en la población general, estimándose en un 10-15% la prevalencia de insomnio crónico, en un 20-25% la del insomnio ocasional, teniendo en consideración que el 50% de los adultos sufren y/o sufrirán insomnio en algún momento de su vida¹. Actualmente en España se estima que el 30-40% de la población adulta presenta alguna queja en relación con el sueño, consultando sólo un 27-52% de los pacientes al médico². En otros países como Estados Unidos, el insomnio afecta a 25 millones de personas produciendo una importante morbilidad asociada⁹. En la Comunidad de Madrid no hay un estudio epidemiológico actualizado sobre el insomnio.

Previamente se han realizado varios estudios sobre el insomnio, tanto dirigidos a la población general como a los pacientes psiquiátricos ingresados, obteniéndose diversas prevalencias dependiendo del medio en el que se realizaban. En pacientes ingresados por patología psiquiátrica, la prevalencia ascendía al 53%¹⁰.

En España disponemos de un estudio realizado en 2017 desde Atención Primaria, en Mallorca, que revelaba una prevalencia de insomnio de 21,1% y de insomnio clínico de 6,9%, con una frecuencia mayor en mujeres, viudos, divorciados, jubilados y desempleados. Además, se encontró que el 60% de los pacientes padecían sobrepeso/obesidad². Respecto a la edad, la población anciana es más vulnerable a los efectos deletéreos sobre la salud mental que presenta el insomnio⁵.

Sin embargo, los estudios anteriormente mencionados son previos a la pandemia COVID19. Este punto es importante porque, según se demuestra en un estudio en China, tras los confinamientos empeoró la calidad del sueño, demostrándose una relación entre éstos y el insomnio, y entre el número de casos de COVID19 en cada ciudad y el insomnio¹¹.

El objetivo principal de nuestro trabajo consiste en cuantificar la prevalencia del insomnio en la Comunidad de Madrid infiriéndola a través del estudio descriptivo de un grupo de pacientes pertenecientes a los Centros de Salud de Goya y Ciudad Jardín. Como objetivos secundarios valorar el efecto que ha podido tener sobre el mismo la pandemia COVID19, describir el número de horas semanas de consumo de plata-

formas multimedia que realiza esta población, dado que se ha mostrado que el uso de estos dispositivos antes de ir a dormir pueden suprimir la producción de melatonina alterando el ritmo circadiano⁵, y establecer un perfil clínico- sociodemográfico de otras características asociadas que ya han mostrado previamente su relación con el sueño².

Con estos datos creemos que se podrán establecer nuevas hipótesis de trabajo para el abordaje de un problema de salud frecuente y preocupante para la población¹².

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en la población registrada entre 18 y 80 años en los centros de salud (CS) de Ciudad Jardín y Goya (Madrid), que a fecha de 17 de noviembre de 2022 es de 10825 en CS Ciudad Jardín y de 47682 en CS Goya. El estudio se realizó entre enero y abril de 2023. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario de La Princesa, a fecha de 27 de enero de 2023 y el informe favorable de la Comisión Local de Investigación de la Dirección Asistencial Centro de la Gerencia Asistencial de AP de la Comunidad de Madrid con fecha de 9 de diciembre de 2022.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

La población de estudio han sido los pacientes entre 18 y 80 años, adscritos a los CS anteriormente citados. Fueron excluidos: mujeres embarazadas, pacientes en situación de Cuidados Paliativos, institucionalizados, con diagnóstico previo de deterioro cognitivo de cualquier tipo, apnea del sueño, narcolepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, síndrome de piernas inquietas y/o pacientes con patología psiquiátrica tipo esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. El periodo en que se realizó la recogida de datos comprende desde el 1/02/2023 hasta 7/03/2023.

INTERVENCIONES REALIZADAS:

El tamaño muestral se realizó teniendo en cuenta estudios de prevalencia previos que la estiman en un 15%¹. La muestra, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% sería de 196 pacientes. Tomando una tasa de pérdidas el 28%² y basándonos en estudios con metodología similar previos, resulta un tamaño muestral total de 250 personas.

Los pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron seleccionados de una lista del Código de Identificación Personal Autonómico (CIPA) de cada CS de forma aleatoria, preservando su anonimato mediante un código de codificación personal.

El reclutamiento de los pacientes se ha llevado a cabo a través de llamadas telefónicas desde los CS, solicitando el consentimiento informado verbal expreso tras explicar el estudio y referenciando la conformidad con el mismo, una vez aceptado, en la Historia Clínica (HC) del paciente, en el programa AP Madrid.

La recogida de datos se realizó mediante llamada telefónica desde el CS a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Los datos obtenidos se recogieron en una tabla de análisis que permaneció en los ordenadores pertenecientes a la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

El estudio se presentó con antelación en ambos CS para que los profesionales sanitarios tuvieran conocimiento de las posibles consecuencias de este. De la misma manera, se informó a los pacientes de que la positividad de la Escala de Insomnio de Atenas por sí misma no es suficiente para hacer el diagnóstico y se precisa de una entrevista clínica, entendiendo que este resultado podría suponer un motivo de preocupación en el paciente entrevistado e inducir a la variabilidad en las respuestas.

VARIABLES DEL ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

La variable principal del estudio es la puntuación obtenida en la Escala de Insomnio de Atenas (Anexo 1), que evalúa 8 variables cualitativas nominales con cuatro dimensiones cada una valoradas con una puntuación entre 0 y 3, siendo 0 ningún problema, 1 problema menor, 2 problema considerable y 3 problema mayor. Considerándose insomnio crónico una puntuación mayor o igual a 6 puntos⁷.

Variables Secundarias: edad, sexo, estado civil, situación laboral, índice de masa corporal (IMC), presencia o ausencia de trastorno mental, polifarmacia (entendida como el empleo de 5 o más fármacos a la vez), toma de benzodiacepinas o antidepresivos, número de horas semanas referidas dedicadas al consumo de plataformas multimedia y videojuego, si ha consultado alguna vez por insomnio y su concordancia con la HC de Atención Primaria.

Debido a la incapacidad del equipo investigador de gestionar en el tiempo deseado y con los medios disponibles un número mayor de pacientes, el estudio presenta una precisión del 5%.

Además de la Encuesta de Insomnio de Atenas, hemos utilizado un cuestionario estandarizado, realizado por el equipo investigador, con el objetivo de minimizar un posible sesgo del entrevistador. Sin embargo, al no estar validado es posible que algunas preguntas hayan dado lugar a respuestas confusas o poco precisas por el sesgo de memoria (preguntamos acerca del último año), lo que ha podido afectar a los resultados

obtenidos. Hemos cotejado los datos obtenidos en este cuestionario con la HC del programa AP Madrid para valorar la concordancia entre lo que declaran y la práctica clínica real.

Tabla I. Variables estudiadas y recogidas en el cuestionario estandarizado y realizado por el equipo investigador

VARIABLES ESTUDIADAS	
Edad	Trastorno mental previo
Sexo	Tipo de trastorno mental
Estado civil	Polifarmacia
Situación laboral	Consumo de BZD
Peso	Consultado con su MF
Talla	Concordancia
IMC	Horas de juego a la semana
Escala de insomnio de Atenas*	Insomnio ha repercutido el COVID19

*Variable principal

MEDICIONES DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN:

Tras la recogida de datos se realizó una revisión de calidad de estos para eliminar aquellos que fueron imposibles. La descripción del perfil clínico y socio-demográfico de los pacientes se realizó a través de porcentajes.

Se ha estimado la prevalencia de insomnio con un intervalo de confianza del 95%. Los objetivos secundarios (relación del insomnio con edad, sexo, IMC, estado civil o situación laboral), enfocados a analizar asociación, se harán mediante el test Ji cuadrado con un nivel de significación $p \leq 0,05$, y calculando la magnitud de la relación a través de un Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95%. El parámetro de medida central utilizado ha sido la media, con desviación estándar como medida de dispersión, salvo en los resultados de la Escala de Atenas donde se ha utilizado la mediana con rango como medida de dispersión porque no se ajusta a una distribución normal. El software estadístico con el que se analizan los resultados es SPSS. El tamaño muestral se ha calculado con EpiDat.

3. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES:

Se incluyeron un total de 250 pacientes aleatorizados elegidos de la población entre los 18 y 80 años de los centros de salud de Ciudad Jardín y Goya, de los cuales participaron en la encuesta 175 (70%), siendo excluidos 47 por presentar alguno de los criterios de exclusión expuestos previamente, por lo que la participación final fue de 128 pacientes (51,2%).

De los pacientes incluidos, el 51,6%⁶⁶ eran hombres. La media de edad es de 52,82 años (DE 17,67, p 0,090). Los grupos etarios se distribuyeron de la siguiente manera: un 30,5%³⁹ presentaban entre 18 a 40 años, un 34,4%⁴⁴ entre 41 y 64 años y un 35,2%⁴⁵ eran mayores de 65 años.

El 56,3% de la población tenía pareja. Más de la mitad de la población no soltera eran hombres (56,9%), no mostrándose diferencias entre los que sí la tenían (p 0,167).

El 53,1% de los pacientes es población activa, de los cuales el 39,71% tiene entre 18 y 40 años, el 52,94% entre 41 y 64 años, y el 7,35% 65 o más años (p < 0,001). De la población activa el 45,59% son mujeres y el 52,94% tiene pareja, no siendo ambos datos estadísticamente significativos sobre la población total, como se muestra en otros estudios donde el sexo femenino y no tener pareja es factor de riesgo para el insomnio, especialmente el secundario^{13,14,2}.

La media de peso de la población estudiada es de 73,79 kg (DE 13,89, p 0,090). El 2,4% de los pacientes presentaba bajo peso, el 44,9% normopeso, el 35,4% sobrepeso y el 17,3% obesidad. La media del IMC es de 25,28 (DE: 4,33).

Un 17,7% presentaba un trastorno mental, distinto de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos dado que

es un criterio de exclusión, siendo los más frecuentes los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, un 4% en ambos casos respecto a la población total.

Un 17,6% presenta polifarmacia, consumiendo un 6,8% del total benzodiacepinas y/o antidepresivos. De los pacientes que presentan polifarmacia, la mitad son mujeres. Del total de la población incluida en el estudio, por sexo, presentan polifarmacia un 16,7% de hombres y un 17,7% mujeres.

RESULTADOS SOBRE INSOMNIO:

Hemos obtenido un 23,44% de nuestra población con seis o más puntos en la Escala de Atenas, es decir, insomnio. La mediana del resultado en la Escala de Insomnio de Atenas es de 2 (3,07-4,60).

Por sexo, el 63,64% de los pacientes con insomnio son mujeres, no siendo estadísticamente significativa la diferencia de insomnio por sexos (p 0,152). Respecto a la edad, el 22,73% de los pacientes con insomnio tienen entre 18 y 40 años, el 36,37% entre 41 y 64 años y el 40,91% tienen 65 años o más (p 0,806), por tanto, se concluye que no hay diferencias significativas en la prevalencia de insomnio por tramo etario. De los pacientes con insomnio el 45,46% no tenía pareja (p 0,093). El 50% de los pacientes con insomnio tenía normopeso, un 31,82% sobrepeso y el 13,64% obesidad (p 0,543). El 53,33% era población activa. Un 59,10%

Tabla II. Características sociodemográficas, variables físicas y clínico-asistenciales en base a tramos etarios

Pacientes n (%)	18 – 40 años 39 (30,47)	41 – 64 años 44 (34,38)	65 – 79 años 45 (35,15)	P
Variables socio-demográficas				
Sexo				
Sexo femenino	18 (46,15)	22 (50)	22 (50)	0,938
Sexo masculino	21 (53,85)	22 (50)	22 (50)	
Estado civil				
Con pareja	10 (25,64)	29 (65,91)	33 (73,33)	<0.001
Sin pareja	29 (74,36)	15 (34,09)	12 (26,67)	
Situación laboral				
En activo	27 (69,23)	36 (81,82)	5 (11,11)	<0.001
No activo	12 (30,77)	8 (18,18)	40 (88,89)	
Variables físicas				
IMC				
Bajo peso	2 (5,13)	0 (0)	1 (2,22)	
Normopeso	25 (64,10)	21 (48,84)	11 (24,44)	0,006
Sobrepeso	10 (25,64)	14 (32,56)	21 (46,67)	
Obesidad	2 (5,13)	8 (18,6)	12 (26,67)	
Variables clínico-asistenciales				
Escala de Atenas				
Insomnio	5 (16,67)	8 (20,51)	9 (23,08)	0,806
No insomnio	25 (83,33)	31 (79,49)	30 (76,92)	
Polifarmacia				
Sí	2 (5,13)	3 (6,82)	17 (37,78)	<0.001
No	37 (94,87)	41 (93,18)	28 (62,22)	

no presentaba patología de la esfera de la salud mental ($p = 0,007$). De la población con trastornos mentales el 43,48% sufría insomnio ($p = 0,012$). El 31,82% de los pacientes con insomnio presentaban polifarmacia ($p = 0,072$). El 73,33% de los pacientes con insomnio no consumen benzodiacepinas ni antidepresivos ($p = 0,014$).

El 8,4% de la población reconoce haber consultado alguna vez a su Médico de Familia por insomnio, con una concordancia en la historia clínica al respecto del 76,7%.

Como variable secundaria hemos obtenido que el 46,4% de los pacientes presenta un consumo de plataformas de series o videojuegos a la semana superior a 11 horas (mediana 10 horas RI 42), lo que hemos considerado perjudicial al ser el percentil 50 de nuestra población.

Asimismo, el 89,8% de la población estudiada niega que la calidad de su sueño haya empeorado subjetivamente con respecto a la calidad del sueño percibida previa a la pandemia COVID19, respondiendo a uno de los objetivos secundarios.

vamente con respecto a la calidad del sueño percibida previa a la pandemia COVID19, respondiendo a uno de los objetivos secundarios.

Asimismo, el 89,8% de la población estudiada niega que la calidad de su sueño haya empeorado subjetivamente con respecto a la calidad del sueño percibida previa a la pandemia COVID19, respondiendo a uno de los objetivos secundarios.

4. DISCUSIÓN:

El objetivo principal del estudio era determinar la prevalencia actual de insomnio en la población entre 18 y 80 años de los CS de Goya y Ciudad Jardín, para así poder establecer una comparativa con las prevalencias previas. Hemos obtenido una prevalencia similar a la estudiada previamente mediante inferencias de estudios previos (1). Además, queríamos valorar como

Tabla III. Características sociodemográficas, variables físicas y clínico-asistenciales en base a resultado en la Escala de Insomnio de Atenas

Pacientes n (%)	No Insomnio (< 6 puntos) 98 (76,56)	Insomnio (≥ 6 puntos) 30 (23,44)	P
Variables socio-demográficas			
Edad			
18 – 40 años	28 (28,57)	11 (36,67)	
41 – 64 años	35 (37,71)	9 (30)	
65 – 80 años	35 (33,72)	10 (33,33)	0,698
Sexo			
Sexo femenino	45 (45,92)	17 (56,67)	
Sexo masculino	53 (54,08)	13 (43,33)	0,303
Estado civil			
Con pareja	57 (58,16)	15 (50)	
Sin pareja	41 (41,84)	15 (50)	0,430
Situación laboral			
En activo	52 (53,06)	16 (53,33)	
No activo	46 (46,94)	14 (46,67)	0,979
Variables físicas			
IMC			
Bajo peso	1 (1,02)	2 (6,67)	
Normopeso	42 (42,86)	15 (50)	
Sobrepeso	35 (35,71)	10 (33,33)	
Obesidad	19 (20,41)	3 (10)	0,206
Variables clínico-asistenciales			
Salud mental			
Trastorno mental	13 (13,27)	10 (33,33)	
No trastorno mental	85 (86,73)	20 (79,49)	0,012
Polifarmacia			
Sí	14 (14,29)	8 (26,67)	
No	84 (85,71)	22 (73,33)	0,116
Consumo de BZD/AD			
Sí	9 (9,18)	8 (26,67)	
No	89 (90,82)	22 (73,33)	0,014

objetivos secundarios el efecto que podría haber tenido la pandemia COVID19 sobre la prevalencia del insomnio, junto con la relación que podría tener que el sobreuso de plataformas multimedia. No obstante, solo hemos podido demostrar su relación de forma estadísticamente significativa con la presencia de trastorno de salud mental y consumo de benzodiacepinas.

Al estar el estudio realizado en dos CS (Goya y Ciudad Jardín) con un índice de privación MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas españolas y desigualdades socioeconómicas y ambientales) (15) localizado en el cuartil 1¹⁶ (dos de las zonas de salud con menor nivel de privación de la ciudad de Madrid), los resultados se deben extrapolar a poblaciones similares. De no ser así, se podría incurrir en una falta de representatividad, ya que, en la literatura publicada, el insomnio se ha asociado inversamente con el índice de privación y nivel socioeconómico¹⁷.

Consideramos que dos de los factores principales que han contribuido a que no se haya podido demostrar la hipótesis principal han sido las pérdidas obtenidas a lo largo de la fase de recogida de datos del estudio, en probable relación con el método de investigación (y con el correspondiente sesgo del voluntario asociado) y las características de la población entrevistada.

Por un lado, a la hora de realizar el protocolo del estudio establecimos que la recogida de datos se basaría en la realización de entrevistas por vía telefónica del cuestionario, sumando un total de tres intentos de contactar con los encuestados. Esto ha dificultado la obtención de datos brutos y ha superado la expectativa planteada en base a la tasa de pérdidas calculada inicialmente.

Por otra parte, las características de la población incluida (área con un índice de privación bajo), y habiendo excluido franjas etarias límites de la vida, personas en situaciones vitales estresantes *per sé* o con patologías de base tradicionalmente asociadas al insomnio, probablemente haya confluido en que los resultados de las entrevistas no arrojasen datos que contribuyesen a extraer resultados con significación suficiente.

No obstante, la prevalencia observada es similar a los estudios previos, situándose en el 20,4%. Además, hemos obtenido una imagen de las características sociodemográficas de nuestras poblaciones, pudiendo relacionar la patología mental con la presencia de insomnio de forma estadísticamente significativa. Del mismo modo, la mayoría de la población consumidora de benzodiacepinas no presentaba insomnio de forma estadísticamente significativa. Paralelamente, un 8,4% de la población ha consultado por insomnio. Si tomamos como referencia que la prevalencia estimada del insomnio es del 20,4%, podemos aventurarnos a inferir que ésta es una patología infradiagnosticada

actualmente. Como dato que nos parece relevante señalar, hemos objetivado que un 46,6% de las personas consume videojuegos o plataformas en mayor medida de lo habitual, lo cual podría ser perjudicial o incluso agravar las patologías relacionadas con el sueño. Esto supone una puerta abierta para la formulación de una nueva hipótesis que diera paso a la realización de estudios posteriores para determinar la relevancia de dichos resultados.

Otro factor que nos parece importante analizar en este apartado, es la posibilidad de un sesgo de memoria entre los entrevistados. Hemos de tener en cuenta que la recogida de datos se obtuvo entre los meses de febrero y marzo de 2023, tres años después del inicio de la pandemia COVID19, el confinamiento y las olas más extremas y extenuantes. Por ello, consideramos que, a la hora de preguntar por el insomnio durante esa época, el relato de la vivencia haya cambiado, probablemente siendo minimizado a día de hoy.

Como posible sesgo añadido, en lo relativo a los fármacos empleados para el insomnio, tuvimos en cuenta tan solo si tomaban benzodiacepinas o antidepresivos, no considerando otros grupos farmacológicos utilizados eventualmente por los pacientes con los trastornos del sueño como pueden ser los antihistamínicos o melatonina. Por otra parte, no se ha tenido en consideración a las personas que duermen siesta, evento que puede influir en la calidad del sueño¹⁸ así como otras condiciones o enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el insomnio¹⁹ no contempladas en nuestras variables o criterios de exclusión. Cabe destacar que algunos pacientes referían nicturia a causa de su hiperplasia benigna de próstata que daba lugar a una disminución en la calidad del sueño.

No obstante, a pesar de no haber podido demostrar la variable principal y de las múltiples limitaciones que ha tenido el estudio, consideramos que éste sí que resulta útil a la hora de ofrecer una imagen del insomnio y el problema que supone su padecimiento. Consideramos especialmente llamativo y a considerar el estimable infradiagnóstico del mismo observado. Por ello, creemos que, sería recomendable valorar emprender nuevas líneas de investigación relacionadas con este trastorno del sueño y, con ello, contribuir a visibilizar el problema para dar pie a intervenciones comunitarias o de educación para la salud que fomenten un sueño saludable.

PUNTOS CLAVE:

Los hallazgos del presente estudio muestran una prevalencia de insomnio similar a la esperada. Como hallazgo relevante, menos de la mitad de los ciudadanos con insomnio consultan por el mismo y eso da lugar

a un infradiagnóstico importante con consecuencias nocivas para la salud a corto, medio y largo plazo.

AGRADECIMIENTOS:

A los autores nos gustaría agradecer la ayuda en la resolución de dudas a Jaime Barrio Cortés, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, que ejerce como investigador en la FIIBAP (Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica

en Atención Primaria). A Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnico de Salud de la Unidad Docente Centro de Madrid, por guiarnos en los inicios del trabajo para asegurar una adecuada realización del mismo. Y, por último, queremos agradecer a nuestras tutoras, María Concepción Álvarez Herrero, Carmen López Rodríguez y Milagros Montalvo Montes, por guiarnos y acompañarnos en estos años de formación, por compartir sus conocimientos y por su dedicación y perseverancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarrais F, de Castro Manglano P. [The insomnia]. An Sist Sanit Navar. 2007;30 Suppl 1:121–34.
2. Torrens I, Argüelles-Vázquez R, Lorente-Montalvo P, Molero-Alfonso C, Esteva M. Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). Aten. Primaria 2019; 51 (10):617-25.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra; 2022.
4. Bonnet MH, Arand DL. Risk factors, comorbidities, and consequences of insomnia in adults. In: Benca R, Eichler AF, editors. UpToDate. 2023.
5. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. J Clin Sleep Med 2018; 14(06):1017-24.
6. Bastien C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001; 2(4):297–307.
7. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. J Psychosom Res. 2003; 55(3):263–7.
8. Gómez-Benito J, Ruiz C, Guilera G. A Spanish version of the athens insomnia scale. Qual Life Res 2011; 20(6): 374-82.
9. Perez MN, Salas RME. Insomnia. Contin Lifelong Learn Neurol. 2020; 26(4):1003–15.
10. Antomás-Osés J, Gárriz-Murillo C, Huarte Del Barrio S, Cambra K, Ibáñez B. Insomnia in patients admitted to psychiatric hospital departments. An Sist Sanit Navar. 2016 30;39(3):399–404.
11. Kong G, Kong D, Shi L. Sleeplessness in COVID-19 pandemic: Lockdown and anxiety. J Asian Econ. 2022; 80:101460.
12. Torrens I, Ortúñoz M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Actitudes ante el insomnio de los médicos de AP de Mallorca. Aten. Primaria. 2016;48(6):374-82.
13. Zhang B, Wing Y-K. Sex Differences in Insomnia: A Meta-Analysis. Sleep. 2006;29(1):85–93.
14. Mong JA, Cusmano DM. Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2016;371(1688):20150110.
15. Felicitas Domínguez-Berjón M, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Isabel Pasarín M, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22(3):179–87.
16. Álvarez-del Arco D, Vicente Sánchez M, Alejos B, Pascual C, Regidor E. Construcción de un índice de privación para los barrios de Madrid y Barcelona. Rev Esp Salud Pública. 2013;87(4):317–29.
17. Grandner MA, Patel NP, Gehrmann PR, Xie D, Sha D, Weaver T, et al. Who gets the best sleep? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. Sleep Med. 2010;11(5):470–8.
18. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert SM, Avidan A, Daly FJ, et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Heal. 2017;3(1):6–19.
19. Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalder K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. Dtsch Arztebl Int. 2019, 11.

ANEXO 1
Escala Atenas de Insomnio

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES:

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

- 0. Ningún problema.
- 1. Ligeramente retrasado.
- 2. Marcadamente retrasado.
- 3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

- 0. Ningún problema.
- 1. Problema menor.
- 2. Problema considerable.
- 3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

- 0. No más temprano.
- 1. Un poco más temprano.
- 2. Marcadamente más temprano.
- 3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

- 0. Suficiente.
- 1. Ligeramente insuficiente.
- 2. Marcadamente insuficiente.
- 3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

- 0. Satisfactoria.
- 1. Ligeramente insatisfactoria.
- 2. Marcadamente insatisfactoria.
- 3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

- 0. Normal.
- 1. Ligeramente disminuida.
- 2. Marcadamente disminuida.
- 3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

- 0. Normal.
- 1. Ligeramente disminuido.
- 2. Marcadamente disminuido.
- 3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

- 0. Ninguna.
- 1. Leve.
- 2. Considerable.
- 3. Intensa.

2. PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE BENZODIACEPINAS PARA TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

■ Retuerto Larumbe S.¹, Canal Rodríguez C.², Sada Echevarría M.³, Gámez Cabero M.I.⁴, Arribas Blanco J.M.⁵, González Higueros de Jiménez J.I.⁶

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Antonio Leyva. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Condes de Barcelona.

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Clínica Dr. Durández.

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Valle de la Oliva.

⁵ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Cerro del Aire.

⁶ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Justicia.

RESUMEN

PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE BENZODIACEPINAS PARA TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

Objetivo principal: Conocer la tasa de inadecuación en la duración del tratamiento con benzodiacepinas (BZD) en pacientes con insomnio.

Objetivos secundarios:

- Medir el tiempo medio de consumo.
- Describir la proporción de pacientes con prescripción concomitante de tratamientos antidepresivos para el insomnio.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes con fármacos que producen interacciones farmacológicas frecuentes con benzodiacepinas.
- Conocer la tasa de pacientes mayores de 65 años con criterio de inadecuación.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: Centros de salud de Cerro del Aire, Justicia y Valle de la Oliva en Madrid.

Población de estudio: Pacientes de ambos性, mayores de edad, con insomnio de los cupos de los investigadores de los centros de salud descritos previamente con prescripción de BZD ligado al episodio de insomnio de 2018 a 2022.

Método: Aleatorio sistemático.

Recogida de datos: "Consult@ Web" y "AP-Madrid".

RESULTADOS:

76% de los pacientes que han consumido benzodiacepinas en nuestra población de estudio lo han hecho de forma inadecuada. La mediana del tiempo de consumo es 13 meses. En pacientes mayores de 65 años un 82% las ha consumido de forma inadecuada.

El 30% de los pacientes ha tenido prescrito un antidepresivo. El 29% de la población tenía algún fármaco que puede presentar interacciones con BZD.

Conclusiones: Mayoritariamente el tratamiento con BZD excede el tiempo adecuado de consumo. Además, el mayor consumo se da en mayores de 65 años. Es importante instruir a la población general para que conozca alternativas al uso de benzodiacepinas.

INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas son una familia de medicamentos psicotrópicos con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes y anticonvulsionantes; que actúan aumentando la acción del ácido gammaaminobutírico (GABA), principal neurotransmisor inhibidor del sistema nervioso central.

Su indicación principal es el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del insomnio, definido este último como la dificultad para el inicio, mantenimiento, duración o calidad del sueño. Esta condición aumenta con la edad, razón por la cual el uso de estos tratamientos en pacientes de más de 65 años es cada vez mayor.

A pesar de sus efectos beneficiosos, estos medicamentos tienen un fuerte poder adictivo debido a la dependencia y la tolerancia que ejercen sobre los pacientes.

Además, están sujetos a interacciones farmacológicas frecuentes y existen poblaciones más vulnerables a sus efectos adversos, como los ancianos; su uso en estos pacientes aumenta el riesgo de deterioro cognitivo^{1,2}, delirium, caídas y fracturas³, lo que conlleva un importante impacto en el uso de recursos sanitarios y sociosanitarios⁴. Se deberían, por lo tanto, recetar con suma precaución y durante períodos cortos de tiempo; pudiendo la prescripción inadecuada conducir a un trastorno de adicción.

Los criterios STOPP/START son una herramienta utilizada para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores de 65 años: Se considera una prescripción inadecuada el uso de benzodiacepinas durante más de cuatro semanas, por la potenciación de efectos adversos y las múltiples interacciones que se pueden dar en estos casos.

El DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría recoge los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de adicción por consumo de benzodiacepinas: un poderoso deseo o necesidad de consumir benzodiacepinas y un consumo continuado de las mismas, a pesar de sufrir problemas causados o exacerbados por las benzodiacepinas, durante los últimos 12 meses⁵. Una de las razones de su abuso se debe a que sus efectos a nivel del sistema nervioso central son muy rápidos, con mejoría de la sintomatología por la que se suelen recetar⁶.

El insomnio es un problema con gran prevalencia en países industrializados y representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. El tratamiento de primera elección del insomnio son las medidas no farmacológicas⁷. Sin embargo, las benzodiacepinas se indican en un importante número de pacientes como primer tratamiento y de manera prolongada o crónica, cuando actualmente la indicación clínica no justifica una prescripción más allá de cuatro semanas por los fenómenos de tolerancia y dependencia que generan⁸. Se justifica su uso en el insomnio de corta duración; sin embargo, en el insomnio crónico debe tratarse la causa que lo produce (ya que en gran parte de los trastornos el insomnio es un síntoma y no un diagnóstico definitivo) y el uso de hipnóticos debe utilizarse como complemento.

El uso inadecuado de las benzodiacepinas se ha convertido en un grave problema a nivel nacional, con un importante impacto en la población mayor. En España estudios recogen que hasta en un 82,5%⁹ de los pacientes tratados con benzodiacepinas se excede la duración del tratamiento adecuado. Otro ejemplo que ilustra esta situación es la estimación en un 50% del porcentaje de los pacientes que mantienen el tratamiento con benzodiacepinas más allá de un año para tratar la ansiedad y el insomnio crónico¹⁰.

Además, tras la pandemia por SARS-CoV-2, por el aumento de prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, se ha acentuado el consumo de dichas sustancias¹¹, lo que plantea un problema tanto sanitario como económico. Un estudio canadiense reporta un aumento del uso de estos fármacos de 47% desde la pandemia, a causa de múltiples factores, como son la pérdida de empleo, el miedo a contagiarse, el aislamiento y el distanciamiento social¹².

Existen pautas de uso racional que deben conocerse al realizar su prescripción. Es por ello por lo que utilizar la mínima dosis eficaz, durante el menor tiempo posible, seleccionar las benzodiacepinas de manera individualizada, informar sobre los riesgos asociados, etc., son algunas de las medidas que se deben tomar a la hora de plantear el tratamiento del insomnio¹³.

En vista de la alta prevalencia del insomnio y del uso abusivo e inadecuado de las benzodiacepinas para su tratamiento, esta revisión tiene como objetivo determinar la tasa de inadecuación en la duración del tratamiento con benzodiacepinas en pacientes adultos con insomnio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio tiene diseño observacional, descriptivo y retrospectivo. El tamaño de la muestra se decidió en función de un error alfa bilateral de 0,05, una precisión mínima de 0,06, asumiendo el peor caso posible de inadecuación ($p = 0,5$). Se recogieron datos de 267 pacientes. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. Los criterios de inclusión son pacientes de ambos性, mayores de 18 años, con diagnóstico de insomnio de los cupos de los investigadores de los centros de salud Centros de salud de Cerro del Aire, Justicia y Valle de la Oliva con prescripción de BZD ligada al episodio de insomnio de 2018 a 2022.

La recogida de datos se realizó con los programas informáticos “Consult@ Web” y “AP-Madrid”.

VARIABLES

Universales: sexo (hombre/mujer), edad (cuantitativa), principio activo (lorazepam/lormetazepam/diazepam/midazolam/oxazepam/temazepam/alprazolam/bromazepam/clobazam/ketazolam/clonazepam/quazepam/clorazepato)

Principal: prescripción inadecuada de BZD (sí/no)

Se considera aquella que supera las cuatro semanas de tratamiento en el caso del insomnio.

Secundarias: tiempo de consumo en los últimos 5 años (cuantitativa), prescripción de antidepresivos para tratamiento del insomnio (trazodona, mirtazapina) (sí/no), prescripción de fármacos que producen interacciones (opioides, antiepilepticos, antifúngicos azoles, macrólidos, quinolonas, rifampicina, inhibidores de la proteasa) (sí/no).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará el estudio descriptivo de todas las variables para detectar valores anómalos u otras inconsistencias. Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias y porcentaje e intervalo de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se resumirán con su media, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%, si las variables siguieran una distribución normal; si muestran una distribución asimétrica se presentarán con mediana y rango intercuartílico (P25-75).

RESULTADOS

En primer lugar, se realiza un estudio descriptivo de la población de estudio:

Un 33% de la población son hombres frente al 67% que son mujeres. La edad media es 64,38 años (con un IC 95%: 62.44 ± 66.33), que sigue una distribución normal y coincide casi con la mediana (65 años). El paciente más joven incluido tiene 25 años y el más mayor 103 (*Figura 1*).

Si se comparan los porcentajes de consumo de cada principio activo, la benzodiacepina más consumida es el lorazepam (61.5%), a la que le sigue el bromazepam (14.7%), lormetazepam (10.9%), diazepam (4.9%), alprazolam (3%), clorazepato (2.3%), clonazepam (1.9%) y otras benzodiacepinas que apenas representan el 0.8% (*Figura 2*).

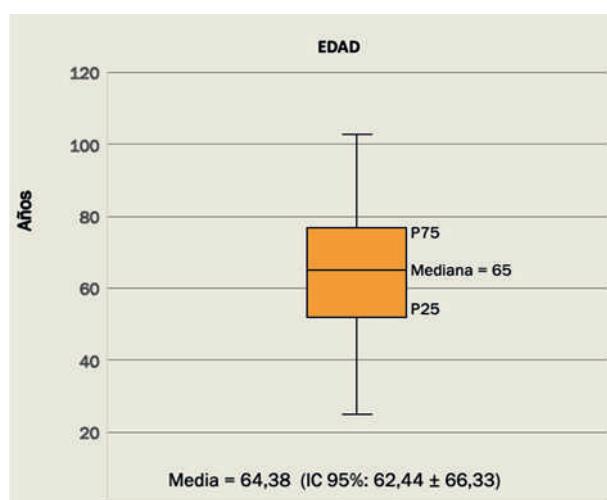


Figura 1: Distribución de la muestra según edad

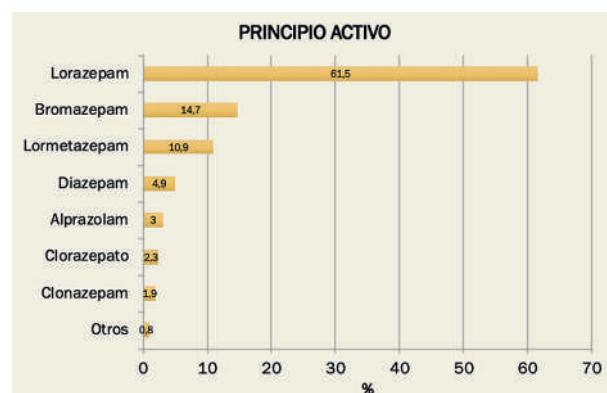


Figura 2: Benzodiacepinas más consumidas por población del estudio

Respecto al objetivo principal del estudio se observa que un 76% de los pacientes que han consumido benzodiacepinas en nuestra población de estudio lo ha hecho de forma inadecuada.

Si la división se realiza por grupos de edad se evidencia que un 70% de pacientes menores de 65 años ha consumido benzodiacepinas de forma inadecuada. En mayores o en pacientes con 65 años un 82% ha consumido de forma inadecuada. En este caso no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p>0.05$ (*Figura 3*).

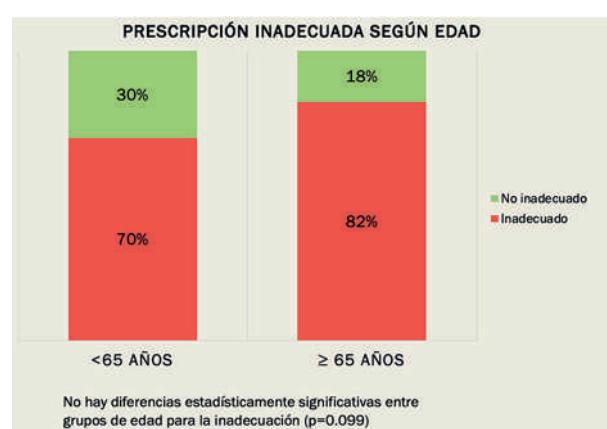


Figura 3: Tasa de prescripción inadecuada de BZD, según edad

Posteriormente se analizan los datos para responder a los objetivos secundarios.

El tiempo de consumo de las benzodiacepinas se describe con la mediana, al no seguir una distribución normal: 13 meses. El percentil 25 es de 2 meses y el percentil 75 es de 60 meses, lo que indica que el 25% de nuestra población ha consumido benzodiacepinas por un periodo de 60 meses o más, lo que equivale a 5 años (*Figura 4*).



Figura 4: Tiempo de consumo de BZD según grupo de edad

Un 30% de los pacientes del estudio ha tenido prescrito en algún momento un antidepresivo (trazodona y/o mirtazapina) para el tratamiento del insomnio (*Figura 5*).

Por otro lado, un 29% de la población de estudio tenía prescrito en el periodo de tiempo que consumió unas benzodiacepinas algún fármaco que puede presentar interacciones (*Figura 5*).

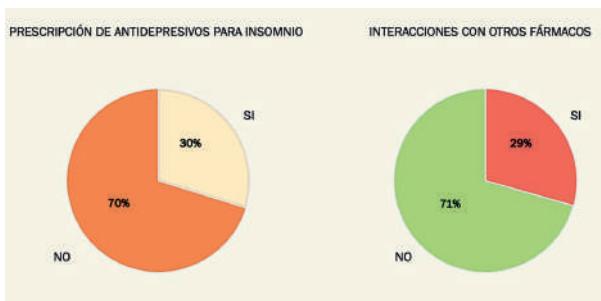


Figura 5: Porcentajes de prescripción de antidepresivos concomitantes y de interacciones con otros fármacos, respectivamente

DISCUSIÓN

Después de la presentación de resultados se comenta brevemente si estos permiten responder a las hipótesis presentadas al inicio del estudio.

Se ha estudiado la tasa de inadecuación en la duración del tratamiento con benzodiacepinas en la población del estudio, tanto de forma general como con división por grupos de edad. Se evidencia que en todos los casos más de los dos tercios de la población consumen benzodiacepinas de forma inadecuada según el tiempo estipulado por las guías para el tratamiento del insomnio (más de cuatro semanas).

El tiempo medio de consumo de estos fármacos supera el año de consumo (13 meses), sin evidenciar diferencias significativas si se realiza división según grupos de edad. Aun así, es destacable el hecho que en mayores de 65 años la mediana de consumo es prácticamente 4 veces mayor que en menores de 65 años, lo que a priori debería ser al contrario, ya que estos fármacos presentan potencial peligro en personas mayores por su elevada tasa de efectos adversos y sus interacciones con otros medicamentos. Esto viene asociado a los criterios STOPP/START, que consideran inadecuado el consumo en el caso del insomnio por encima de cuatro semanas para mayores de 65 años.

Menos de un tercio de los pacientes del estudio presentan un fármaco antidepresivo concomitante como la trazodona o la mirtazapina, lo que no es coherente con lo que indican las guías sobre el insomnio, ya que las benzodiacepinas deberían ser un tratamiento de segunda elección, tras haber fracasado con las medidas higiénicas del sueño, los tratamientos "naturales" como son la valeriana o la melatonina, entre otros, y otros fármacos que no provocan dependencia ni tolerancia, como lo son los antidepresivos. El resultado obtenido indica que probablemente las benzodiacepinas se prescribieron de forma precoz antes de probar otros tratamientos que podrían haber sido eficaces, dado que un 70% de los pacientes del estudio no tuvieron acceso a la trazodona o a la mirtazapina. Es cierto que no se ha evaluado en este estudio el cumplimiento de las medidas de higiene del sueño o el uso de tratamientos no farmacológicos como son los remedios naturales, lo que podría dar pie a otro trabajo de investigación.

Se pone en relieve con otro de los objetivos secundarios la importancia de la correcta prescripción de las benzodiacepinas, dado que se observa que casi un tercio de los pacientes del estudio tomaron fármacos con potencial interacción con las benzodiacepinas. Este resultado indica que ese porcentaje de pacientes pudo haber sufrido efectos más o menos importantes derivados de la combinación de una benzodiacepina con otro fármaco, lo que podría ser considerado iatrogenia.

CONCLUSIONES

Con todo lo presentado previamente se deduce que aún queda mucho margen de mejora, tanto a nivel sanitario como a nivel poblacional. Sería interesante hacer más campañas de prevención del consumo de benzodiacepinas y mostrar sus efectos a largo plazo, que la mayoría de las personas desconocen.

Es cierto sin embargo que muchas veces por falta de tiempo o de recursos los profesionales sanitarios terminan usando las benzodiacepinas como herramienta contra el insomnio. Sería de interés buscar alternativas dentro de las benzodiacepinas entre las

menos adictivas o utilizar los fármacos Z, que son inductores del sueño, con algo menos de potencial aditivo y de tolerancia que las benzodiacepinas.

PUNTOS CLAVE

- Las benzodiacepinas son fármacos psicotrópicos con potencial efecto adictivo, que se usan para el tratamiento del insomnio
- Más de los dos tercios de la población consumen benzodiacepinas de forma inadecuada para el tratamiento del insomnio.

- A pesar de que las benzodiacepinas deberían ser un tratamiento de segunda elección en el insomnio muchas veces se prescriben de forma precoz, incluso antes de los tratamientos no farmacológicos.

AGRADECIMIENTOS

A Luisa María Cabello Ballesteros, técnico de salud de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Noroeste de Madrid, por su ayuda a lo largo de todo el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tseng LY, Huang ST, Peng LN, Chen LK, Hsiao FY. Benzodiazepines, z-hypnotics and risk of dementia: special considerations of half-lives and concomitant use. *Neurotherapeutics*. 2020;17:156-164. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31802436/>
2. DeKosky ST, Williamson JB. The long and short of benzodiazepines and sleep medications: short-term benefits, long-term harms? *Neurotherapeutics*. 2020; 17:153-155
3. Brandt J, Leong C. Benzodiazepines and z-drugs: An updated review of major adverse outcomes reported on in epidemiologic research. *Drugs R D*. 2017; 17:493-507
4. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamasiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. *Rev urug. Med. Interna*. 2016; 1(3):14–24.
5. Álvarez Mazariegos JA y col. Introducción En: Álvarez Mazariegos JA y col. Guía de consenso para el buen uso de las benzodiazepinas: gestión de riesgos y beneficios. 2^a Ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2019. 17-23
6. Artagaveytia DP, Goyret A, Tamasiunas G. Desafío terapéutico: Desprescripción de benzodiacepinas. *Boletín Farmacológico*. 2018; 9(1).
7. DeKosky ST, Williamson JB. The long and short of benzodiazepines and sleep medications: short-term benefits, long-term harms? *Neurotherapeutics*. 2020; 17:153-155
8. Álvarez Mazariegos JA y col. ¿Cuándo prescribimos benzodiazepinas? En: Álvarez Mazariegos JA y col. Guía de consenso para el buen uso de las benzodiazepinas: gestión de riesgos y beneficios. 2^a Ed. Barcelona: Socidrogalcohol; 2019. 47-79
9. Rodríguez Sánchez V. Una adicción invisible: Práctica de prescripción y representaciones sociales del consumo de benzodiazepinas desde el enfoque de género [tesis doctoral]. Elche, España: Universidad Miguel Hernández; 2017
10. Antich Arqué S, Rodilla Alamá V, Moreno Royo L. Ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos: ¿se utilizan de forma adecuada? Un estudio llevado a cabo en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*. 2007;39 (12):677-8.
11. Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Lippi G. Benzodiazepines consumption may have increased during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2022; 314:124-5.
12. Sanagi A, McMahon T, Gude J. Benzodiazepines misuse: An epidemic within a pandemic. *Cureus*. 2021; 13(6): 1-9.
13. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamasiunas G. Uso racional de benzodiacepinas: hacia una mejor prescripción. *Rev urug. Med. Interna*. 2016; 1(3):14–24.

CASOS CLÍNICOS

1. TUMORACIÓN BENIGNA CON ASPECTO ANÓMALO: EL GRANULOMA PIÓGENO

■ Martínez-Esteban C.^a, Romero-Barzola M.Y.^b, Sierra-Santos L.^c

(^a) Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Barrio del Pilar, Madrid, España.

(^b) Medico SUMMA 112, Madrid, España.

(^c) Medicina de Familia y Comunitaria, Consultorio San Agustín de Guadalix, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

El granuloma piógeno es una lesión vascular benigna, reactiva y multifactorial, que se produce por un crecimiento excesivo de tejido conectivo en la piel y membranas mucosas.

Su etiología resulta de daños repetitivos, así como irritación local sobre la piel o las membranas mucosas, ocasionando que los tejidos al cicatrizar lo hagan de manera anormal, formando excesivo tejido de granulación¹.

Una vez valorado por Dermatología, se realizó exéresis de la lesión enviando dos muestras a anatomía patológica: una se realizó por afeitado de un fragmento semirredondeado de 1 cm de longitud y 0,8 cm de altura que al corte presentaba una coloración violácea y otra se realizó biopsiando la base, que obtuvo un cilindro de piel irregular de 4 por 3 por 3 milímetros.

En ambas muestras microscópicas se observaron vasos dilatados agrupados en lóbulos con una dermis edematosas y un infiltrado inflamatorio mixto parcheado que correspondía con un granuloma piógeno.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 72 años que consulta tras la aparición de una lesión cutánea en la mano derecha de una semana de evolución. Como único antecedente personal es portador de marcapasos desde hace cinco años debido a un bloqueo auriculoventricular completo. El paciente refiere que notó la aparición de una tumoración en la mano derecha tras realizar un trabajo de jardinería, sujetando fuertemente una azada (Figura 1).

El paciente comentaba que desde su aparición la lesión aumentó de tamaño. Negaba dolor, pero si refirió cierta molestia al realizar presión o apoyar la mano. Al evaluarla observamos una pápula eritemato-violácea, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de borde irregular, consistencia friable, con un collarete periférico de tonalidad más clara en la palma de la mano, muy erosionada y con sangrado espontáneo. Además, el paciente indicaba que no asociaba dolor, pero sí cierta molestia al realizar presión o apoyar la mano.

La sospecha inicial fue de granuloma piógeno, pero de igual manera fue derivado al servicio de Dermatología de manera preferente ante el rápido crecimiento y para a su vez, realizar el diagnóstico diferencial con un melanoma amelanótico u otra neoplasia.



Figura 1. Imagen con consentimiento del paciente.



Figura 2. Imagen con consentimiento del paciente.

Para su tratamiento se realizó la coagulación de la base con nitrato de plata (ya que no se podía utilizar el bisturí eléctrico dados sus antecedentes personales de portador de marcapasos) con un resultado quirúrgico excelente hasta el momento sin aparición de recidivas (Figura 2).

REVISIÓN

Los granulomas piógenos son tumoraciones vasculares que se producen como reacción a microtraumatismos por lo que su lugar de aparición suelen ser las manos o cara. Se manifiestan como pápulas o nódulos de color rojo vinoso de 2 a 10 mm de tamaño y de crecimiento rápido que sangran abundantemente y con facilidad².

La etiología de la lesión ha sido bastante discutida, surgiendo múltiples propuestas desde su primer reporte realizado por Ponce y Dor en 1897. Inicialmente, pensaron que las lesiones encontradas en la piel eran el resultado de un contagio ocasionado por caballos castrados que padecían una micosis denominada Botriomicosi¹. Sin embargo, no fue hasta principios de siglo cuando surge el nombre de granuloma piogénico, describiéndolo como una lesión reactiva, que resulta de daños repetitivos, así como irritación local sobre la piel o las membranas mucosas, ocasionando que los tejidos al cicatrizar lo

hagan de manera anormal, formando excesivo tejido de granulación.

El granuloma piogénico en sus estadios tempranos puede presentarse como una pápula roja e indolora, que en pocos días o semanas se convierte en una masa tumoral exofítica sésil o pedunculada, con una superficie lobulada o corrugada y que suele estar acompañada de ulceración, sangrado espontáneo y exudado minucioso, de consistencia friable y pudiendo llegar a ser firme y fibrosa en la medida que pasa el tiempo. En cuanto al color, dependiendo de la vascularidad, puede presentarse como un tono rosado, rojo intenso, púrpura o marrón, llegando alcanzar un promedio que oscila entre 20 y 30 mm.

El granulo piógeno no tiene predilección en cuanto a edad, existiendo reportes de casos de niños de seis días como en ancianos, aunque si se ha objetivado que presenta una mayor frecuencia aparición en las mujeres con una proporción de 3:2. Este tipo de lesiones se observan predominantemente en la zona bucal, especialmente en la encía vestibular (75%). Los sitios extrabucales lo conforman en orden decreciente la cabeza, área del cuello, extremidades superiores, extremidades inferiores y zona genital¹.

El diagnóstico inicial es clínico, aunque para ser confirmado es necesario la realización de biopsia y el examen histopatológico. Los siguientes datos son de ayuda para reconocer la etiología y guiar el diagnóstico de la lesión: el sexo, estado de gravidez, historia de traumatismos repetitivos, toma de determinados medicamentos, sintomatología o tiempo de evolución de la lesión, entre otros³.

El diagnóstico clínico diferencial puede hacerse con el granuloma periférico de células gigantes, hemangioma capilar, fibromas periféricos, linfangioma o sarcoma de Kaposi, el melanoma nodular, el angiosarcoma o el linfoma no hodgkiniano entre otros, por lo que se debe derivar a los pacientes al dermatólogo dada la importancia de la biopsia^{1,2}. También se ha demostrado que las terapias con agentes inmunosupresores aumentar el riesgo de aparición de granulomas piógenos⁴.

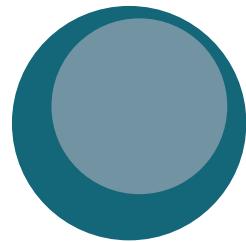
Para el tratamiento de estas lesiones se han propuesto diferentes formas de tratamiento, pero la escisión quirúrgica completa con bisturí o curetaje así como cauterización de la base sigue siendo el tratamiento de elección. Recientemente se han empleado los betabloqueantes tópicos como tratamiento del granuloma piogénico, obteniendo resultados variables. Se ha observado que el timolol tópico puede ser un tratamiento alternativo eficaz a la cirugía. Además, presenta la ventaja de efectos adversos mínimos, facilidad de administración y mejores resultados cosméticos⁵.

Por último, destacar que es fundamental desde Atención Primaria realizar una buena historia clínica al paciente, así como la inspección de la lesión que nos permita el

diagnóstico inicial de la lesión y posterior derivación a Dermatología para la realización de estudio con biopsia y su extirpación posterior, evitando complicaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido-Moyano, F., Girón-Prieto, M. S., & Aneiros-Fernández, J. (2014). Amelanotic melanoma mimicking a pyogenic granuloma. Actualidad MéDica/Actualidad Médica, 99(791), 41. <https://doi.org/10.15568/am.2014.791.cd01>.
2. Vilas, M. G., García, L. M., & Mezquida, M. P. (2012). Granuloma piógeno. SEMERGEN. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, 38(6), 417. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.03.005>.
3. Longhurst WD, Khachemoune A. An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. Int J Dermatol [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2024];54(11):1214–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26235189/>.
4. Lacouture M, Sibaud V. Toxic side effects of targeted therapies and immunotherapies affecting the skin, oral mucosa, hair, and nails. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2018 [citado el 27 de mayo de 2024];19(S1):31–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30374901/>.
5. Bienvenido a la Revista Digital Online NPunto [Internet]. CASO CLÍNICO - GRANULOMA PIÓGENO TRATADO CON TIMOLOL | NPunto; Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/45/caso-clinico-granuloma-piogeno-tratado-con-timolol>.



CASOS CLÍNICOS

2. EL TINTE DEL DRAGÓN: UN CASO DE BETACIANURIA

■ Comanda Guglielmi M.^a, Castro Barrio M.^a, Sierra Santos L.^a, Barceló Bazal B.^a, Castro Martínez H,^b

^(a) Medicina Familiar y Comunitaria del C.S. San Agustín de Guadalix. Madrid (España).

^(b) Estudiante 4º Medicina. Universidad de Zaragoza (Unizar). Zaragoza (España).

INTRODUCCIÓN

El color rojizo de la orina es un síntoma que el paciente interpreta como alarmante y que le hace generalmente consultar. Es importante realizar un diagnóstico diferencial entre las diversas causas de hematuria y falsa hematuria. En ocasiones, la causa de la coloración rojiza puede ser debida a una condición benigna llamada beeturia o betacianuria, que ocurre por la excreción en la orina de un pigmento producido por determinados alimentos. Es una afectación poco frecuente que se ve aumentada en determinados subgrupos (déficit hierro, anemia perniciosa, etc.).

Presentamos el caso de un paciente que presentó dicho síntoma debido a la ingesta de pitaya o fruta del dragón.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 44 años que tras realizar un esfuerzo deportivo intenso (maratón) presentó orinas rojas. Acudió a Urgencias por ese motivo y se realizó una tira de orina, cultivo de orina y analítica de sangre con hemograma y bioquímica para descartar hematuria e incluso rabdomiolisis. La analítica de orina fue normal sin hematíes, leucocitos, nitritos, ni siquiera urobilinógeno. Así mismo, no



Figura 1. Pitaya Roja¹.
Imagen con consentimiento del paciente.

se detectó CPK elevada ni otras alteraciones en la analítica de sangre. No existía anemia ya que la hemoglobina era de 14 g/dl. El hierro era ligeramente disminuido, de 50 mcg/dl (normal d 60-170 mcg/dl) aunque la ferritina era normal.

En la consulta, se reinterrogó al paciente para realizar de nuevo diagnóstico diferencial a nivel ambulatorio. En la anamnesis para el despistaje de otras patologías, comentó que su hija de siete años que no había realizado ejercicio físico también presentaba orinas oscuras de color rojizo. Ampliando la anamnesis, sobre todo en cambios en su rutina habitual, comentó que habían comido una fruta que generalmente nunca tomaban: se trataba de la pitaya o la fruta del dragón, en concreto, la pitaya roja (Figura 1).

Este fenómeno es conocido como beeturia o betacianuria. A las cuarenta y ocho horas el aspecto de su orina se normalizó sin incidentes.

REVISIÓN

La beeturia o betacianuria es un fenómeno caracterizado por la coloración rosa-rojiza de la orina al ingerir alimentos ricos en pigmentos rojizos de la familia de la betacianinas, como por ejemplo la remolacha (siendo el más frecuente), la pitaya, etc.^{2,3,4,5}.

La pitaya, o comúnmente llamada fruta del dragón, es una fruta tropical con diversas variedades (blanca, amarilla y roja) que es ampliamente cultivada en China⁵ y otros países. En la pulpa de la pitaya es donde se encuentra una alta cantidad de betalaínas: las betacianinas que son pigmentos rojos (pitaya roja) y betaxantinas que son pigmentos amarillentos (pitaya amarillenta)⁵. La betacianinas, el pigmento rojizo, es inestable con pHs y temperaturas elevadas⁵.

La beeturia afecta a un 10-14% de la población, porcentaje que aumenta en determinados subgrupos como la deficiencia de hierro^{2,3,6}. Los estudios sugieren que es más frecuente en situaciones o estados de alta absorción de hierro en el sistema gastrointestinal: A) Anemia ferropenia no tratada (la incidencia

disminuía en aquellos pacientes en tratamiento con hierro oral³. B) Anemia Pernicosa en tratamiento. C) Otras condiciones como por ejemplo la hemocromatosis^{2,3,4,6}. Otros estudios lo también correlacionaron el aumento absorción gastrointestinal con la variación del pH estomacal y del intestino delgado⁶.

La beeturia o betacianuria es una afectación benigna, no tiene hallazgos significativos en la anamnesis ni en la exploración física; por lo que es importante descartar otras patologías realizando el diagnóstico diferencial de hematuria y falsa hematuria²: 1) Hematuria: Tracto urinario superior (Carcinoma de células claras, insuficiencia renal, trombosis arteria renal, glomerulonefritis, pielonefritis, litiasis, etc.), tracto urinario inferior (cistitis hemorrágica, malformaciones arteriovenosas de la vejiga, litiasis, patologías prostáticas, etc.) y alteraciones de la coagulación o trastornos hemolíticos^{2,7}. 2) Falsa hematuria: medicaciones (doxorubicina, cloroquina, ibuprofeno, etc), alimentos (beeturia, colorantes alimenticios) y metabolitos (metahemoglobina, urobilígeno, profirina, uratos, etc.)⁷. Además del diagnóstico diferencial, es importante el despistaje de patología subyacentes que ocasionan un aumento de la incidencia como se han descrito previamente².

En cuanto a pruebas complementarias, la más importante es el estudio de la orina². Las tiras reactivas pueden tener falsos positivos (pH mayor de 9, contaminación con agentes oxidantes, la presencia de mioglobinuria o hemoglobinuria) por lo que ante la positividad se debería comprobar con un urinoanálisis con examinación en microscopio^{2,7}. Aun así, puede ser útil la solicitud de analítica sanguínea para el diagnóstico diferencial y el despistaje de patologías subyacentes (anemia ferropénica, anemia perniciosa o trastornos de la absorción del hierro como la hemocromatosis)².

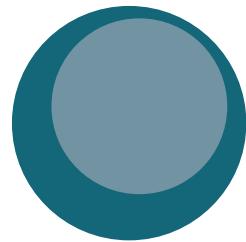
La beeturia es una condición para la que no hay un tratamiento o un manejo específico. Podría recomendarse modificación dietaria en el caso de que el paciente considere la situación molesta o en el que ocasione distorsiones en los resultados de urinanalisis o tira de orina por la pigmentación². Si es aconsejable el tratamiento de aquellas patologías subyacentes.

No se han objetivado complicaciones subyacentes; salvo el posible error de diagnóstico diferencial si no se utilizan determinadas pruebas de urinanalisis (dado que algunas tiras de orina pueden reaccionar con el color)². De hecho, uno de los problemas es el riesgo de un diagnóstico erróneo (como por ejemplo infección del tracto urinario) o derivación a cistoscopia u otras pruebas complementarias. Debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hematuria asintomática².

En conclusión, la beeturia o betacianuria es una patología benigna secundaria a la excreción en orina del pigmento rojizo betacianina que se encuentra en algunos alimentos como la pitaya, occasionando la coloración rojiza de la orina. Ante la aparición de dicha sintomatología, sobre todo si es de repetición, es importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado; teniendo en cuenta las posibles falsos positivos de la tira de orina. Tener también en cuenta que su aparición se ve aumentada en determinadas situación o patologías subyacentes, por lo que sería importante realizar un despistaje y tratamiento en dichos casos. La alteración de la coloración de la orina es una consulta frecuente, sobre todo en atención primaria, por lo que sería interesante tener en cuenta afectaciones como la beeturia como etiología poco frecuente, pero si existente y benigna en el diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. a990. CANVA [Internet]. Pitaya [Imagen]; s.f. [consultado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.canva.com/photos/MA-DCSQ26XvY/>.
2. Sauder HM, Rawla P. Beeturia. 2023 May 22. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. PMID: 30725697.
3. Watson W.C., Luke R.G. et Inall J.A. BEETURIA: ITS INCIDENCE AND A CLUE TO ITS MECHANISM. Br Med J. 1963;2(5363):971-3. doi: 10.1136/bmj.2.5363.971. PMID: 14056925; PMCID: PMC1873115.
4. Sotos JG. Beeturia and iron absorption. Lancet. 1999;354(9183):1032. doi: 10.1016/S0140-6736(05)76638-1. PMID: 10501390.
5. Khoo HE, He X, Tang Y, Li Z, Li C, Zeng Y, Tang J, Sun J. Betacyanins and Anthocyanins in Pulp and Peel of Red Pitaya (*Hylocereus polyrhizus* cv. Jindu), Inhibition of Oxidative Stress, Lipid Reducing, and Cytotoxic Effects. Front Nutr. 2022; 9:894438. doi: 10.3389/fnut.2022.894438.
6. Beeturia. Br Med J. 1963; 2(5363):948-9. PMID: 20789985.
7. Perazella M.A. et O'Leary M.P. Etiology and evaluation of hematuria in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: www.upToDate.com.



CASOS CLÍNICOS

3. MENINGITIS LINFOCITARIA EN UN VARÓN DE 48 AÑOS CON CEFALEA Y MAREO

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

⁽¹⁾ Residente de Cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

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

⁽³⁾ Residente de Segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

INTRODUCCIÓN

La meningitis linfocitaria es una forma de meningitis aséptica caracterizada por una predominancia de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Aunque generalmente se asocia con infecciones virales, puede ser causada por otros agentes, como bacterias atípicas, hongos o incluso condiciones no infecciosas como enfermedades autoinmunes. Este caso clínico presenta a un varón de 48 años que acude a urgencias con síntomas comunes pero inespecíficos, como cefalea y mareo, lo que subraya la importancia de un enfoque diagnóstico amplio y cuidadoso en la práctica clínica¹.

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años, sin antecedentes médicos relevantes, no fumador, sin consumo de alcohol ni drogas, trabaja en una oficina.

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acude a urgencias refiriendo cefalea intensa de inicio súbito y mareo desde hace 48 horas. Describe la cefalea como opresiva, localizada en la región frontal y occipital, acompañada de náuseas y fotofobia. Niega fiebre, convulsiones o pérdida de conciencia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Constantes:** Tensión arterial 135/85 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura 37.2°C.

- **Neurológico:** Orientado en tiempo, lugar y persona. No signos de focalización neurológica. No rigidez de nuca, signo de Brudzinski y Kernig negativos.

- **Otras Exploraciones:** Examen físico general sin hallazgos patológicos relevantes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Análisis de Sangre:** Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas.
- **Tomografía Computarizada (TC) de Cráneo:** Sin hallazgos de masas, hemorragias o hidrocefalia.
- **Punción Lumbar:** LCR claro, con presión de apertura normal.
 - **Citología:** 120 células/µL, 90% linfocitos.
 - **Bioquímica:** Glucosa 60 mg/dL (glucemia en sangre 90 mg/dL), proteínas 80 mg/dL.
 - **Cultivo y PCR:** Negativo para bacterias comunes y virus.

EVOLUCIÓN

El paciente fue hospitalizado para observación y tratamiento sintomático. Se inició tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro hasta que se descartaron infecciones bacterianas, y posteriormente se administraron antivirales específicos. La evolución clínica fue favorable, con disminución progresiva de la cefalea y desaparición de los mareos en los siguientes 5 días.

DISCUSIÓN

La meningitis linfocitaria puede ser un desafío diagnóstico debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas y variadas. La cefalea y el mareo son síntomas comunes en las urgencias, pero su asociación con

signos menígeos y una punción lumbar reveladora son claves para el diagnóstico¹.

En este caso, la ausencia de fiebre y la negatividad de los cultivos bacterianos orientaron hacia una etiología viral o no infecciosa. La presencia predominante de linfocitos en el LCR es típica de la meningitis viral, pero también puede verse en meningitis tuberculosa, micótica y en condiciones autoinmunes. La glucosa normal y proteínas elevadas en el LCR refuerzan la sospecha de una causa viral, como el virus del her-

pes simple (VHS), enterovirus o virus de la parotiditis, aunque la PCR específica resultó negativa².

Este caso subraya la importancia de una evaluación detallada y el uso de herramientas diagnósticas adecuadas para identificar la etiología subyacente en pacientes con síntomas neurológicos inespecíficos. La evolución favorable con el manejo adecuado demuestra la importancia de un abordaje integral y la consideración de etiologías virales en meningitis linfoцитaria^{1,2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunkel AR, Scheld WM. Acute bacterial meningitis. Lancet. 1995; 346 (8991-8992): 1675-80
2. Kupila L, Vuorinen T, Vainionpää R, Hytyläinen T, Marttila RJ, Kotilainen P. Etiology of aseptic meningitis and encephalitis in an adult population. Neurology. 2006;66(1):75-80.
3. Sáez-Llorens X, McCracken GH. Bacterial meningitis in children. Lancet. 2003;361(9375):2139-48.

CASOS CLÍNICOS

4. LA PIEL COMO MANIFESTACIÓN DEL CUERPO

- Hernando Nieto R¹., Millán Hernandez E²., Hurtarte Arroyo S.M³., Corella Fructuoso P³., Gallego Sánchez M.A².
- (¹) Residente 3º año de MFyC del CS Monterrozas.
- (²) Tutora de residentes, médico especialista en MFyC en CS Monterrozas y tutora pregrado de la Universidad Francisco de Vitoria.
- (³) Residente 1º año de MFyC del CS Monterrozas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 27 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta por unas lesiones en la piel desde hace 3 semanas que han ido evolucionando. No lo relacionada con nada, ha visitado dos dermatólogos privados que han indicado tratamiento con corticoides tópico, pero ante la persistencia de las lesiones, así como el aumento del número de estas acude a la consulta de atención primaria para valoración. A la exploración observamos unas máculas nodulares que se extienden en tronco y extremidades (Figura 1 y 2). La paciente refiere que se iniciaron en tronco y se han ido extendiendo a pesar del tratamiento con corticoides. Las lesiones no han cambiado a lo largo del tiempo, niega pústulas o vesículas. Tampoco recuerda otras lesiones en piel previas a las descritas.

En la misma visita y ante nuestra sospecha clínica se administró una dosis de penicilina benzatina 2.400.00 UI intramuscular con desaparición total de las lesiones en 2 semanas.

Antes de la visita de revisión se extrajeron unas serologías que confirmaron el diagnóstico de sífilis y la paciente nos comentó que había mantenido relaciones sin protección con un hombre a través de una aplicación de citas.

DISCUSIÓN

La sífilis se trata de una enfermedad de transmisión sexual producida por el *Treponema pallidum*. Si no se trata, va evolucionando por distintas fases, tenemos la sífilis primaria y la secundaria (siendo ambas las denominadas sífilis precoces) y la terciaria (también conocida como tardía)¹. La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual está en aumento, habiéndose duplicado en los últimos 15 años². En el 2016 se notificaron en España 7,22 casos por cada 100.000 habitantes, siendo 9 de cada 10 varones. A menudo la infección por el *Treponema pallidum* se asocia al VIH, en España un 28% de los varones con sífilis tienen también VIH, la mayoría de estos homosexuales². Existen diferentes factores de riesgo para la infección por *Treponema pallidum* como re-



Figura 1. Máculas en troncos.
Imagen con consentimiento del paciente.



Figura 2. Máculas en extremidad inferior.
Imagen con consentimiento del paciente.

laciones de sexuales de riesgo, práctica de chemsex, elevado número de parejas sexuales, homosexualidad o la infección por VIH.

Las manifestaciones clínicas varían en función de la etapa. En la sífilis primaria lo más frecuente es el desarrollo del chancre (pápula indolora en el punto de inoculación), apareciendo este a las 2-6 semanas del contacto con el *Treponema pallidum* y acompañado por adenopatías. Si no se pone tratamiento este desaparece y se desarrolla la sífilis secundaria (como el caso de nuestra paciente)¹. La sífilis secundaria es la gran imitadora, pudiendo presentarse como síntomas sistémicos, en piel...². Lo más frecuente son las máculas, pápulas, pústulas que aparecen en tronco y se diseminan a las extremidades (como nuestra paciente)¹. Finalmente, la sífilis terciaria aparece como neurosífilis, sífilis cardiovascular o sífilis gomatoso².

Para el diagnóstico lo más habitual es la detección de anticuerpos en suero. Disponemos de dos tipos de técnicas, las pruebas treponémicas (TPHA) y las no treponémicas (RPR, VDRL). Las treponémicas se positivizan a las 1-2 semanas de la aparición del chancre y se mantienen positivas toda la vida, aunque se haya

tratado la infección. De modo que son útiles en primeras infecciones para confirmar diagnóstico, pero en pacientes que ya han tenido sífilis en algún momento de su vida no son útiles dado que siempre serán positivas. Las pruebas no treponémicas se positivizan a los 10-15 días de la aparición del chancre. Son especialmente útiles en segundas infecciones dado que se negatividad con el tratamiento¹.

El tratamiento se realiza con penicilina, y la posología varía en función del tipo de sífilis¹.

CONCLUSIÓN

La sífilis es una patología conocida como la “gran imitadora”, sobre todo la sífilis secundaria. Es una patología que puede ser valorada y tratada desde atención primaria.

Es importante estar atentos y ante una sospecha debemos realizar una anamnesis dirigida y una vez confirmada se debe realizar despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arando M., Otero L. Sífilis. Enferm Infect Microbiol Clin. 2019; 37(6): 398-404.
2. Ivars M., Clavo P., Menéndez B. Manifestaciones cutáneas atípicas en la sífilis. Actas Dermosifiliogr. 2016; 107(4): 275-283.

CASOS CLÍNICOS

5. TUMOR CUTÁNEO INESPERADO: FIBROXANTOMA ATÍPICO

■ Romero-Barzola M.A.^a, Castro Barrio M.^b, Sierra Santos L.^b.

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

^(b) Médico de Familia C.S. San Agustín de Guadalix.

INTRODUCCIÓN

El fibroxantoma atípico es un tumor infrecuente que aparece en pacientes varones en su mayoría, de edad avanzada, en zonas fotoexpuestas, con mayor incidencia de casos en la cabeza y el cuello que se presenta con mayor frecuencia como una pápula o un nódulo solitario eritematoso. Muchos autores lo consideran como una variante menos agresiva y superficial del sarcoma dérmico pleomórfico y el sarcoma pleomórfico indiferenciado (UPS), anteriormente conocido como histiocitoma fibroso maligno. El diagnóstico del fibroxantoma atípico es siempre de exclusión, y debe diferenciarse mediante immunohistoquímica de otros tumores fusocelulares.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 75 años de edad que acude a consulta por una lesión en la sien izquierda de varios meses de evolución con aspecto papuloso, sobreelevado perlado, brillante y ulcerado de aproximadamente 5 por 8 milímetros de diámetro. Presentaba bordes irregulares y sangraba con facilidad. Era de color violáceo algo infiltrada y tenía un fondo eritematoso (figura 1a), en la imagen dermatoscópica no presentaba características típicas de lesión melanocítica ni tampoco de tumor basocelular.

Se realizó interconsulta a dermatología para evaluación y exéresis y tras algunas semanas pendiente



Figura 1. a) Imagen realizada en la primera consulta donde se observa un nódulo, en la piel de la sien izquierda de la paciente, eritematoso, perlado, de bordes irregulares y friable. b) Imagen de la evolución de la lesión donde se objetiva aumento de volumen, costras e infiltración de bordes.
Imagen con consentimiento del paciente.

de extirpación la lesión se modificó rápidamente (figura 1b) ulcerándose y aumentando de tamaño, infiltrando los bordes y el fondo con costras y sobrelevación sobre la superficie, por lo que se extirpó rápidamente ante la sospecha de un posible tumor de Merkel.

Se realizó ojal cutáneo 3 por 2,05 centímetros, con bordes aceptables y se realizó un colgajo quirúrgico (figura 2).

En Anatomía Patológica se identificó una proliferación centrada en la dermis sin afectación epidérmica, bien circunscrita, constituida por células fusiformes, pleomórficas con abundantes mitosis. No se observa necrosis, invasión vascular ni infiltración perineural.

Se observan marcadores de vimentina, CD10 y CD163 positivos y son negativos los epiteliales (CKAE1-AE3 y P63), los melanocíticos (Melan A, Sox10 y S100) y los musculares (actina y desmina) así como CK20 (por lo que se excluye el tumor de Merkel).

El diagnóstico definitivo es fibroxantoma atípico, que respeta los bordes quirúrgicos.

La cicatriz evolucionó bien y tras la revisión a los seis meses no se observó recidiva local.



Figura 2. Imagen realizada posterior a la extirpación quirúrgica de la lesión.

Imagen con consentimiento del paciente.

DISCUSIÓN

El fibroxantoma atípico fue descrito en 1961 por He-Iwig^{1,4}. Se trata de un tumor mesenquimático, de origen fibroblástico, aunque de histogénesis incierta con potencial maligno intermedio que raramente puede producir metástasis o la muerte².

Se estima que es un 0,2% de los tumores cutáneos con edad de aparición avanzada (mayores de 70 años) con una distribución hombres/mujeres 3:1. Afecta habitualmente cabeza y cuello en un 85% de los casos y en un 15% de los casos en tronco y extremidades sobretodo en pacientes más jóvenes. El factor de riesgo predominante es la elastosis solar en el 99% de los casos².

La presentación clínica inicial suele ser una lesión única papular o nodular, exofítica ulcerada³ y de crecimiento rápido que puede evolucionar a una masa tumoral carnosa sangrante y friable.

La dermatoscopia de contacto con luz polarizada puede mostrar vasos irregulares en la periferia y un patrón en arcoíris central, aunque estos hallazgos también se han observado en otras entidades clínicas como el sarcoma de Kaposi, el melanoma o el carcinoma basocelular⁵.

El diagnóstico de esta lesión es siempre de exclusión precisando además de la valoración clínica una biopsia de piel y estudios inmunohistoquímicos. En la biopsia se describe la presencia de células grandes fusiformes, histiocíticas, con abundantes mitosis^{1,3,4}. La infiltración tumoral se limita a la dermis sin afectación epidérmica ni de tejido celular subcutáneo o invasión vascular.

La inmunohistoquímica es la técnica que nos permite realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores de la piel (Tabla 1). Es habitual la expresión de vimentina, y CD 10 siendo negativa el resto de los marcadores inmunohistoquímicos.

Dentro del diagnóstico diferencial se debe tener en cuenta el UPS que es un tumor con un pronóstico menos favorable que puede ser difícil de distinguir histológicamente del fibroxantoma atípico. Las características que pueden favorecer un diagnóstico de UPS incluyen la afectación del tejido subcutáneo profundo, la penetración de la fascia o el músculo, la necrosis y la invasión vascular⁶.

El manejo terapéutico es la resección quirúrgica de la lesión dejando dos centímetros de margen de seguridad y la recurrencia de la misma es excepcional.

Como conclusión queremos resaltar que es un tumor de rápido crecimiento que debe ser interveni-

Tabla 1. Marcadores inmuhistoquímicos. CEC: carcinoma escamoso; FXA: fibroxantoma atípico; DFSP: dermatofibrosarcoma protuberans; CK: citoqueratina; VIM: vimentina; SMA: actina; DES: desmina. Nc: no conocido. Tabla modificada de Sánchez Herreros, et al.¹.

	CK	VIM	CD34	SMA	S100	HMB45	DES	CD99
CEC	+	+	-	-	-	-	-	-
Melanoma	-	+	-	-	+	+	-	-
FXA	-	+	-/+	-	-	-	-	Nc
DFPS	-	+	+	-+	-	-	-	Nc
Leiomiosarcoma	-/+	+	-/+		-	-	+	-

do lo antes posible por su agresividad local y por otro lado que la técnica de inmunohistoquímica es clave para descartar otros tumores como el melanoma o leiomiosarcoma que requiere un manejo más agresivo.

La atención primaria es crucial en el manejo del fibroxantoma atípico, ya que permite la detección

temprana de lesiones sospechosas y una evaluación inicial adecuada. Los médicos de familia y comunitaria coordinan el cuidado entre especialistas, garantizando un enfoque integral y seguimiento continuo. Además, ofrecen educación al paciente sobre la enfermedad y apoyo emocional. Su papel facilita el acceso a recursos y tratamientos necesarios, mejorando así los resultados clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Herreros C, Díez Recio E, Bélmar Flores P et al. Fibroxantoma atípico. Estudio clínico-patológico e inmunohistoquímico de diez casos. Med Cutan Iber Lat Am 2008; 36(1-2):66-71.
2. Calvo Archanco I, Del Castillo Pardo de Verda JL, Losa Muñoz PM. Fibroxantoma atípico. Rev. Esp. Cir. Oral. Maxilofac. 2017; 39: 245-252.
3. González G, Herrera HE, Acosta-de Haart A, Pérez-Cely HC. Fibroxantoma atípico: serie de casos. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023; 31:50-58.
4. Gómez de la Fuente E, Sols M, Pinedo F et al. Fibroxantoma atípico. Estudio clinicopatológico de 10 casos. Actas Dermosifiliogr 2005; 96:153-158.
5. Pitarch G. Dermoscopic rainbow pattern in atypical fibroxanthoma. Actas Dermosifiliogr 2014; 105(1):97-9.
6. Zwald F. Atypical Fibroxanthoma. En: UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2023 [citado 2024 August 16]. Disponible en: https://www-upToDate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/atypical-fibroxanthoma?search=fibroxantoma%20at%C3%ADpico&source=search_result&selectedTitle=1%7E5&usage_type=default&display_rank=1.

CASOS CLÍNICOS

6. DOLOR EN EL PIE: UN CASO SOBRE EL NEUROMA DE MORTON

■ Martín González M.^a, de Prada Rodríguez MA.^b, Pineda Torcuato A.^c, Luque García L.^a

(^a) Residentes 4 año MFYC. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

(^b) Médico especialista MFYC. Tutora de residentes. CS Collado Villalba Estación.

(^c) Médico especialista MFYC. Adjunto urgencias Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda.

Mujer de 38 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por dolor de 2 meses de evolución en antepié derecho. Desde hace 5 días a raíz de una ruta de senderismo, aumento intenso del dolor hasta en reposo, por lo que ha tomado dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas con mejoría parcial.

A la exploración física presenta dolor a la palpación en cabeza de 3er y 4º metatarsiano del pie derecho, sin dolor a la palpación de fascia plantar. Se solicita radiografía de pie sin objetivarse lesiones que justifiquen la clínica. Ante sospecha clínica de neuroma de Morton, se realiza ecografía clínica con hallazgo de pequeña masa redondeada hipoeocogénica entre metatarsianos. Previo consentimiento de la paciente se realiza infiltración ecoguiada con metilprednisolona 1 cc y mepivacaína al 2% 1 cc.

A las 3 semanas, la paciente vuelve a consulta, caminando con normalidad. Refiriendo mejoría significativa del dolor a punta de dedo tras infiltración.

El neuroma de Morton es una patología que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las metatarsalgias ya que se trata de una dolencia relativamente frecuente en la práctica clínica que cursa con dolor intenso metatarsiano al caminar, en ocasiones invalidante cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es esencial.

DEFINICIÓN

El neuroma de Morton es una neuropatía por compresión de los nervios digitales plantares comunes a su paso bajo el ligamento transverso intermetatarsiano, siendo su localización más frecuente entre el tercer y cuarto metatarsiano¹.

ANATOMÍA

Los nervios digitales plantares comunes surgen del nervio plantar medial tras la bifurcación del nervio

tibial posterior (que es, a su vez, una de las cuatro ramas terminales del nervio ciático). El nervio plantar medial discurre por la planta del pie. Se divide dando lugar al nervio digital plantar propio que inerva la cara medial del primer dedo y, en tres nervios digitales plantares comunes para inervar la cara lateral del primer dedo, el segundo, el tercero y la cara medial del cuarto dedo del pie².

EPIDEMIOLOGÍA

El neuroma de Morton se presenta con más frecuencia en mujeres adultas entre 25 y 50 años. Con una incidencia de 5:1 respecto al sexo masculino. El aumento de prevalencia en mujeres se asocia a factores de riesgo como el uso de calzado estrecho y tacones altos³.

El espacio entre el tercer y el cuarto metatarsiano es el más afectado (anatómicamente es el más estrecho y, además en aproximadamente un 30% de las personas existe interconexión entre el nervio plantar lateral y el medial a este nivel, por lo que se incrementa el diámetro del nervio), seguido del segundo espacio intermetatarsal.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Históricamente se han postulado dos hipótesis sobre la etiología del neuroma de Morton: por un lado, la teoría isquémica (actualmente parcialmente rechazada) resultante de la compresión generada sobre el nervio por diferentes causas (bursitis, anomalías óseas del antepié, anastomosis de nervio plantar lateral y nervio plantar medial, lesiones vasculares) y; por otro lado, la teoría biomecánica basada en el atrapamiento nervioso debido a la hiperextensión excesiva de los dedos con el uso de calzado inadecuado (tacón alto o estrecho) que produce un mal apoyo de los metatarsianos, quedando el nervio comprimido entre los metatarsianos, el ligamento intermetatarsiano transverso y el suelo.

A nivel fisiopatológico se caracteriza por una hipertrrofia del tejido conectivo neural en el revestimiento externo de un nervio digital plantar común⁴.

CLÍNICA

La clínica se basa en la presencia de dolor plantar con frecuencia claramente localizado en espacios intermetatarsianos. El dolor suele ser en un inicio al caminar, pero, progresivamente puede aparecer incluso en reposo o nocturno. En ocasiones, los pacientes pueden presentar parestesias entre los metatarsianos y los dedos afectos.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es inicialmente clínico a través de la anamnesis y exploración física.

Es aconsejable realizar en primer lugar una radiografía simple del pie para descartar patología estructural que pueda ocasionar el dolor como hallux valgus o la presencia de pie cavo.

El diagnóstico de confirmación se realiza a través de ecografía o resonancia magnética. La ecografía está sesgada por el tamaño de la lesión y el des-

empeño del técnico que la realice; lesiones menores a 5 mm de diámetro son difíciles de identificar y pueden ocasionar la misma clínica que las de mayor tamaño.

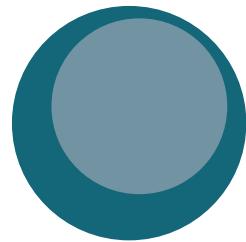
TRATAMIENTO

El tratamiento tiene tres pilares fundamentales.

1. Medidas higiénico-posturales basadas en el uso de zapato ancho con tacón bajo que disminuya la superficie de contacto entre el suelo y el nervio; así como el uso de plantillas de descarga para metatarsianos.
2. Tratamiento mínimamente invasivo: Ablación por radiofrecuencia, criablación, infiltración de corticoides intralesionales.
Estudios comparativos y revisiones sistemáticas han demostrado beneficios significativos con mejoría clínica del dolor en más del 75% de los pacientes mediante infiltración ecoguiada local de corticoide^{5,6}.
3. Tratamiento quirúrgico por medio de liberación ligamentosa asociada a osteotomía del cuello metatarsal vía percutánea o abierta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Munir U, Tafti D, Morgan S. Morton Neuroma. StatPearls Publishing; 2023.
2. Bruce EH. Chapter 1. Anatomy of the Foot. En: Foot and Ankle Biomechanics. Academic Press; 2023. pp. 3-44.
3. Del Río Madrazo JA, Agüeros Fernández MJ, Pérez Martín A, López Lanza Jr, raba Oruña S, Gómez Valdés M, Cano González AI, Echave Ceballos P, Ovejero Gómez VJ, García Gutiérrez MT, Alonso González A. Neuroma de Morton. Med Gen y Fam (digital). 2012;200-2.
4. Hélix-Giordanino M, Piclet-Legré B, Ferrari-Portafaix C, Ciolkowitch S, Alonza W. Neuralgia de Morton. EMC - Podol [Internet]. 2015;17(4):1-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1762-827x\(15\)73993-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1762-827x(15)73993-3)
5. Santiago FR, Muñoz PT, Ramos-Bossini AJL, Martínez AM, Olleta NP. Long-term comparison between blind and ultrasound-guided corticoid injections in Morton neuroma. Eur Radiol [Internet]. 2022 [citado el 13 de febrero de 2024];32(12):8414-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35726101/>
6. Thomson L, Aujla RS, Divall P, Bhatia M. Non-surgical treatments for Morton's neuroma: A systematic review. Foot Ankle Surg [Internet]. 2020 [citado el 13 de febrero de 2024];26(7):736-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31718949/>
7. Salazar Gravan Susana, Garvayo Merino Cristina, Martinez Martin Jorge Antonio, Martin Romero Lucia, Fernandez Rodriguez Luis. Cirugía percutánea en el neuroma de Morton. Rev S And Traum y Ort. 2016;39-45.



CASOS CLÍNICOS

7. CÓLICO RENAL E HIDRONEFROSIS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

■ Gordillo Chumacero M.¹, Makki H.², Rodríguez Rodríguez J.³, Cerrada Cerrada E.⁴

(¹) R1 MFYC. H. de Fuenlabrada. CS Francia (Fuenlabrada-Madrid).

(²) R4 MFYC. H. de Fuenlabrada. CS Francia (Fuenlabrada-Madrid).

(³) R4 MI. H. de Fuenlabrada (Madrid).

(⁴) MFYC. Tutor de Residentes (Fuenlabrada-Madrid).

INTRODUCCIÓN

Aunque los cálculos renales son frecuentes en todo el mundo, la incidencia varía en función del área geográfica. En España la incidencia de litiasis alcanza el 4,2% de la población y en general afecta más a varones¹.

Los cálculos renales suelen acontecer entre las edades de 20-40 años¹, mientras que en las mujeres hay un pico de incidencia entre los 40 y 60 años debido al aumento de calcio en la orina por la pérdida ósea durante la menopausia.

El 25% de los pacientes que presentan CRU recurrentes tienen historia familiar de urolitiasis², lo que aumenta su riesgo litiásico por tres³.

Palabras clave: Hidronefrosis, Ecografía, Atención Primaria.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años con AP de dislipemia, tabaquismo, epilepsia, litiasis renal, mastopatía fibroquística,

que acude al servicio de urgencias hospitalario por dolor lumbar derecho irradiado a flanco derecho e hipogastrio, acompañado de fiebre y náuseas. En la analítica de orina destaca leucocitos 500 LEU/UI, nitritos +, eritrocitos >200/uL, quedando el urocultivo (UC) pendiente. Se diagnostica de CRU +/- ITU y se le pauta fosfomicina 3gr a dosis única, más analgesia.

Al día siguiente acude a las consultas de Atención Primaria por persistencia del dolor, escalofríos, fiebre de 38°C y náuseas. A nuestra exploración presenta una PPRD +, por lo que se añade dexketoprofeno al tratamiento y se le programa cita al día siguiente para valoración clínica y ecográfica.

Este día, persistía el dolor en fosa renal derecha y en la ECO clínica destacaba en el riñón derecho un quiste de 3 cm en pelvis renal, sin imágenes de litiasis. Dado sensibilidad del UC (E. Coli, sensible a todo) se mantiene fosfomicina 500mg/8 h y se cita para nuevo control analítico y ecográfico, donde se aprecia una PCR de 65, con función renal normal y en la nueva ECO se constató una hidronefrosis grado II (Figura 1), por lo que se añade al tratamiento trimetoprim/sulfametoxazol 160/800mg/8h durante una semana y tamsulosina 0,4mg/ díá durante un mes.



Figura 1. Ambas imágenes de Riñón derecho con hidronefrosis grado II.
Las imágenes ecográficas cuentan con la autorización verbal de la paciente.

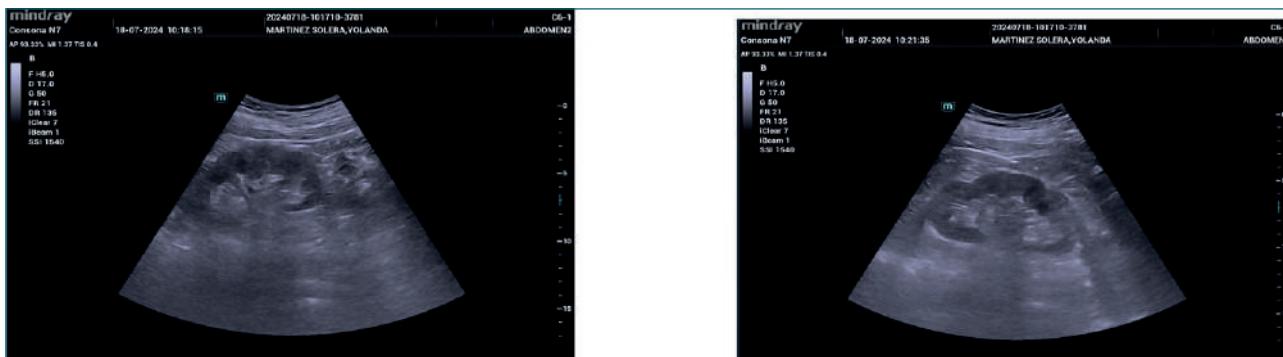


Figura 2. Riñón derecho e izquierdo respectivamente. Resolución de hidronefrosis.
Las imágenes ecográficas cuentan con la autorización verbal de la paciente.

A la semana, la paciente se encuentra clínicamente mejor, sin dolor, ni disuria y afebril. Se realiza nuevo control ecográfico (Figura 2), objetivándose ambos riñones de morfología y tamaño normal, con resolución de la hidronefrosis.

REVISIÓN

El CRU es un síndrome clínico agudo caracterizado por dolor intenso brusco de tipo cólico en fossa lumbar y en el ángulo costovertebral, que se irradia siguiendo el trayecto ureteral, hacia la región genital. Puede asociar síntomas como náuseas y vómitos, agitación, HTA, polaquiuria y urgencia miccional especialmente cuando el cálculo se impacta a nivel distal y síntomas intestinales como paresia intestinal e incluso íleo paralítico. Se produce como resultado de la obstrucción del tracto urinario superior por un cálculo (lo más frecuente), una papila renal o un coágulo. Las zonas de obstrucción más frecuentes son los cálices renales, la unión pieloureteral, el cruce del uréter por las arterias ilíacas y el uréter pelviano.

Se habla de CRU complicado cuando presenta fiebre, deterioro función renal (creatinina >1,5 mg/dl), hidronefrosis III-IV, cólico bilateral, riñón único/trasplante renal, dolor no controlado con medicación, embarazadas y de CRU no complicado cuando no cumple los criterios anteriores.

La hidronefrosis (ver clasificación en tabla 1) se produce cuando el flujo de orina desde los riñones hacia la vejiga está bloqueado o restringido de alguna manera. Esta obstrucción puede ocurrir en diferentes puntos del sistema urinario, como los uréteres o incluso dentro de los propios riñones. Cuando la orina no puede fluir libremente, se acumula en el riñón, lo que puede causar daño renal y presión en el órgano, siendo las causas más frecuentes: cálculos renales, estrechamiento de los uréteres, embarazo, infecciones, tumores y malformaciones congénitas.

Tabla 1. Grados de la hidronefrosis.

Grado	Sistema pielocaliceal	Grosor del parénquima
Grado 0	Sin alteración	Normal
Grado I	Dilatación mínima	Normal
Grado II	Dilatación evidente pelvis y cálices	Normal
Grado III	Dilatación acentuada de Pelvis y cálices	Normal
Grado IV	Dilatación severa	Adelgazado

(Obtenida de Postnatal management of antenatal hydronephrosis <https://doi.org/10.1046/j.1464-4096.2001.woodward.2578.x>)

El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis que irá dirigida a los aspectos clínicos, antecedentes familiares de litiasis urinarias (presentes hasta en el 3-10% de los casos), historia previa de cólicos, exploración física con constantes vitales y pruebas complementarias. Entre los datos de laboratorio en la mayoría de CRUs existirá hematuria macro o microscópica, aunque en un 9-33% de casos está ausente⁴, pudiéndose asociar leucocituria, cristaluria, bacteriuria y nitritos. En el hemograma, cuando se asocia uropatía obstructiva, puede aparecer leucocitosis. En la bioquímica hay que valorar los iones y la cifra de creatinina. Por último, unos reactantes de fase aguda elevados, nos puede orientar en caso de fiebre, sobre el riesgo de sepsis.

La Rx simple de abdomen, en ocasiones nos permite diagnosticar cálculos cuando existe un componente cárlico (radiopacos), buscándolos sobre la silueta renal y el trayecto ureteral, pero hay que recordar que la Rx no detecta cálculos radiotransparentes (ácido úrico puro), litiasis menores de 2 mm o microlitiasis, ni la causa obstructiva cuando no es litiasica (hasta un 10% de casos), que si se observan en la ECO abdominal. Además, con la ecografía podemos determinar si existe dilatación de la vía urinaria, el tamaño renal, la existencia de tumores, abscesos y colecciones perirrenales.

Y solo como técnica complementaria, el TAC abdominopélvico, nos permite identificar litiasis independiente-mente de su tamaño, localización y composición.

El manejo conservador se considera la primera línea de tratamiento del CRU simple⁵ ya que un alto porcentaje de las litiasis ureterales son expulsadas espontáneamente en las 4 semanas siguientes del inicio de los síntomas. En caso de que se trate de un CRU complicado se planteará la necesidad de aplicar tratamiento intervencionista, como la ureteroscopia, la nefrolitotomía percutánea y la litotricia extracorpórea por ondas de choque.

CONCLUSIONES

La ECO clínica es la técnica de elección para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. En su manejo terapéutico es prioritario aplicar analgesia, antieméticos y fluidoterapia⁶. En conclusión, el tratamiento activo de la litiasis urinaria es actualmente una intervención mínimamente invasiva, con preferencia por las técnicas endourológicas⁷ y la mayoría de las veces, las posibles lesiones objetivadas con técnicas ecográficas demuestran su resolución es-
pontánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunicardi, F. (2006). «Capítulo 39: Urología.». *Schartz: Principios de cirugía* (8^{va} edición). McGraw-Hill. ISBN 9789701053737.
2. Ljunghall S, Danielson BG, Fellstrom B, Holmgren K, Johansson G, Wikstrom B. Family history of renal stones in recurrent stone patients. Br J Urol. 1985;57(4):370-374.
3. Chauhan V, Eskin B, Allegra JR, Cochrane DG. Effect of season, age, and gender on renal colic incidence. Am J Emerg Med. 2004;22(7): 560-563.
4. Press SM, Smith AD. Incidence of negative hematuria in patients with acute urinary lithiasis presenting to the emergency room with flank pain. Urology, 1995;45:753-757.
5. Hubner WA, Irby P, Stoller ML. Natural history and current concepts for the treatment of small ureteral calculi. Eur Urol. 1993;24(2): 172-176.
6. Türk C, Petřík A, Sarica K Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis. Eur Urol. 2016 Mar;69(3):468-74. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.040. Epub 2015.
7. Türk C, Petřík A, Sarica K Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. Eur Urol. 2016 Mar;69(3):475-82. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.041. Epub 2015 Sep 4.

CASOS CLÍNICOS

8. “DOCTOR, ESTOY CANSADA”

■ Ondiviela Caja J.A.^a, Bollati Delclos A.G.^b

^(a) Médico Interno Residente en Medicina Familiar y Comunitaria.

^(b) Licenciada en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Barcelona. Móstoles, Madrid (España).

RESUMEN

El Feocromocitoma es un tumor poco común de la glándula suprarrenal que provoca la secreción de demasiada epinefrina y norepinefrina, hormonas que controlan la frecuencia cardíaca, el metabolismo y la presión arterial.

Puede ser único o asociado a Neoplasias Endocrinas Múltiples (MEN). El 10% son malignos con metástasis a distancia. Suelen asociarse a paragangliomas, y suelen ser de mal pronóstico.

El diagnóstico es con pruebas de imagen, biopsia suprarrenal, y examen de catecolaminas y metanefrinas séricas y en orina. El tratamiento es extirpar el tumor.

INTRODUCCIÓN

El Feocromocitoma¹ es un tumor poco frecuente de la glándula suprarrenal que provoca la secreción excesiva de epinefrinas y norepinefrinas.

Aunque su diagnóstico es con pruebas de imagen y de laboratorio, hay una serie de signos y síntomas que nos deben de alertar de su presencia, por lo que es fundamental realizar una buena anamnesis y exploración física.

EXPOSICIÓN

Mujer de 60 años, limpiadora de trenes con AP de HTA, IVC leve y reducción gástrica.

La paciente llevaba 2 meses acudiendo a las consultas del CS por diferentes quejas de **dolor** de características osteomusculares que ella achacaba a la dureza de su trabajo, y se resolvían con analgesia habitual (**paracetamol** de 650 mg hasta cada 8 horas).

Acude nuevamente a nuestra consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de **astenia, dolor abdominal difuso, mialgias en ambos MMII sin ningún territorio**

especificado, y **dolor centro torácico** sin desencadenante claro que es de duración intermitente sin coraje vegetativo ni palpitaciones. No pérdida de peso, afebril, sin sudoración nocturna.

Su principal preocupación es la **astenia**, refiriendo que “**está muy cansada**”.

PROCESO DIAGNÓSTICO

Constantes vitales: TA 110/70, Glucemia postprandial 115, Sat 02 98% basal. **EKG:** ritmico en ritmo sinusal a 75 lpm.

EF: A.C.rítmica sin soplos; A.P. con MVC sin ruidos sobreañadidos; Abdomen blando y depresible, sin peritonismo ni masas ni megalías, no doloroso a palpación, sin signos de irritación peritoneal; no edemas en MMII.

Ante la ausencia de datos de alarma y una vez descartada la patología cardíaca, se le pide una **analítica** y se cita a resultados y hasta entonces se le pauta **paracetamol** de 650 mg hasta cada 8 horas alternado con **metamizol** de 575 mg si más dolor. La **analítica** presenta **hipertransaminasemia** (FA 515 y GGT 105) con resto de valores en rango.

Ante la persistencia de los síntomas, sobre todo la **astenia**, y la **elevación de las transaminasas** de nueva aparición, se decide pedir **ecografía abdominal**.

La respuesta del Servicio de Radiología es: lesión renal izquierda con múltiples lesiones hepáticas y derrame pleural bilateral que sugieren proceso oncológico avanzado.

Ante esto, el mismo servicio decide ampliar el estudio en ese momento con un **PET-TAC** y citan a la paciente con prioridad con el **Servicio de Urología**.

Informan el **PET-TAC**: voluminosa masa renal izquierda con múltiples lesiones hipervasculares hepáticas, adrenales y óseas, sugestivas de afectación secunda-

ria. Adenopatías retroperitoneales, y signos de afectación metastásica difusa. T1b, N1, M1.

Con el diagnóstico, y antes de la consulta con el **Servicio de Urología**, la paciente acude a nuestra consulta acompañada de sus hijos para informarle de la situación.

Le informamos de la gravedad, la consolamos, le ofrecemos nuestra ayuda y seguimiento, y pautamos por empeoramiento de dolor **Tramadol** de 100 mg hasta cada 8 horas si dolor alternado con **Metamizol** de 575 mg si más dolor. Días después, ante el empeoramiento del dolor, se inicia **Oxicodona / Naloxona** de 5 mg/2.5 mg sustituyéndola por **Tramadol**.

En la consulta de **Urología** se le realiza **biopsia renal y hepática** que sugieren tumor neuroendocrino, de tipo **Feocromocitoma**. La derivan al **Servicio de Endocrinología**.

Semanas después, la paciente acude a **Urgencias** por mal control del dolor a nivel lumbar y se ajusta la analgesia para el dolor con **MST** de 15 mg cada 12 horas. En la consulta de **Endocrinología** se diagnostica de **Feocromocitoma maligno con diseminaciones hepáticas y óseas**. Se pide **RM lumbar** en el que se descartan aplastamientos vertebrales que condicionen efecto masa, con estenosis leve del canal C5-C6 y L3-L5 de origen degenerativo. Se avisa a Unidad de **Cuidados Paliativos y al ESAPD**.

En posteriores revisiones con **Endocrino y Paliativos**, la paciente está asintomática con **MST** de 15 mg cada 12 horas, y **Dexketoprofeno** de 25 mg junto con **Sevredol** de 10 mg si dolor irruptivo. Se le cita con **Oncología Radioterápica**. Allí, le introducen un radiofármaco y descubren que el tumor es sensible a **Somatostatina** por lo que pautan **Octreotide** de 30 mg mensual.

A los meses, se le realiza **PET-TAC** control, sin cambios. En la actualidad la paciente se encuentra asin-

tómatica, con estabilidad tumoral. Durante todo el proceso hasta la actualidad, desde nuestra consulta de **Medicina Familiar y Comunitaria** se ha hecho seguimiento de la paciente, con estrecha colaboración con las **Unidades de Endocrino, Urología, Paliativos y ESAPD**. Además, como puede heredarse en algunos casos y sus hijos son pacientes nuestros, van a realizarse estudios genéticos.

OTROS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- **Hipotiroidismo⁵**: explicaría astenia, parestesias, y debilidad muscular. Se descarta al tener analítica con función tiroidea normal.
- **Enfermedad Renal Crónica**: explicaría debilidad muscular, astenia, y parestesias. Se descarta al tener analítica con función renal normal.
- **Anemia Ferropénica⁵**: explicaría astenia, parestesias, y debilidad muscular. Se descarta al tener analítica con hemograma y estudio del hierro normales.
- **Hepatitis Viral Aguda**: explicaría astenia, parestesias, debilidad muscular, y la hipertransaminasemia. Se descarta al llevar meses con el dolor (no es agudo), no ha estado expuesta a ningún agente epidemiológico conocido, está correctamente vacunada, el dolor abdominal era difuso y no en hipocondrio, no tenía ictericia, se descarta en la ecografía.
- **Carcinoma renal de células claras con invasión de órganos adyacentes⁶**: explicaría astenia, parestesias, debilidad muscular, hipertransaminasemia, diseminación a hígado y huesos. Se descarta con biopsia.
- **Hepatocarcinoma²**: explicaría astenia, parestesias, debilidad muscular, hipertransaminasemia, y diseminación a huesos. Se descarta con biopsia. Además, suele provocar ictericia, y raramente metastatiza a riñón.

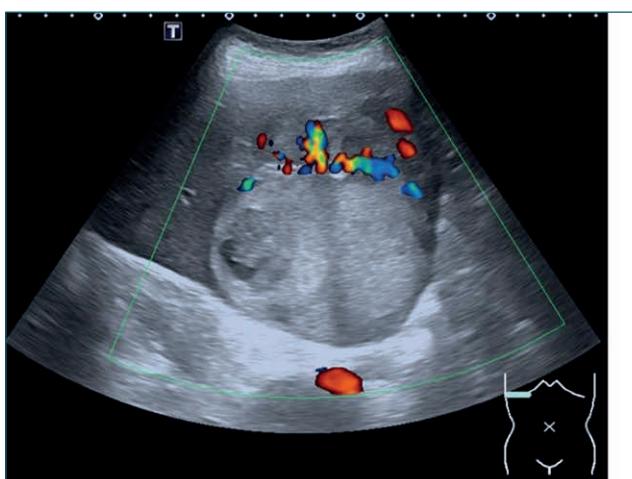


Figura 1. Ecografía y TAC Abdominal.
Imagen con consentimiento del paciente.

REVISIÓN

El **Feocromocitoma**³ es un tumor poco común del tejido de la glándula suprarrenal que provoca la secreción de excesiva de epinefrina y norepinefrina, hormonas que controlan la frecuencia cardíaca, el metabolismo y la presión arterial.

Puede ser único o como más de una neoplasia. Se desarrolla en el centro (médula) de una o ambas glándulas suprarrenales. Raramente se presenta más allá de ellas. Cuando esto sucede, normalmente es en alguna otra parte del abdomen.

Suelen asociarse a Neoplasias Endocrinas Múltiples (MEN)⁴ ocasionando síndromes de hipersecreción hormonal relacionándose con los MEN 2 (Carcinoma Medular de Tiroides – Feocromocitoma – Tumores de Paratiroides). Puede presentarse a cualquier edad, más comunes en la adultez. En el 10 % es hereditaria, asociada a algún protooncogén.

Los **síntomas** suceden cuando el tumor libera hormonas y duran de unos pocos minutos a horas: **cefalea, palpitaciones, sudoración, aumento de TA**. También puede dar **dolor abdominal o torácico**, nerviosismo, irritabilidad, **astenia**, palidez, pérdida de peso, náuseas y vómitos, disnea, convulsiones, insomnio.

A medida que el tumor crece, los ataques aumentan en frecuencia, duración y gravedad.

El **10% son malignos** con metástasis a distancia, suelen estar asociados a paragangliomas, y suelen ser de mal pronóstico. En ellos se controlan los síntomas (dolor, alfa y beta bloqueo), y algunos responden a análogos de somatostatina (octreótide).

DIAGNÓSTICO

Pruebas de imagen (TAC abdominal, PET-TAC abdominal), Biopsia suprarrenal, Examen de catecolaminas y metanefrinas séricas y en orina.

Por todo esto, es fundamental nuestra labor como **Médicos de Familia y Comunitaria**, ya que si no se hubiera estudiado por nuestra parte las causas de la **astenia** de la paciente con la **analítica y posterior ecografía** asociadas a una buena Historia Clínica y Exploración Física, no se hubiera derivado a la paciente para su posterior diagnóstico.

TRATAMIENTO

Extirpación del tumor. Antes de la intervención, es importante estabilizar su presión arterial y pulso con **alfa y betabloqueantes**, por lo que debe quedar en el hospital para que sus signos vitales sean vigilados cuidadosamente antes y después de la cirugía.

Cuando el tumor es inoperable será necesario tomar medicamentos para controlarlo.

La RT y QT no han sido efectivas para curar este tipo de tumor.

La mayoría de las personas con tumores benignos extirpados por medio de cirugía todavía están vivos después de 5 años. Los tumores reaparecen en algunas personas, por lo que las personas con **feocromocitoma** que han sido tratadas exitosamente deberían realizarse exámenes de vez en cuando para asegurarse de que el tumor no haya regresado.

Los niveles de norepinefrina y epinefrina retornan a la normalidad tras la cirugía.

Puede ocurrir que la presión arterial alta continúe después de la cirugía, pero por lo general, los tratamientos estándar pueden controlarla. En el **feocromocitoma maligna** con metástasis a distancia inoperable se controlan los síntomas (dolor, alfa y betabloqueo). Algunos responden a análogos de somatostatina (octreótide).

BIBLIOGRAFÍA

1. Feocromocitoma [Internet]. MedlinePlus. [Actualizado el 15 Agosto 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000340.htm>
2. Gallego Plazas J. Cáncer de hígado. Sociedad Española de Oncología Médica. [Internet]. 2022 Noviembre [citado 2024 Ago 31] Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/higado>
3. Goñi, F. y Oleaga, A. Feocromocitoma: actualización diagnóstica y terapéutica. "Endocrinología y Nutrición", Vol 55 Num. 5 (pp. 202-216). Mayo 2008 Elsevier: Barcelona, SN - 15750922 doi: 10.1016/S1575-0922(08)70669-7 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-feocromocitoma-actualizacion-diagnostica-terapeutica-S1575092208706697>
4. Kirschner L.S., Brock P., Generalidades sobre las neoplasias endocrinas múltiples (NEM) Manual MSD. Versión para profesionales [Internet]. 2023 Junio [citado 2024 Ago 31]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/s%C3%ADndromes-de-neoplasias-endocrinas-m%C3%A1ltiples-nem/generalidades-sobre-las-neoplasias-endocrinas-m%C3%A1ltiples-nem>
5. Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez: *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación.* 6^a edición (Caps.4,48,75,89), "Hematometría" "Dolor abdominal agudo" "Crisis mixedematosas" "Enfermedad renal crónica" J. de Burgos Marín, L. Jiménez Murillo, Y. Herrero González, M.J. Clemente Millán, C. Tirado Valencia y F.J. Montero Pérez, (pp. 381-385) 2018 Elsevier: Barcelona, ISBN: 978-84-9113-208-0
6. Quicíos Dorado C., Mayayo Dehesa T., Nuño Vázquez-Gaza J., García Teruel D., López Buenadicha A., Díez Nicolás V.. Tumor renal con invasión hepática: aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2007 Mayo [citado 2024 Ago 31]; 31(5): 541-547. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000500015&lng=es

CASOS CLÍNICOS

9. HERPES ZÓSTER EN EL DEDO MEÑIQUE: UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

■ Hernando Nieto R¹., Millán Hernandez E.², Hurtarte Arroyo S.M³., Corella Fructuoso P³., Gallego Sánchez M.A²., Guío Pertinaz R.

(¹) Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

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

(³) Residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

(⁴) Residente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Monterrozas.

Motivo de Consulta: lesiones en piel.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No Reacciones a medicamentos conocidas.
- Sin enfermedades o intervenciones quirúrgicas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 45 años de edad con lesiones vesiculares desde tres días con la aparición de un dolor punzante y sensación de ardor en el dedo meñique de la mano derecha. A las 24 horas de inicio del cuadro, se desarrollaron vesículas agrupadas en una zona eritematosa del dedo. El paciente refiere que las vesículas comienzan en región proximal de codo tras una picadura de mosquito. Acude a urgencias por empeoramiento de las lesiones y porque el dolor persiste y es de alta intensidad, dificultando el uso normal de la mano. El

paciente no presenta fiebre ni síntomas sistémicos adicionales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Piel: Se observan múltiples vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, localizadas en el dorso del dedo meñique derecho y a lo largo de antebrazo. No hay signos de infección bacteriana secundaria (supuración o costras purulentas). Refiere dolor intenso a la palpación leve de las lesiones.

DIAGNÓSTICO

Basado en la clínica de dolor neuropático localizado, seguido de la aparición de vesículas en una distribución segmentaria (en este caso, correspondiente a



Figura 1. Lesiones vesiculares sobre base eritematosa en dedo meñique de mano izquierda, así como en antebrazo.

Imagen con consentimiento del paciente.



Figura 2. Agrupación de lesiones vesiculares de base eritematosa en antebrazo.

Imagen con consentimiento del paciente.



Figura 3. imagen vesiculosa en dedo meñique.
Imagen con consentimiento del paciente.

una rama nerviosa cutánea), se diagnostica herpes zóster en el dedo meñique.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del herpes zóster incluye varias afecciones dermatológicas y neurológicas que pueden presentar síntomas similares. A continuación, se enumeran las principales:

1. Herpes simple (HSV): Las lesiones causadas por el virus del herpes simple pueden ser similares en apariencia, pero tienden a aparecer en áreas como los labios o los genitales. Las infecciones por HSV recurrentes suelen ser más localizadas y no siguen el patrón dermatomal característico del herpes zóster^{1,2}.

2. Dermatitis de contacto: Esta condición también puede causar erupciones vesiculares, pero suele estar relacionada con la exposición a un irritante o alérgeno específico, y la distribución es más generalizada en la zona de contacto, sin seguir un dermatoma específico².

3. Panadizo herpético: Causado por el virus del herpes simple, el panadizo herpético afecta comúnmente a los dedos. Puede confundirse con el herpes zóster, pero el antecedente de exposición al HSV, como por contacto con lesiones labiales o genitales, ayuda a diferenciarlo.

4. Impétigo: Infección bacteriana que puede causar vesículas y pústulas en la piel. Sin embargo, el impétigo generalmente tiene una apariencia más costrosa y puede afectar múltiples áreas, no siguiendo un patrón de nervios.

5. Celulitis: Infección bacteriana de la piel que causa inflamación, enrojecimiento y dolor. A diferencia del herpes zóster, no produce vesículas y suele afectar áreas más extensas de la piel de forma difusa.

6. Erisipela: Similar a la celulitis, pero con márgenes más definidos y un aspecto inflamatorio agudo. La falta de vesículas y la presentación clínica más generalizada suelen diferenciarla del herpes zóster.

7. Cullitis bulliciosa: suelen ser lesiones vesiculosas o ampollas, adyacentes a la picadura de mosquito, pero sin extenderse y sin seguir un dermatoma.

DISCUSIÓN

El herpes zóster es una reactivación del virus varicela-zóster, que permanece latente en los ganglios sensoriales después de una infección primaria por varicela. La presentación clásica del herpes zóster involucra una erupción vesicular dolorosa que sigue la distribución de un dermatoma, más comúnmente en el tronco o la cara. Sin embargo, la afectación en áreas menos comunes, como los dedos, aunque rara, puede ocurrir.

En este caso, el paciente presenta una manifestación localizada del herpes zóster en el dedo pulgar, lo que hace que el diagnóstico pueda confundirse con otras afecciones más comunes en esta zona, como el panadizo herpético o la dermatitis de contacto. La historia clínica detallada y el reconocimiento del patrón de dolor neuropático previo a la aparición de las lesiones vesiculares fueron clave para el diagnóstico correcto. Por otro lado, se tomaron muestras del paciente y se enviaron a microbiología para que hicieran una tinción Tzank que dio positivo para herpes. Se decidió solicitar la tinción dado que el paciente había acudido en dos ocasiones en la misma semana a otros médicos y lo habían tratado como reacción cutánea secundaria a una picadura.

El tratamiento del herpes zóster generalmente incluye antivirales como aciclovir, famciclovir o valaciclovir, que son más efectivos cuando se inician en las primeras 72 horas desde la aparición de las lesiones. Además, se pueden utilizar analgésicos y, en algunos casos, corticosteroides para aliviar el dolor agudo.

CONCLUSIÓN

El herpes zóster debe considerarse en cualquier paciente con dolor localizado y erupción vesicular en una distribución segmentaria, incluso en áreas atípicas como los dedos. Un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones como la neuralgia postherpética, una de las secuelas más debilitantes del herpes zóster⁴. En el caso de nuestro paciente a pesar de haber presentado dolor previo a la aparición de las

lesiones, así como durante el cuadro, este dolor no ha persistido.

En este caso, el diagnóstico diferencial incluyó condiciones que afectan comúnmente la piel de los dedos, pero la identificación precisa del patrón dermatomal

y el dolor neuropático previo permitió establecer el diagnóstico de herpes zóster en el dedo pulgar. La rápida intervención con antivirales y manejo sintomático ayudará a reducir la duración y severidad de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. BMJ. 2007; 334 (7605):1211.
2. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. Viruses. 2022 Jan 19;14(2):192.
3. Cohen JI. Clinical practice: Herpes zoster. N Engl J Med. 2013; 369(3): 255-263.
4. Johnson RW, Rice AS. Clinical practice: Postherpetic neuralgia. N Engl J Med. 2014; 371(16): 1526-1533.

CASOS CLÍNICOS

10. DOCTORA, NO ME SIENTAN BIEN LAS COMIDAS

- Ibáñez Delgado I.¹, Ortolá Cano H.², Ferre Sánchez C.³ Martínez Sepúlveda T.⁴ Gil Cidoncha M.⁴, Rodríguez Jimenez B.¹
- (¹) Residentes de 3 y 2 año del C.S. Cerro del Aire Majadahonda.
(²) Residente de 3 año del C.S. Aravaca.
(³) Facultativo del C.S. dos de Mayo Móstoles.
(⁴) Residentes de 3 y 2 año del C.S. de la Oliva Majadahonda.

INTRODUCCIÓN

En Medicina en muchas ocasiones los pacientes nos cuentan síntomas que no se corresponden directamente con la enfermedad más común a las que los asociamos. Sin embargo, es cierto y más en atención primaria que debemos de tener una visión global de la medicina, escuchar a los pacientes es fundamental y en ocasiones nos puede salvar de caer en un error común: quitarle importancia a lo que puede serlo.

CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergia a penicilinas. Alergia a contrastes iodados.

Hipertensión arterial. Hipercolesterolemia.

Historia cardiológica:

- Miocardiopatía dilatada isquémica-valvular, con seguimiento en hospital privado desde 2019. Fracción de eyección 30%. NYHA II.
- Recambio de prótesis valvular aórtica biológica en 2016 por estenosis aórtica severa secundaria a valvulopatía bicúspide.
- Extrasistolia de moderada intensidad desde al menos 2022 también registrados en ECG 2020.
- Cardiopatía isquémica silente. En estudio de disfunción ventricular se describe enfermedad de 2 vasos, revascularizados en 2019.
- Tromboembolismo pulmonar en 2019, recibió anticoagulación durante varios meses con nuevos anticoagulantes orales.

Tratamiento habitual:

Furosemida 40mg 1-0-0, Espironolactona 25mg 1-0-0, Atorvastatina/ezetimiba 10mg/20mg 0-0-1, Ivabradina 5mg 1-0-1, Ácido acetilsalicílico 150mg 0-1-0, Carvediol 25mg 1-0-1, Empagliflozina 10mg 1-0-0, Candesartan 16mg 1-0-0, Sacubitrilo valsartan 49mg/51mg 1-0-1, Lorazepam 1mg 0-0-1, Butilescopolamina 10mg 1-1-1, Espiramicina/metronidazol 750000UI/125mg 1-0-0.

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de consulta:

Varón de 67 años que acude por presentar desde hace meses astenia generalizada, sudores fríos, epigastralgia y saciedad precoz después de comer. El cuadro se ha agravado en el último mes. Refiere además insomnio y pérdida de apetito. Presenta disnea de pequeños esfuerzos con ortopnea. Leves náuseas sin vómitos. No fiebre ni sensación distérmica. No dolor torácico o palpitaciones. No tos o expectoración. No alteración del ritmo intestinal. No clínica miccional. No otra sintomatología acompañante.

Exploración física:

Constantes: 110/70 mmHg, 70 lpm. satO2 93% aire ambiente.

Regular estado general. Paciente pálido, sudoroso. Relleno capilar normal. Consciente y orientado en las tres esferas. Eupneico en reposo.

AC: arrítmico sin soplos.

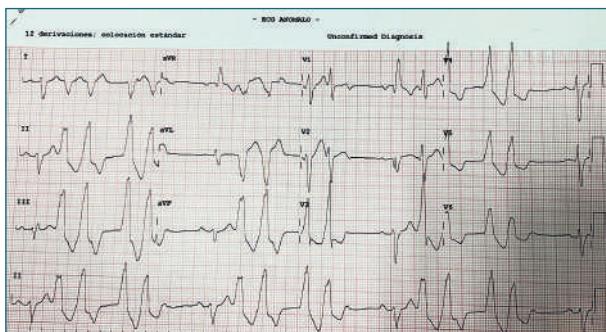
AP: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Blando y depresible. No se palpan masas o megalías. No doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.

EEII: sin edema ni datos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Se decidió realizar un electrocardiograma al paciente en el centro de salud con el siguiente patrón:



Taquicardia ventricular no sostenida. Extrasístoles ventriculares polimorfas. Escasos latidos sinusales con PR largo (200 mseg) con imagen de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior de rama izquierda (QRS alrededor de 1670 mseg). Sin alteraciones agudas en la repolarización.

EVOLUCIÓN

Ante este ECG se decide derivación a urgencias hospitalarias donde es rápidamente monitorizado y avisado el servicio de cardiología. Se extrae analítica y gasometría venosa, destacando una troponina inicial de 39 y NT proBNP 3113. Se realiza un ecocardiograma transtorácico a pie de cama donde se visualiza una miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico-valvular. El ventrículo izquierdo presenta dilatación (64 mm) y gran deterioro de la fracción de eyeccción (5-10%). Ante todo esto se decide ingreso en unidad de cuidados críticos cardiológicos donde se estabiliza inicialmente al paciente con bomba de amiodarona y sulfato de magnesio. Además, se pauta tratamiento diurético intravenoso por edema agudo de pulmón. Se realiza así mismo durante su ingreso una coronariografía para descartar progresión de lesiones coronarias como causa isquémica de arritmia, con ausencia de lesiones significativas. Durante su ingreso tuvo buena respuesta al tratamiento antiarrítmico y diurético desescalando los mismos a vía oral. Al alta, se pauta para casa como medicación habitual Amiodarona 200mg 1 comprimido cada 24h y Bisoprolol 5mg 1,5 comprimido en la cena. Por otra parte se modifica el tratamiento habitual aumentando furosemida a 80mg al día y sacubitrilo/valsartan 49/51mg a 2 comprimidos en desayuno y 2 en cena. También se suspende Candesartan puesto que el paciente estaba tomando dos ARA II lo cual provoca efectos secundarios como hipertotasemia, hipotensión y daño renal. Por último, se suspende Aldactone, Carvedilol e Ivabradina, ya que se ha ajustado tratamiento antiarrítmico y diurético. Igualmente, se

solicita PET cardiológico para descartar componente inflamatorio añadido a su disfunción ventricular y cita para implante de desfibrilador automático implantable y terapia de resincronización. El paciente se sigue en consultas de cardiología con buena evolución durante 1 año donde se van ajustando tratamientos y finalmente se implanta DAI TRC sin incidencias. Sin embargo, el paciente acaba presentando un nuevo episodio de shock cardiogénico por lo que actualmente se encuentra en lista de espera para trasplante cardíaco.

JUICIO CLÍNICO

Taquicardia polimorfa no sostenida incesante pendiente de implante de DAI TRC secundaria a miocardiopatía dilatada isquémico-valvular con empeoramiento de FEVI hasta 20% que estaban condicionando sintomatología de bajo gasto cardíaco (epigastralgia, astenia, insomnio o anorexia entre otros).

REVISIÓN

La miocardiopatía dilatada es una enfermedad que afecta al músculo cardíaco provocando el agrandamiento de uno o ambos ventrículos afectando a su contractilidad, deteriorando la fracción de eyeccción del ventrículo izquierdo por debajo del 40%¹. Las causas que lo provocan son múltiples, clasificándose de miocardiopatía primaria, que se considera idiopática, y secundaria. En este caso parece que era secundaria a una isquemia silente por enfermedad de dos vasos que fueron revascularizados y a una enfermedad valvular. La clínica puede ser muy diversa, pero suele manifestarse como una insuficiencia cardiaca de predominio izquierdo, con disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna o el estadio más grave como es el edema agudo de pulmón². Sin embargo, también puede manifestarse inicialmente, aunque con menos frecuencia como una arritmia ventricular, angina de pecho o una embolia sistémica.

En este caso la miocardiopatía dilatada estaba muy avanzada por lo que se sumó la clínica de un bajo gasto cardíaco. Entre estos, el paciente destacaba principalmente la saciedad precoz y epigastralgia. Las causas fisiopatológicas de la misma pueden ser entre otros, que, en la insuficiencia cardiaca, fundamentalmente derecha se produce estasis hepática e intestinal por regurgitación tricuspidal. Esta congestión venosa ocasiona edema intersticial, ascitis y hepatomegalia que producen una reducción funcional del volumen gástrico y por ello, saciedad precoz, reducción del apetito y náuseas³.

Para su diagnóstico en atención primaria, ante una sospecha de insuficiencia cardiaca por anamnesis y

exploración física, se debe realizar un ECG, analítica y radiografía de tórax. La evaluación también debe estar dirigida a identificar una posible causa reversible. Las pruebas de laboratorio recomendadas incluyen pruebas de función tiroidea, serología del VIH, electrolitos y estudios del hierro (para descartar hemocromatosis). Se puede realizar un análisis toxicológico de orina y de nivel de alcohol cuando se sospecha abuso de sustancias. No obstante, el diagnóstico definitivo lo dará un ecocardiograma

por lo que será necesario derivar al servicio de cardiología.

En cuanto al manejo se debe comenzar con IECAS/ARA II que han demostrado ser beneficiosos en el tratamiento de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida incluso cuando el paciente es asintomático. Deben así mismo considerarse los desfibriladores y la terapia de resincronización cardiaca para prevención de muerte súbita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmaljy H, Yelamanchili VS, Singhal M. Dilated Cardiomyopathy. StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441911/>
2. Berbel León S, Iglesias Franco H. Miocardiopatía dilatada: a propósito de un caso. Medifam [Internet]. 2003 [citado el 12 de septiembre de 2024];13(4):78–83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000400013
3. Miján A, Martín E, Mateo B de. Caquexia cardíaca. Nutr Hosp [Internet]. 2006 [citado el 12 de septiembre de 2024];21:84–93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000600012

CASOS CLÍNICOS

11. ¿GOTA EN TODAS PARTES?

■ Martín González M.^a, Pineda Torcuato A.^b

^(a) R4 MFYC. CS Collado Villalba Estación.

^(b) Especialista MFYC. Médico adjunto Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Médico suplente CS Collado Villalba Estación.

EXPOSICIÓN

Varón de 78 años, originario de Venezuela. Acude a consulta tras emigrar desde su país, refiere como antecedentes personales hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento con Losartán 100 mg/día y Atorvastatina 40 mg/día, episodios de artritis gotosa desde los 30 años en primer metatarsiano, codos y rodillas sin tratamiento crónico asociado, bebedor de 20 g de alcohol diario y no fumador. Se realiza resto de anamnesis al tratarse de una primera consulta y exploración física en la que destacan tofos gotosos en codos, extremo distal de cúbito y 3er dedo de las manos. Posteriormente, en analítica destacó ácido úrico 11,8 mg/dl, por lo que se inició tratamiento hipouricemiante con allopurinol 100 mg diarios.



DISCUSIÓN

La gota es la artritis más frecuente en población general por depósito de urato monosódico en zonas articulares, periarticulares y subcutáneas que dan lugar a artropatía, formación de tofos, nefropatía e incluso litiasis renales.¹

En cuanto a la fisiopatología se debe a una interacción entre los cristales de urato monosódico y las células sinoviales, generando una reacción inflamatoria aguda.

Es una enfermedad crónica que cursa por lo general en 4 fases³:

- **Hiperuricemia asintomática:** Durante años se presenta de manera asintomática con niveles de uri-



Imágenes tomadas previo consentimiento verbal del paciente.

cemia elevados y depósitos de urato en pruebas de imagen (demostrados por ecografía clínica y/o aspiración de líquido sinovial)² sin manifestación clínica.

- **Artritis gotosa:** Cuadro de mono o poliartritis tras años de hiperuricemia asintomática que cursa con dolor intenso, tumefacción, enrojecimiento e impotencia funcional de la articulación en cuestión (más frecuente primera articulación metatarsofalángica y en segundo lugar la rodilla). Generalmente se resuelve en días o semanas incluso sin tratamiento.
- **Gota intercrítica:** Periodo habitualmente asintomático tras el episodio agudo. Debe iniciar tratamiento médico de cara a prevenir un ataque agudo en años posteriores.
- **Gota tofácea crónica:** Depósito de conglomerados en tejidos blandos y articulaciones generando tumefacción y deformidad dura e indolora clínicamente visible. Afecta a menudo a varias articulaciones con destrucción ósea (erosiones en sacabocados) y limitación de la movilidad.

El diagnóstico se basa en la identificación de cristales en el líquido sinovial ya sea en el episodio agudo de artritis, en el período intercrítico o en el propio tofo gotoso. Debe tenerse en cuenta que la presencia de cristales de urato monosódico en el líquido no descarta la presencia de infección concomitante ni de otra patología asociada.

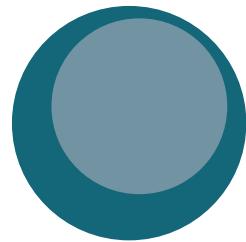
El manejo de la enfermedad gotosa se basa tanto en medidas higiénico-dietéticas (restricción proteica moderada), no farmacológicas como en farmacológicas.

El tratamiento difiere en el ataque agudo respecto a la cronificación de la enfermedad: en la fase aguda son de elección los corticoides, la colchicina a dosis bajas (de elección en pacientes con enfermedad renal crónica) o los AINEs.

Tras 2-4 semanas de resolución del ataque agudo deben iniciarse medidas hipouricemiantes para la prevención de nuevos episodios (e intentar mantener niveles de ácido úrico < 6 mg/dl) con allopurinol, benzboronato o febuxostat.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalès, G., Coiffier, G., & Albert, J.-D. (2017). Gota. *EMC - Aparato Locomotor*, 50(4), 1–21. [https://doi.org/10.1016/s1286-935x\(17\)87224-5](https://doi.org/10.1016/s1286-935x(17)87224-5)
2. de Yébenes, I. P. F. P. R. C. E. L. D. de P. M. J. G. (s/f). *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO GOTA*. Ser.es. Recuperado el 8 de septiembre de 2024, de <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GPCGota13.pdf>
3. González-Rozas, M., Prieto de Paula, J. M., Franco Hidalgo, S., & López Pedreira, M. R. (2013). Gota tofácea crónica. *Semergen*, 39(6), e29–e34. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.004>



CASOS CLÍNICOS

12. CRISIS OCULARES

- Jorge Contreras, M.V.¹, Marmolejos Del Rosario R.², Cálix Rodríguez C.³, Crespo Oñate A.⁴, González Leal G.⁵, Velasco Prats E.⁶.
- (¹) Médico residente 3º año MFyC. C. S. Galapagar, Madrid.
- (²) Médico residente 3º año MFyC. C.S. San Carlos de El Escorial, Madrid.
- (³) Médico residente 4º año MFyC. C. S. Galapagar, Madrid.
- (⁴) Médico residente 4º año MFyC. C.S. Torrelodones, Madrid.
- (⁵) Médico residente 3º año MFyC. C.S. Galapagar, Madrid.
- (⁶) Médico residente 3º año MFyC. C.S. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son un grupo heterogéneo de trastornos que por su semiología clínica pueden ser confundidos con crisis epilépticas. Ante un episodio paroxístico, diferenciar si es o no de origen epiléptico es un reto para el pediatra. Y aunque la mayoría de estos episodios tienen buen pronóstico y tienden a desaparecer, generan una gran inquietud en las familias. Son muy frecuentes en la infancia, principalmente en el primer año de vida, cuando la incidencia es del 9%, unas 10 veces mayor el de la de las crisis epilépticas. En general, los TPNE no tienen una fisiopatología bien definida, pero, a diferencia de la epilepsia, los signos y síntomas del TPNE no son producidos por una descarga hipersincrónica excesiva de un grupo neuronal. Con frecuencia, los TPNE son edad dependientes y autolimitados, por lo que se les ha relacionado con un cerebro inmaduro y en desarrollo. No obstante, algunos se han asociado a alteraciones genéticas como la hemiplegia alternante o las discinesias paroxísticas¹.

CASO CLÍNICO

Neonato de 6 días de vida, previamente asintomático, acude al centro de salud por un episodio referido de movimientos erráticos con infraversión de la mirada de forma bilateral, de segundos de duración, repetitivos y frecuentes, sin hipotonía, babeo ni movimientos convulsivos. Refieren que pudiera estar realizándolos desde el 3r y 4to día de vida, sin llegar a objetivarlos. Dado el cuadro clínico se decide ingreso para monitorización y pruebas complementarias. Durante su ingreso es reevaluada, con exploración neurológica normal, sin focalidad, fontanela anterior normotensa. Fondo de ojo con resultado de retina aplicada con muy buen fulgor. Contraste foveal bien marcado. Aspecto de nervios ópticos sanos. Vascularización sana. Vítreos transparente. Resto de exploración sin altera-

ciones. Constantes vitales TA: 76/53 mmhg, satO₂ 99% FC: 127 lpm Temperatura: 36,4 °C. Glucemia 71 mg/dl. Antecedentes personales: embarazo no controlado, recién nacido a término, con peso adecuado para su edad gestacional, parto eutóxico, Apgar 9/10 y sin patología perinatal de interés. Sin antecedentes familiares de interés.

EVOLUCIÓN

Se deriva al servicio de urgencias hospitalario, realizan analítica con hemograma, bioquímica y gasometría venosa con resultado normal. También ecografía transfontanelar sin alteraciones y electroencefalograma con resultado poligráfico sin hallazgos de valoración patológica tanto en vigilia, como durante varios episodios de sueño. No se han registrado anomalías epileptiformes ni crisis epilépticas. Durante su ingreso es valorada por neuropediatria quienes, ante la normalidad de los resultados de las pruebas complementarias y la exploración neurológica, aconsejan seguimiento ambulatorio por su parte, no precisa tratamiento.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES²

- A. Spasmus nutans.
- B. Síndrome de la muñeca con cabeza oscilante.
- C. Desviación tónica paroxística de la mirada hacia arriba.
- D. Desviación tónica paroxística de la mirada hacia abajo.
- E. Crisis epiléptica afebril.

Entre los TPNE se encuentran el Spasmus nutans que se caracteriza por la triada de: nistagmo, temblor

cefálico y tortícolis, dada la ausencia de esta triada se descarta que sea este cuadro².

Las convulsiones afebriles se asocian a gastroenteritis por rotavirus, alteraciones electrolíticas, hipoglucemia, entre otras causas².

El Síndrome de la muñeca con cabeza oscilante se caracteriza por movimientos cefálicos involuntarios, continuos o episódicos, generalmente de afirmación que se puede controlar en pacientes colaboradores fijando la mirada. Puede asociar ataxia leve, temblor de manos, atrofia óptica, nistagmo y alteraciones endocrinas. Se descartaría este diagnóstico al no cumplir estas características. La desviación tónica paroxística de la mirada hacia arriba ocurren episodios de desviación tónica conjugada de la mirada hacia arriba, flexión cefálica y nistagmo vertical en ocasiones ataxia, de segundos a horas de duración, sin afectación del nivel de conciencia y que ceden con el sueño. En nuestro caso la desviación paroxística de la mirada hacia abajo. Este síndrome cede con el sueño, se desencadena con el supino y durante la convergencia disminuye con la luz³.

COMENTARIO

Las características del cuadro, nos orienta más hacia un trastorno paroxístico no epiléptico relacionados con alteraciones oculomotoras o movimientos cefálicos⁴.

Es necesario realizar un enfoque racional para la solicitud de las pruebas complementarias. En la mayoría de los casos, no es necesario realizar ningún examen adicional. Solo en caso de duda y para descartar se realiza electroencefalograma o, si es posible, un vídeo-EEG. Lo ideal es registrar los episodios, pero en general sólo cuando los episodios son pluricotidianos tenemos mayor posibilidad. Aunque el EEG es la prue-

ba fundamental en las crisis epilépticas, hay que tener presente que un EEG intercrítico normal no descarta una epilepsia y, por otro lado, la presencia de anomalías epilépticas no es diagnóstico de epilepsia. Hasta el 30-40% de las presuntas convulsiones fueron TPNE y, sin embargo, es menos común que un trastorno epiléptico se diagnostique erróneamente de TPNE⁴.

Aunque la mayoría de estos episodios son benignos, autolimitados y desaparecen sin dejar secuelas, generan una gran inquietud en las familias, por lo que es importante tranquilizar e informar padres. Finalmente, al ser un grupo tan heterogéneo, una vez identificado el tipo de TPNE debemos profundizar en este, su posible tratamiento y pronóstico⁴.

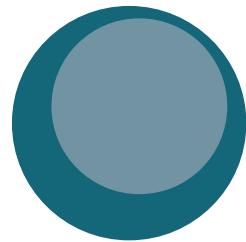
Importante para el seguimiento la observación domiciliaria de signos y síntomas es recomendable registrar episodios recientes en vídeos caseros, ayudan a plantearse diagnósticos diferenciales, pero no deben sustituir a una historia clínica detallada por eso es importante continuar el seguimiento en consulta de neuropediatria, los neuropediatras solo son capaces de juzgar correctamente estos episodios en el 67% de los casos y el porcentaje baja de forma considerable cuando la valoración de los vídeos la realizan otros médicos o los padres⁴.

PUNTOS CLAVES

Los trastornos paroxísticos no epilépticos es importante conocerlos para poder identificarlos. El desconocimiento que existe de los trastornos paroxísticos no epilépticos al ser un grupo tan heterogéneo implica la facilidad de considerar epiléptico cualquier episodio paroxístico. Es importante identificar los elementos claves de la historia clínica del paciente para un correcto diagnóstico diferencial, evitando diagnósticos erróneos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campistol J. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. Pediatría integral. 2015 mayo 24.
2. Campistol J. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. 2014 Julio 25.
3. Sarasa M. Trastornos paroxísticos no epilépticos. Protocolo diagnóstico pediátrico. 2019 11 marzo.
4. López Lafuente A, Duat Rodríguez A, Cáceres Marzal C, Abeledo Gómez A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. 2022 abril 24.



CASOS CLÍNICOS

13. ME HA CAMBIADO EL FLUJO POR LA REGLA. MANEJO RÁPIDO DE ITS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Barragán Quesada M.¹, Valdés Villar M.², Uriarte Herrero C.³

⁽¹⁾ Residente de 4º año MFyC. C.S. Circular, Valladolid Este.

⁽²⁾ Médico especialista MFyC. C.S. Circular, Valladolid Este.

⁽³⁾ Médico especialista MFyC. Hospital Infanta Leonor, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones vulvovaginales representan el 20% de las consultas ginecológicas, siendo la vulvovaginitis por tricomonas (VT) una de las más comunes. El 75% de las mujeres presentará un episodio de vulvovaginitis a lo largo de su vida, y un 40-50% tendrá recurrencias. La VT es causada por *Trichomonas vaginalis*, un protozoo flagelado que se transmite por contacto sexual. Afecta al epitelio del tracto urogenital¹.

La tricomoniasis es responsable del 20% de las vulvovaginitis, siendo la tercera causa más frecuente. En un 60-80% de los casos, se presenta con coinfección de bacterias.

Las mujeres suelen experimentar flujo vaginal maloliente, prurito y disuria, mientras que los hombres, aunque mayormente asintomáticos, pueden desarrollar uretritis.

En España, las infecciones de transmisión sexual (ITS) han mostrado un aumento considerable. Entre 2017 y 2022, la tricomoniasis creció un 15%, siguiendo una tendencia al alza de las ITS en general, según el Informe Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III (2023)².

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales, fumadora, sin alergias medicamentosas, acude a consulta de Atención Primaria. Refiere prurito vulvar y disuria de una semana y media de evolución. La paciente comenta que acudió a un Punto de Atención Continuada con la misma sintomatología, donde fue diagnosticada de cistitis y tratada con fosfomicina-trometamol 3 g, un sobre cada 24 horas durante dos días.

En esta consulta, la paciente refiere que no ha mejorado con el tratamiento prescrito. Se amplía la anamne-

sis, describiendo una disuria y prurito no relacionados con la micción de 12 días de evolución. Niega fiebre, dolor hipogástrico, náuseas o vómitos. Deposiciones normales. Sin alteraciones en la frecuencia urinaria. Niega posibilidad de embarazo y menciona haber tenido distintas parejas sexuales, con las que habitualmente utiliza preservativo. Su última menstruación fue el 15/05, actualmente en fase preovulatoria. Nota el flujo vaginal más amarillento, lo cual atribuye a su estado premenstrual. Niega otra sintomatología.

Exploración física: consciente, orientada y eupneica en reposo, con temperatura de 36,5°C. Abdomen: blando, depresible, sin evidencia de masas ni megalias, sin dolor a la palpación. Murphy y Blumberg negativos. Puño-percusión renal negativa. Se realiza un tacto bimanual vaginal el cual resulta molesto para la paciente a la exploración genital externa. A la inspección vulvar, se observa enrojecimiento sin anomalías anatómicas ni lesiones dermatológicas. El flujo vaginal es de consistencia líquida, espumosa y amarillenta, sin olor a aminas.

Ante la solicitud de la paciente de ser derivada al Servicio de Ginecología, se le explica que puede demorarse meses y que es preferible completar el estudio diagnóstico en consulta antes de tomar esa decisión. La paciente acepta.

Se solicita urocultivo, se obtienen muestras con hisopos vaginales y cervicales y se tramita perfil de serologías incluyendo sífilis, VIH y hepatitis B. Se programa una cita en una semana para resultados.

Sospecha clínica: tricomoniasis.

En el diagnóstico diferencial se incluyeron: cistitis, que suele manifestarse con disuria y polaquiuria; vaginosis bacteriana, caracterizada por flujo vaginal grisáceo típico por su olor a aminas ("a pescado"); y vulvovaginitis candidásica, con leucorrea blanca, grumosa y adherente, acompañada de prurito vaginal. La vulvovaginitis puede causar disuria, confundiéndose con cistitis.

El diagnóstico fue confirmado en una semana, y el mismo día se prescribió tratamiento con metronidazol 2 g en dosis única para la paciente y su pareja sexual. Tras completar el tratamiento, los síntomas remitieron, no siendo necesaria la derivación a Ginecología.

DISCUSIÓN

En general, el número de diagnósticos de ITS, incluyendo clamidia y gonorrea, ha subido en un 20% de 2019 a 2022.

Varios factores han contribuido a esta tendencia ascendente, como los cambios en los comportamientos sexuales o la disminución en el uso de métodos de protección. Además, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo, reduciéndose las visitas para pruebas y tratamientos de ITS en 2020 y 2021.

El médico de familia es el primer punto de contacto para muchos pacientes con síntomas de ITS o aquellos que buscan asesoramiento sobre salud sexual. Su rol en la prevención es esencial, ya que puede proporcionar educación sobre prácticas sexuales seguras, fomentar el uso de métodos de protección y ofrecer orientación sobre pruebas de detección regulares. Este enfoque preventivo puede reducir significativamente la incidencia de ITS al identificar y abordar factores de riesgo antes de que las infecciones se diseminen o se vuelvan crónicas.

Las pruebas de detección para clamidia, gonorrea o sífilis pueden realizarse en Atención Primaria, permitiendo un tratamiento precoz y efectivo que minimice las complicaciones y evite la propagación.

Al poder tratar desde la consulta de Atención Primaria, se evitan derivaciones a especialistas como ginecólogos o urólogos. Esto mejora la accesibilidad, reduce los tiempos de espera, disminuye la carga sobre otros servicios de atención especializada y facilita un manejo continuo de la salud sexual del paciente.

Además, al gestionar las ITS en Atención Primaria, los médicos de familia pueden asegurar un seguimiento más cercano y personalizado. Esto es especialmente importante para el manejo de infecciones recurrentes o persistentes, y para asegurar que los pacientes completen el tratamiento y reciban la orientación necesaria para prevenir futuras infecciones³.

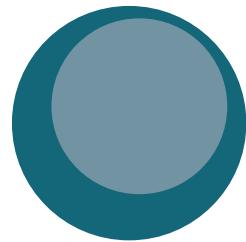
CONCLUSIÓN

La capacidad de los médicos de familia para manejar estas infecciones a nivel primario es clave para optimizar los recursos del sistema de salud y promover una salud sexual óptima en la población.

Su habilidad en el diagnóstico diferencial, basado en una anamnesis y exploración física exhaustivas, es crucial para evitar demoras en el tratamiento que puedan comprometer la salud de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson MR, Klink K, Cohnsen A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA. 2004;291(11):1368-79. PubMed PMID: 15026404.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS -Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gob.es. [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tabla-Estadisticas/InfAnSNS.htm>
3. Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, Fairfax M, Gygax SE. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications. Curr Infect Dis Rep. 2013;15(2):104-8. PubMed PMID: 23354954.



CASOS CLÍNICOS

14. CONOCIENDO EL FENÓMENO DE MILKING

■ Ortolá Cano H.¹, Martínez Sepúlveda T.², Ibáñez I.³, Mira M.T.⁴

⁽¹⁾ Médico Residente de tercer año, CS Aravaca, Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de tercer año, CS Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽³⁾ Médico Residente de tercer año, CS Cerro del Aire, Majadahonda.

⁽⁴⁾ Médico Residente de cuarto año, CS Aravaca, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es un reto diagnóstico que diariamente nos encontramos en nuestras consultas ya que el diagnóstico diferencial es amplio e implica patologías que pueden poner en peligro la vida del paciente como el infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar, disección aórtica...

La anamnesis sigue siendo la clave para orientar la causa del dolor, así como la exploración y como primera prueba complementaria el electrocardiograma (ECG).

En el caso que presentamos, el dolor tiene las mismas características de la isquemia miocárdica pero producido por el denominado fenómeno de Milking, fenómeno poco conocido e infrecuente en la práctica clínica habitual.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de una mujer de 85 años, con intolerancia gástrica a penicilinas y Dabigatránil y con antecedentes médicos de hipertensión arterial; hipercolesterolemia; insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a valvulopatía mitral reumática moderada; portadora de marcapasos implantado por síndrome de taquicardia-bradicardia; insuficiencia renal crónica causada por una trombosis de la arteria renal derecha y el consecuente infarto renal; polimialgia reumática.

Su tratamiento habitual es: Acenocumarol, Bisoprolol, Digoxina y Furosemida.

La paciente acude a consulta por opresión torácica de varios días de evolución, irradiado al cuello, que aparece con el esfuerzo y cede con el reposo que no se acompaña de otros síntomas. En la exploración sólo destaca un soplo sistólico ya conocido por su valvulopatía.

En el ECG se observa una fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada y estimulación ventricular del marcapasos y ondas T negativas en V1-V6 no presentes previamente.

Con la sospecha de angor de esfuerzo de reciente comienzo se deriva a urgencias hospitalarias.

En el hospital se confirma el diagnóstico de angina inestable por lo que de forma programada se le realiza un cateterismo cardíaco.

EVOLUCIÓN

En la coronariografía se detecta una larga placa en la arteria descendente anterior que provoca una estenosis del 65% y presenta fenómeno de milking.

Al alta, el diagnóstico es de enfermedad coronaria aterosclerótica con estenosis moderada de la descendente anterior con fenómeno de milking, añadiendo a su tratamiento habitual una estatina y nitroglicerina en parches.

Desde entonces la paciente ha presentado varios episodios de angor que se han controlado ajustando las dosis de nitroglicerina y betabloqueantes.

REVISIÓN

El fenómeno “milking” o de ordeñado hace referencia a la compresión durante la sístole de un segmento coronario intramiocárdico como una variante anatómica, en la que una parte del músculo ventricular cubre una arteria coronaria epicárdica principal, más frecuentemente la arteria descendente anterior en su segmento medio, simulando un puente miocárdico¹.

Generalmente es asintomático, pero a veces provoca diferentes grados de angina o incluso puede producir un infarto agudo de miocardio dependiendo del grado de compresión. Se puede asociar a miocardiopatía

hipertrófica, en este contexto tiene peor pronóstico ya que se asocia con mayor incidencia de angor, arritmias ventriculares y muerte súbita¹.

Los puentes intramiocárdicos son un hallazgo relativamente frecuente, se diagnostican mediante angiografía, y presentan una incidencia entre el 0,5-2,5%. Aunque el porcentaje sube hasta entre 15-85% si se tienen en cuenta las autopsias².

El tratamiento es médico, inicialmente con fármacos ino y cronotropos negativos, siendo de elección los

betabloqueantes, con el fin de reducir la compresión sistólica del vaso y prolongación de la diástole, intentando disminuir los episodios de angor. En numerosas ocasiones, como es el de la paciente, se administran nitritos también, ya que contribuyen a la disminución de la precarga y a su capacidad vasodilatadora².

Si no mejoran con fármacos se podría implantar un stent intracoronario en la zona del *milking* para tratar de disminuir los síntomas, o incluso podrá intentarse la liberación de la arteria mediante una miotomía supraarterial³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sorajja P., Iskandrian A.E., Tarantini G. et al. Myocardial bridging of the coronary arteries. Up to date. Disponible en: https://www-up-to-date-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/myocardial-bridging-of-the-coronary-arteries?search=fenomeno%20milking%20coronario&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
2. Lozano I., Baz J.A., López Palop R., Pinar E., Picó F., Valdés M., et al. Pronóstico a largo plazo de los pacientes con trayecto intramiocárdico de la arteria descendente anterior con compresión sistólica. Revista Española de Cardiología. Abril 2002. Vol. 55. Múm. 4. Pág. 359-364. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pronostico-largo-plazo-los-pacientes-articulo-resumen-13029696>.
3. Sánchez Ramón S., Moya de la Calle M., Álvarez Hodel A.E., Del Pozo Vegas C. Fénome de ordenaño (*milking*) como causa de dolor torácico. A propósito de 4 casos. Revista Emergencias 2016. Vol. 28. Pag 117-120. Disponible en: file:///D:/Mis%20sesiones%20y%20casos%20clínicos/Emergencias-2016_28_2_117-120-120.pdf

CASOS CLÍNICOS

15. ¿ES SIMPLEMENTE UNA GASTROENTERITIS AGUDA?

■ Ortolá Cano H.¹, Mira M.T.², Ibáñez I.³, Martínez Sepúlveda T.⁴

(¹) Médico Residente de tercer año, CS Aravaca, Madrid.

(²) Médico Residente de cuarto año, CS Aravaca, Madrid.

(³) Médico Residente de tercer año, CS Valle de la Oliva, Majadahonda.

(⁴) Médico Residente de tercer año, CS Cerro del Aire, Majadahonda.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda es un cuadro clínico frecuente tanto en las consultas de Atención Primaria como en las urgencias. La etiología vírica es la más frecuente, aunque también pueden ser producidas por bacterias. La evolución es desfavorable con mayor frecuencia en las de origen bacteriano y con mayor potencial de desarrollar complicaciones.

Presentamos el caso de mala evolución y complicaciones graves de una gastroenteritis aguda en una paciente joven.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 19 años fumadora y con antecedentes de ingreso hospitalario por alteración de la conducta alimentaria y trastorno ansioso depresivo en tratamiento con sertralina.

Acude a consulta por un cuadro de cuatro días de evolución de diarrea y náuseas que comienza tres días después de regresar de Marruecos y a las 24 horas se le añade fiebre con tiritona e intenso dolor lumbar inflamatorio por el que había acudido a urgencias hospitalarias en dos ocasiones sin mejoría clínica.

En la exploración destaca un dolor intenso de la articulación sacroilíaca derecha y regular estado general por lo que se la deriva de nuevo a urgencias con la sospecha de sacroileítis secundaria a cuadro diarreico infeccioso.

En el hospital la paciente es ingresada con un cuadro de sepsis de origen abdominal y sacroileítis infecciosa con abscesos musculares asociados.

En los hemocultivos crece salmonela resistente a ciprofloxacino, por lo que se inicia tratamiento con ceftriaxona intravenosa. A pesar del tratamiento a las

24 h ingresa en la Unidad de Cuidados intensivos por un cuadro de distrés respiratorio del que se recupera a las 72 horas.

Posteriormente, ya en planta de hospitalización con antibioterapia intravenosa y analgesia con opioides, evoluciona favorablemente y es dada de alta, continuando con terapia antibiótica intravenosa que se administra de forma ambulatoria y diariamente en el centro de salud hasta completar 8 semanas de tratamiento.

Actualmente todavía presenta un dolor crónico sacroiliaco, aunque ya se controla con paracetamol o antiinflamatorios a demanda.

REVISIÓN

La fiebre entérica es también conocida como fiebre tifoidea o paratifoidea por ser causada por *Salmonella* entérica, bacteria gram negativa, que puede ser serotipo typhi, más frecuente, o paratyphi.

Por lo general es más frecuente en zonas empobrecidas y superpobladas¹. Por eso, la importancia de preguntar por viajes recientes en la evaluación de una gastroenteritis aguda. Se sabe que se transmite a través de alimentos o agua contaminada.

Es importante saber que la vacuna antitifoidea no es completamente efectiva frente a *Salmonella Typhi*, y no proporciona protección contra cepas de *Salmonella Paratyphi*². A pesar de lo cual, se recomienda en viajes a zonas endémicas.

La clínica puede ser inespecífica incluyendo fiebre alta, cefalea, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea y síntomas generales, de ahí la importancia de la sospecha clínica.

El diagnóstico definitivo se confirma con el crecimiento de la *Salmonella* en hemocultivos o en coprocultivo.

El tratamiento de la fiebre tifoidea es cada vez más complicado debido al desarrollo de resistencias a numerosos antibióticos, sobre todo a las fluorquinolonas

y a las cefalosporinas. La azitromicina es la opción de primera elección con menos resistencias documentadas³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews J., John J., Charles R.C. Enteric (Typhoid and paratyphoid) fever: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UptoDate. My 08. 2023
2. Freedman D.O., Leder K. Immunizations for travel. UptoDate. Aug 02, 2024.
3. Andrews J., John J., Charles R.C. Enteric (typhoid and paratyphoid) fever: treatment and prevention. UptoDate Apr 22. 2024.

CASOS CLÍNICOS

16. ABSCESO HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

■ Ortolá Cano H.¹, Ibáñez I.², Martínez Sepúlveda T.³, Mira M.T.⁴

⁽¹⁾ Médico Residente de tercer año, CS Aravaca, Madrid.

⁽²⁾ Médico Residente de tercer año, CS Cerro del Aire, Majadahonda.

⁽³⁾ Médico Residente de tercer año, CS Valle de la Oliva, Majadahonda.

⁽⁴⁾ Médico Residente de cuarto año, CS Aravaca, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Ante un paciente con sospecha de patología de la vía biliar, lo primero en lo que se piensa, si hay clínica infecciosa, es que se trata de una colecistitis o una colangitis, o, en el caso de ausencia de infección concomitante, una colelitiasis o una coledocolitiasis.

Aunque se trata de una causa más infrecuente, también hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las causas infecciosas el absceso hepático, puesto que la clínica es muy similar y el abordaje es distinto, pero es potencialmente más grave.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, procedente de Cabo Verde, aunque residente en España desde hace más de 40 años, donde es personal de limpieza de varios edificios. En cuanto a sus antecedentes personales tiene hipertensión arterial, en tratamiento con Enalapril 20mg, sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. La paciente acude a nuestras consultas de urgencias por malestar general, cefalea, dolor en hipocondrio derecho, náuseas y febrícula de 24 horas de evolución.

A la exploración física destaca el dolor a la palpación de hipocondrio derecho con Murphy positivo. Con la sospecha de patología hepatobiliar se solicita una analítica completa en la que se observa una hipertransaminemia (GPT: 166; GOT: 299) con colestasis (GGT:99) sin hiperbilirrubinemia, leucocitosis de 17.000 con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 326) y procalcitonina de 66.

Con estos resultados se sospecha una patología hepatobiliar infecciosa de origen bacteriano y se solicita una prueba de imagen.

En primer lugar, se realiza una ecografía en la que se detecta una colección hepática por lo que solicita-

mos un TAC para precisar más el diagnóstico, donde se detecta en el lóbulo hepático derecho una lesión ocupante de espacio (LOE) de 7,6 x 6 x 6,5 cm (AP x T x L), hipodensa, heterogénea y de bordes mal definidos sin gas en su interior con realce arterial periférico sin dilatación de la vía biliar.

Sumando la clínica y los resultados de las pruebas complementarias, la primera opción diagnóstica es el absceso hepático, por lo que se realiza drenaje percutáneo y cultivo para determinar la causa del mismo. Se inicia cobertura antibiótica empírica con Ciprofloxacino y Metronidazol intravenosos.

Al recibir los resultados de los hemocultivos y del cultivo del drenaje, se observa que crece Klebsiella Oxytoca. Se trata de una bacteria gram-negativa anaerobia, de la familia de Klebsiella Pneumoniae, pero menos frecuente que esta.

Se suspende Metronidazol y se mantiene Ciprofloxacino, el cual se pasa a vía oral y se mantiene durante 4 semanas.

La evolución de la paciente fue favorable desde el inicio del antibiótico, con mejoría de la sintomatología y resolución del absceso hepático en las pruebas de imagen de control que se le realizan a los meses del alta.

REVISIÓN

Los abscesos hepáticos representan en torno al 50% de los abscesos viscerales. Pueden ser de origen bacteriano o amebianos, siendo ambos potencialmente mortales¹.

Entre los factores de riesgo se incluyen la edad, la diabetes mellitus, las enfermedades hepatobiliar de origen infeccioso, las patologías pancreáticas, el trasplante hepático, y el uso regular de los inhibidores de la bomba de protones. Las neoplasias malignas hepatobiliarias y el trasplante de hígado, son las

enfermedades concomitantes más frecuentemente asociadas².

La mayoría son de origen polimicrobiano, pero son klebsiella pneumoniae y E. Coli los microorganismos más comúnmente aislados. En cuanto a los amebianos, los más frecuentes se deben a Entamoeba histolytica. (3). Se ha observado que klebsiella pneumoniae se aisla sobretodo cuando hay una neoplasia subyacente, de tal forma que no existe enfermedad hepatobiliar, se recomienda descartar un cáncer de colon⁴.

Una posible complicación, aunque rara, es la ruptura del absceso. Los principales factores de riesgo para que ocurra son el diámetro >6cm y la cirrosis coexistente, siendo la mayoría de las rupturas perihepáticas o en el espacio pleural.

En pacientes con sepsis, disfunción orgánica o shock séptico es imprescindible iniciar terapia antibiótica empírica tan pronto como se hayan recogido hemocultivos, y a ser posible, antes de iniciar la aspiración del absceso. Si no hay sepsis, y la aspiración puede esperar, el antibiótico debe suspender-

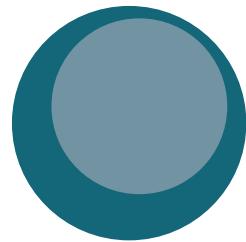
se hasta inmediatamente después de la aspiración para aumentar las posibilidades de un diagnóstico microbiológico.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con la hepatitis aguda (de origen viral, secundaria a fármacos, por alcohol, etc.), tumores hepáticos, neumonía del lóbulo inferior derecho y patología infecciosa de la vía biliar. De ahí que la prueba de imagen sea de elección para el diagnóstico. Otras etiologías no infecciosas que radiográficamente pueden ser similares a un absceso hepático son quistes simples, tumor necrótico o bilo-ma, que se descartarían con el drenaje.

El tratamiento principal es el drenaje más la antibterapia de amplio espectro hasta que se tenga el resultado microbiológico, que debe cubrir Esteptococo, bacilos gram negativos entéricos y anaerobios. Además, se debe cubrir E. Histolytica hasta que se excluya como causa: cefalosporina de tercera o cuarta generación más Metronidazol o Piperacilina-tazobactam + Metronidazol. Si se sospecha S. aureus por la presencia de catéter vascular permanente, uso de drogas IV o si hay criterios de sepsis, se debe agregar Vancomicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez V., Parra-Lara L.G., Tejada J.F., Díaz J.P., Mosquera J.C., Urbano MA., et al. Liver abscess in Cali, Colombia. Revista chilena de infectología. Vol. 41. Nº 2. Abril 2024. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182024000200291
2. Hernández Bayech C.E., Guerrero Pin C.E., Reyes Cevallos J.I., Cedeño Intriago M.D., Bosque Lema A.L., Mariño Salcedo A.F., et al. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos producidos por infecciones bacterianas, revisión bibliográfica. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/628/828>
3. Rodríguez Gil E., Pun Jaimes R.I., Velázquez López I. Pyogenic hepatic abscess secondary to a foreign body. Revista Cubana de Cirugía. Vol. 56. Nº 3. Julio-Sept. 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000300007
4. Fernández Ruiz M., Guerra Vales J.M., Castelbón Fernández F.J., Llenas García J. Pyogenic liver abscess as presenting manifestation of silent colon adenocarcinoma. Revista Española de Enfermedad Digestivas. Vol. 99. Nº 5. Mayo 2007. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000500016



CASOS CLÍNICOS

17. LO QUE SE ESCONDE TRAS LA ANSIEDAD

■ Rodríguez Arilla A¹., Paniura Pinedo M¹., Luque García L²., Estefanía Hidalgo L²., López Gil A³.

⁽¹⁾ Residentes de 3º año de MFyC.

⁽²⁾ Residentes de 4º año de MFyC.

⁽³⁾ Adjunta de MFyC López Gil A.

CS Torrelodones.

El trastorno de ansiedad es uno de los principales problemas de salud que se nos plantean en el día a día de la consulta de atención primaria.

Los trastornos de ansiedad se multiplican en la actualidad. Esto se debe fundamentalmente a una serie de cambios sociales que acaba produciendo sobre todo en los más jóvenes una frustración social que hace que la persona busque una salida entre las que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas. Alguna de las vías más eficaces para prevenir esto puede basarse en programas de entrenamiento de ciertas habilidades sociales de autonomía, independencia y críticas, que consigan que adolescentes y jóvenes se forjen una adecuada identidad y fortalecer así su autoestima¹.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 20 años que acude a consulta por ansiedad de dos meses de evolución solicita tratamiento ansiolítico. Refiere sensación de opresión centro-torácica, labilidad emocional, insomnio y dificultad para la concentración. No tiene otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general, hemodinámicamente estable, eupneica en reposo.

Constantes: TA 110/60; FC 113; SatO2 97%.

Auscultación cardio-pulmonar: rítmica, MVC sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análisis de sangre: Normal, sin hallazgos patológicos

ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm. Eje normal. No hay alteraciones agudas en la repolarización.

Radiografía de tórax: normal.

EVOLUCIÓN:

Tras muchas semanas de seguimiento continuo en consulta con citas programadas, creando una buena relación médico-paciente y realizando una historia clínica guiada y teniendo en cuenta tanto su entorno personal como social; llegamos a la conclusión de que su problema era un trastorno de ansiedad secundario a un trastorno por uso de sustancias como cocaína, hachís y alcohol. Respetando su intimidad y confidencialidad en todo momento, le hicimos ver la importancia del apoyo familiar para llevar a cabo un buen tratamiento de este problema de salud y la derivación a centros de especialización en dichos trastornos.

JUICIO CLÍNICO

Trastorno por uso de sustancias.

REVISIÓN

Los trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias son cambios mentales que se producen por el uso o la abstinencia de dichas sustancias que se asemejan a trastornos psiquiátricos independientes como por ejemplo ansiedad o depresión.

Para que un trastorno psiquiátrico se considere inducido por sustancias, se debe haber comprobado que la sustancia involucrada es capaz de causar el trastorno y además dicho trastorno psiquiátrico debe cumplir unos criterios como:

- Aparecer dentro de un mes de la intoxicación o de la abstinencia a dicha sustancia.
- Provocar un deterioro de la función o malestar significativo.
- No se ha manifestado antes del uso de la sustancia.

- No ocurre exclusivamente durante el momento agudo causado por la sustancia.

La relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas se plantea como bidireccional: por un lado, el consumo continuado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e incluso problemas de ansiedad. Por otro lado, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con un mayor consumo de ciertas drogas. Es importante tener presente las variables psicosociales que afectan al individuo que decide consumir este tipo de sustancias, así como las motivaciones que le llevan a este consumo; puesto que se ha visto el importante papel que desempeña el entorno social en estos trastornos. La comorbilidad entre trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias es frecuente, empeora el pronóstico de ambos cuadros y dificulta su tratamiento².

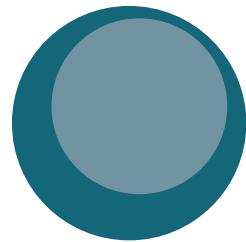
Una vez establecido el doble diagnóstico, se deben manejar ambos trastornos como entidades independientes, pero tratándose de forma conjunta e integrada con un abordaje multidisciplinar.

El manejo del tratamiento por uso de sustancias es difícil y se basa en: desintoxicación aguda, prevención y tratamiento de la abstinencia, cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia.

La base del tratamiento es la terapia cognitivo-conductual y fármacos (benzodiacepinas y antidepresivos)³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibañez C, Caceresa J, Brucher R, Sejas D. Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: Una comorbilidad compleja y frecuente. REV. MED. CLIN. CONDES. 2020; 31(2) 174-182.
2. Sáiz PA, Flórez G, Arrojo M, Bernardo M, González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Cunill R, Castells X, Becoña E, López A, Torrens M, Fonseca F, Tirado-Muñoz J, Arranz B, Garriga M, San L. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with an anxiety disorder and comorbid substance use. Adicciones. 2022; 34(2):157-167.
3. Fuster D, Zuluaga P, Muga R. Substance use disorder: Epidemiology, medical consequences and treatment. Med Clin (Barc). 2024; 162(9):431-438.



CASOS CLÍNICOS

18. SEMINOMA TESTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

■ Paniura Pinedo M.P.¹, Estefanía Hidalgo L.², Rodríguez Arilla A. M.¹, Lorena Luque García L.², Bermejo Fernández F.³, López A.³.

(¹) MIR MFyC3.

(²) MIR MFyC4.

(³) Médico adjunto y tutor de residentes.

La neoplasia testicular es una de las causas más comunes de masa testicular. Ocurre en aproximadamente 5 de cada 100.000 hombres, principalmente entre los 15 y los 35 años. El seminoma es un tumor maligno de células germinales que afecta principalmente al testículo y, con menor frecuencia, al mediastino, el retroperitoneo u otros sitios extragonadales. Es un cáncer con una tasa de supervivencia superior al 95% si se descubre en etapas tempranas¹.

CASO CLÍNICO

Enfermedad actual: Varón de 36 años que acude a consulta por inflamación testicular izquierda de 3 meses de evolución con notable empeoramiento la última semana. Niega fiebre. No disuria ni hematuria. No dolor testicular ni abdominal. Tras exploración y reconocimiento médico en el Centro de Salud se decide derivación a Urgencias para completar estudio y pruebas complementarias.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas. Alergia estacional. No FRCV. No otros antecedentes médicos de interés.

Exploración física: Buen estado general. Hemodinámicamente estable. Eupneico en reposo. Afebril.

ABD: Ruidos hidroaéreos conservados. Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalías. No signos de irritación peritoneal.

Teste derecho normoposicionado, no doloroso a la palpación y sin hallazgos reseñables. Teste izquierdo aumentado de tamaño, normoposicionado en bolsa escrotal con masa indurada en polo inferior. No doloroso a la palpación.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ecografía testicular: Testículo derecho de tamaño normal, de ecogenicidad homogénea, objetivándose

únicamente macrolitiasis de 1.7mm, sin evidencia de lesiones focales nodulares asociadas ni alteraciones difusas. Epidídimos derecho sin hallazgos. Testículo izquierdo ocupado prácticamente en su totalidad, salvo pequeño segmento del polo superior y parénquima marginal periférico respetado en tercio medio, por un efecto de masa multinodular y polilobulado, que en conjunto aproximadamente mide 6,3 x 3,3 cm, vascularizado, compatible con neoplasia germinal. Cabeza epididimaria visualizada normal salvo pequeño microquiste. Cuerpo y cola no visualizados. No se evidencia hidrocele valorable.

Conclusión: Tumoración neoplásica multinodular germinal en testículo izquierdo de 6,3cm.

TC de Tórax: No adenopatías axilares, mediastínicas ni hilares en rango patológico. No derrame pleural ni pericárdico. En parénquima pulmonar no se observan nódulos ni consolidaciones parenquimatosas. Vía aérea principal permeable. Vasos mediastínicos sin alteraciones significativas. Reticulación de la grasa mediastino anterior sugestivo de restos tímicos.

TC de abdomen y pelvis: Hígado de tamaño y morfología normal, con niveles de atenuación homogéneos, sin LOES de sospecha. Aislados micronódulos en el lóbulo derecho sugestivos de quistes. Vesícula, páncreas, bazo, adrenales y riñones sin alteraciones significativas. Bazo homogéneo, de tamaño levemente aumentado (14 cm, eje AP). Vía biliar y excretora de calibre normal. Asas intestinales de tamaño y grosor de pared normales. No adenopatías retroperitoneales, mesentéricas ni pélvicas en rango patológico. No líquido libre intraabdominal. Apunte herniario inguinoescrotal derecho. Elementos óseos sin alteraciones destacables.

Conclusión: Estudio de extensión toraco-abdominopélvico negativo.

Tras la confirmación de extensión tumoral negativa se procede a la orquiectomía radical izquierda inguinal en el quirófano. Posteriormente se pauta profilaxis antibiótica postquirúrgica con cefazolina 2 gr. y se

envía pieza la quirúrgica extraída al Servicio de Anatomía Patológica.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Pieza de orquitectomía radical izquierda con tumor de células germinales de tipo SEMINOMA: unifocal de 5cm de diámetro máximo, limitado al testículo, que no infiltra la rete testis, la grasa del hilio, el epidídimo ni el cordón espermático. Se trata de neoplasia de células germinales *in situ* (GCNIS). No se observa invasión linfovascular.

Juicio diagnóstico: Neoplasia de células germinales *in situ* T1b NO MO.

REVISIÓN

Los cánceres testiculares se clasifican según su célula de origen. El seminoma testicular se origina en el epitelio germinal de los túbulos seminíferos.

Los pacientes suelen presentar una masa testicular palpable, firme al tacto, unilateral y asintomática que puede estar acompañada de infertilidad. Todo ello

puede estar asociado con un hidrocele que dificultaría la palpación del tumor por lo que sería necesaria una ecografía testicular para identificar la masa.

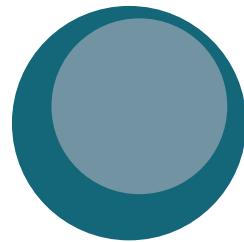
La evaluación inicial del seminoma testicular se realiza mediante ecografía. Un TAC de abdomen y pelvis es la modalidad de estadificación inicial, pero puede no identificar los ganglios retroperitoneales en un 15 a 20%.

Hay varias opciones de tratamiento disponibles para estos pacientes, pero la cirugía, una orquitectomía radical, es casi siempre la intervención principal. El abordaje quirúrgico suele requerir una incisión en la ingle con la extirpación de todo el testículo y la mayor parte del cordón espermático. Cabe resaltar también que, tratándose de un tumor de células germinales, éste es muy sensible a la radioterapia, planificándose la misma en base a los resultados de un TC con contraste del tórax, el abdomen y la pelvis.

Las metástasis generalizadas y tumores no tratados o extirpados en su totalidad pueden complicarse con una hemorragia extensa que puede llegar a ser letal. Los sitios frecuentes de metástasis son los pulmones, los ganglios linfáticos, el hígado y los huesos².

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamichhane A., Mukkamalla S.K.R. Seminoma. [Internet] Pub Med. [Consultado en Octubre 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809348/>
2. Steele G. S, Richie J. P, MD, Michaelson M. D. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of testicular germ cell tumors. [Internet] Up to Date [Consultado en Octubre 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-testicular-germ-cell-tumors?search=seminoma%20testicular&source=search_result&selectedTitle=4%7E37&usage_type=default&display_rank=4



CASOS CLÍNICOS

19. ECOGRAFÍA DE UN SINUS PILONIDAL, DE TIKTOK A LA CONSULTA

- Jenkins Sánchez C.P.^a, Redondo Sendino A.^b, Arvelo Senior HG.^c, Serrano Costa L.^d, Cortes Rico O.^e
- (^a) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valleaguado, Coslada (Madrid).
- (^b) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Canillejas (Madrid).
- (^c) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Canillejas (Madrid).
- (^d) Residente de Pediatría. Hospital de Cruces (Bilbao).
- (^e) Pediatra. CS Canillejas (Madrid).

Varón de 27 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta porque tras ver en una red social un vídeo de divulgación estaba convencido de que él presentaba los mismos síntomas que los que se exponían en dicho vídeo. En su caso él refería un punto a nivel del pliegue interglúteo que en ocasiones supuraba. No había presentado fiebre, dolor o inflamación de la zona. Según explicaba el vídeo la afección que refería padecer era un sinus pilonidal. Dado que presentaba una clínica parcialmente compatible realizamos exploración física de la zona, en la que se objetivaban dos orificios en el pliegue, uno de ellos con un pequeño pelo asomando (figura 1). Al tener la posibilidad de realizar ecografía en el centro de salud realizamos una POCUS (Point of Care Ultrasound o ecografía en el punto de atención), donde se observaba una lesión hiperecogénica lineal, compatible con pelo, rodeada de halo hipogénico, sin vascularización en el estudio con modo doppler color, sugerente de sinus pilonidal no complicado (figura 2). Dado que el paciente no había presentado datos de sobreinfección en ningún momento y no quería someterse a cirugía, se le recomendó mantener la zona limpia, seca y bien depilada, en caso de ser posible, someterse a depilación láser en esa zona.

El sinus pilonidal, también conocido como seno pilonidal, quiste sacro o quiste dermoide, se define como un quiste en la región interglútea que contiene restos de pelo y piel, que pueden sobreinfectarse. Afecta al 0.7% de la población, siendo más frecuente en varones de los 15 a los 30 años^{1,2}. Suele debutar como absceso en el pliegue interglúteo. Los factores de riesgo para su aparición son presencia de vello corporal abundante, sobrepeso (IMC > 25), pliegue interglúteo profundo, higiene deficiente, trabajo en sedestación y antecedentes familiares^{1,2}. Su etiopatogenia es desconocida, pero existen varias teorías sobre su origen, siendo las dos más importantes:

1. **Congénita:** debida a defectos en el ectodermo en el desarrollo embrionario.

2. **Adquirida:** la formación del sinus se produce por el crecimiento de pelo hacia tejido subcutáneo con posterior formación del quiste y los trayectos fistulosos, lo que estaría favorecido por microtraumatismos repetidos, largas horas en sedestación y vello corporal abundante.

En la exploración física se puede objetivar uno o varios poros, con o sin pelos en su interior, con o sin datos de sobreinfección, en la zona del plie-



Figura 1. Pliegue interglúteo del paciente, en el que se objetivan dos trayectos fistulosos, el más grande de ellos con un pelo en su interior.
Imagen con consentimiento del paciente.

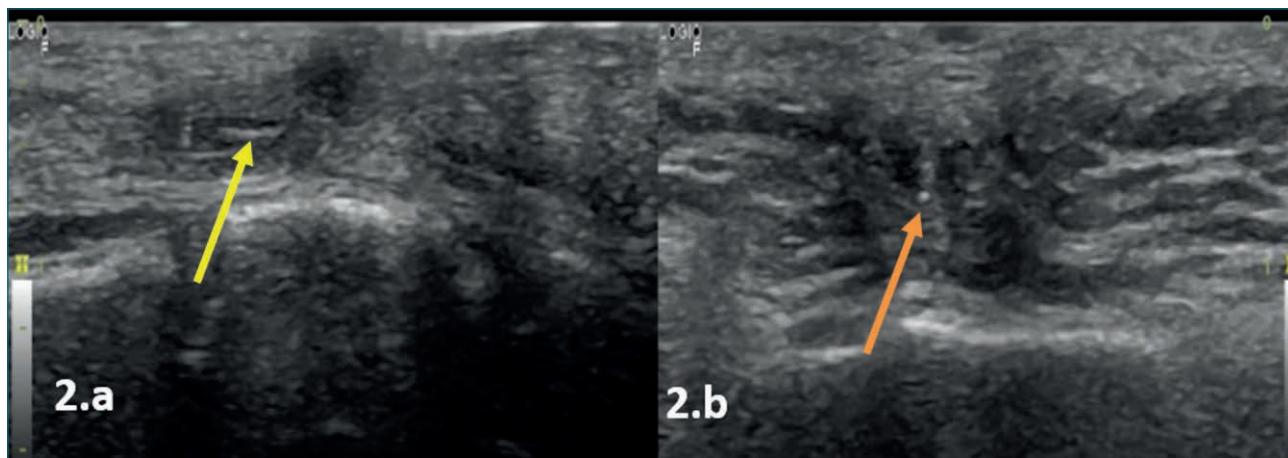


Figura 2. Ecografía donde se observa estructura lineal hiperecogénica con halo hipoecogénico periférico en tejido subcutáneo (flecha amarilla), corte longitudinal (2.a) y lesión puntiforme hiperecogénica compatible con corte trasversal del pelo (flecha naranja), corte transversal (2.b).

Imagen con consentimiento del paciente.

gue interglúteo². En caso de que no requieran cirugía es importante realizar vigilancia y volver a consultar si presentan cambios clínicos, ya que en raras ocasiones han degenerado a carcinomas epidermoides, sobre todo cuando han presentado múltiples episodios de inflamación o cuando el paciente se encuentra inmunosuprimido¹. Gracias a la disponibilidad actual de la ecografía en Atención Primaria podemos conocer su tamaño, localización y sus características morfológicas. En la ecografía POCUS, realizada con la sonda lineal, se observa una imagen ovalada, hipoecogénica, en la zona de la dermis, que coincide con la zona del quiste, que puede contener imágenes hiperecogénicas lineales en su interior, que se corresponden con los pelos³. En algunos estudios se ha encontrado una elevada correlación (76,6%) entre los hallazgos ecográficos y el diagnóstico realizado a partir de la pieza quirúrgica⁴. La resonancia magnética puede ser de utilidad como prueba de imagen complementaria, aunque la ecografía es más accesible y más coste efectiva⁵.

En cuanto al diagnóstico diferencial hay que destacar varias entidades:

1. Fístula perianal: comunicación anormal entre el recto o canal anal con la piel, que puede deberse a infecciones o cirugías previas.
2. Hidrosadenitis supurativa: enfermedad inflamatoria crónica con forúnculos, abscesos o nódulos dolorosos en axilas, ingles y región anogenital⁶.

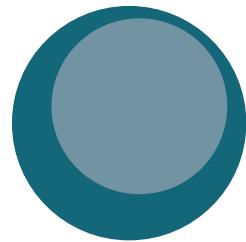
3. Enfermedad de Crohn perianal: manifestaciones digestivas junto con abscesos, fistulas y/o fisuras perianales.
4. Paget perianal: es una manifestación extramamaria, considerada una lesión premaligna, que puede llegar a degenerar a adenocarcinoma. Afecta a las glándulas apocrinas de la epidermis. La lesión es inespecífica, tiene forma de placa eritematosa y puede producir dolor o prurito perianal³.

El tratamiento de elección es quirúrgico en la mayoría de los casos, aunque en pacientes asintomáticos se puede optar por un tratamiento conservador, como en nuestro caso. A todos los pacientes intervenidos se les recomienda hacer depilación láser de la zona, ya que con ello se ha objetivado menor recurrencia tras la cirugía⁷. En la actualidad las redes sociales son un medio de divulgación muy importante y al alcance de cualquiera, lo que puede ser tanto una ayuda importante, como en nuestro caso, o generar consultas innecesarias y problemas en la relación médico-paciente. Dado que el sinus pilonidal es una patología bastante frecuente y que la realización de ecografías es habitual en Atención Primaria, es interesante realizar también este tipo de ecografías para ayudarnos con el diagnóstico diferencial en caso de duda y como apoyo en la toma de decisiones terapéuticas.

- No existe conflicto de intereses-
- No se ha recibido ninguna fuente de financiación.
- Se dispone del consentimiento informado del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg.* 2013;150(4):237-247. doi:10.1016/j.jvisc-surg.2013.05.006.
2. Johnson EK, Worner A, Steele SR. Pilonidal Disease. En: Fundamentals of Anorectal Surgery. Cham: Springer International Publishing; 2019, pp. 257-71.
3. Giordano PG, Meneu Díaz JC, Aguilera Molina YY, del Olmo López R, Tabodada Mostajo N. Enfermedad de Paget perianal: un trastorno raro que enmascara un carcinoma anorrectal subyacente. *Gastroenterología y Hepatología* 2020;43(6):322–23. doi.org/10.1016/j.gastro-hep.2019.12.001.
4. Rafailidis V. Pilonidal cyst: ultrasonographic findings. EURORAD; 2015. DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.13085
5. Mentes O, Oysul A, Harlak A, Zeybek N, Kozak O, Tufan T. Ultrasonography accurately evaluates the dimension and shape of the pilonidal sinus. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(3):189-92.
6. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquete L, et al. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *Semergen* 2017;43(1): 34-42. doi.org/10.1016/j.semurg.2015.12.005.
7. Conley S. Sonographic evaluation of a pilonidal cyst: A case study. *J Diagn Med Sonogr* 2016;32(5):279-82.



CAFELITO

UN SUEÑO (COMUNITARIO) HECHO REALIDAD: METROFIT

■ Dols Juste J.
Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Príncipe de Vergara. Madrid.
Grupo Salud Basada en Emociones de la SoMaMFyC.

Que levante la mano quien haya oído la frase de que “a veces los sueños se hacen realidad”. Y ahora que levante la mano el que conozca a alguien cercano que haya conseguido hacer realidad un sueño.

Bueno, pues el que no haya levantado la mano esta segunda vez que le baje, porque os voy a contar cómo se fraguó un sueño el 27 de septiembre de 2023 y, un año después, el 13 de septiembre de 2024, se ha hecho realidad con su presentación oficial en... el Metro de Madrid.

Todo empezó en un congreso de arquitectura (por cierto, que el mundo de la arquitectura y el de la salud cada vez se van acercando más; de hecho, asistí hace unos meses en Valencia al I Congreso de Neuroarquitectura), en el que vi cómo en una empresa habían puesto el dibujo de un corazón al lado de las escaleras y así animar a que se usasen más que el ascensor.

Pasó el tiempo y empecé a oír la recomendación de dar paseos después de las comidas, para que los músculos metabolizasen la glucosa y con ello ayudasen a que el páncreas tuviese que liberar menos insulina.

El problema es que yo soy del turno de tarde, y eso supondría tener que salir antes de mi casa para dar el paseo antes de entrar a trabajar, además de utilizar una salida del Metro más alejada del centro de salud.

En esto que me acuerdo de esa imagen que vi en aquel congreso y decido que, mejor que salir antes, optaré por utilizar las escaleras de piedra de la estación que siempre utilizo.

El caso es que, si lo voy a hacer yo, ¿por qué no recomendárselo a los usuarios del Metro? ¿No os dicen algunos pacientes que no hacen ejercicio porque *no tienen tiempo*? Pues que aprovechen los desplazamientos en este medio de transporte para hacerlo.

¿Y cómo poder transmitir esta idea a alguien con la suficiente autoridad para que pueda llevarla a cabo? Pues le pregunté al amigo que me consta que conoce a más gente y dio la casualidad de que conocía al Director General de Transportes de la Comunidad de Madrid.

Me consiguió una cita con él y le llevé un Power Point con un proyecto que llamé “**Gana Salud Metro A Metro**”. En él proponía que se pusiesen al lado de las escaleras de piedra el dibujo de una silueta humana con un corazón rojo y dentro el logo de Metro, lo que llevaría a que el Metro se acabase convirtiendo en una *zona cardiosaludable*.

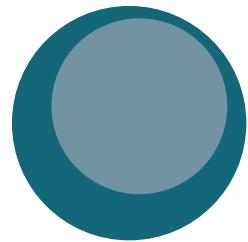
Como a ilusión no me gana nadie, incluso sugería que les propusiesen ser padrinos del proyecto al emblemático cardiólogo Valentín Fuster y a la maravillosa comunicadora Anne Igartiburu (por aquello de su programa “Corazón, Corazón”).

Esta persona me concertó una entrevista con directivos del Metro, ya con la idea de llevar el proyecto a cabo. Querían tenerlo para la Semana Europea de la Movilidad, del 16 al 22 de septiembre. Al cabo de las semanas me presentaron lo que habían preparado: una campaña con unos carteles informativos recomendando utilizar las escaleras fijas que han llamado “**METROFIT**”, y que, por la premura de tiempo, inicialmente solo se ha realizado en 4 estaciones: Gregorio Marañón, Alonso Martínez, Plaza de España y Cuatro Caminos.

El 13 de septiembre de 2024 se presentó el proyecto en la estación de Cuatro Caminos.

Próximo sueño: que la OMS cree el “**Patrimonio Inmaterial de la Salud**”, con cosas que no hay en hospitales, centros sanitarios ni farmacias como por ejemplo los abrazos, las sonrisas y las excursiones por la naturaleza.

Podéis conocer la propuesta, y si queréis apoyarla firmando, en <https://www.change.org/PatrimonioInmaterialDeLaSalud>.



TABERNA DE PLATÓN

EL ACOMPAÑAMIENTO Y EL DEBER DE NO ABANDONO

■ Sánchez Salvador J.
Médico de familia jubilado.

Antes de entrar en materia, que será breve para que se me olvide de forma generosa, quiero aprovechar esta ocasión para despedirme de todos vosotros porque como médico de familia jubilado emprendo nuevos caminos que me hacen pasar a ser un miembro durmiente del Grupo de Trabajo de Bioética de la SoMaMFyC.

Serendipia: hallazgo valioso que se produce de manera accidental o casual; del Diccionario de la Real Academia Española.



En la consulta, como en la vida hay que estar abierto a los hallazgos casuales, pero saber discriminar cuales son valiosos, bien para el paciente, bien para nosotros, y no caer en los “incidentalomas” que amargan a nuestro paciente y nos hacen caminar por un sendero proceloso que la mayoría de las veces nos lleva a ninguna parte. Viene este proemio porque hace tiempo llegó a mis manos el primer libro de una trilogía que ha escrito Sigrid Nunez: *El amigo*¹, creo que fue por una compañera del Grupo de Bioética.

La autora aborda el tema del duelo que sufrimos las personas cuando muere un gran amigo y además esta muerte es inesperada. Al duelo por la muerte se añade el acompañamiento que hacemos a los sobrevivientes, solo que aquí, sorpresa, el superviviente es un gran danés enorme y artrítico que instalamos en nuestra casa de reducido tamaño y en una comunidad de propietarios que en sus estatutos tienen prohibida la tenencia de mascotas en la misma.

A raíz de la lectura de este libro, leí el siguiente título de la trilogía: *Cuál es tu tormento*² que acabé justo con la presentación de la película de Pedro Almodóvar: *La habitación de al lado*, que está inspirada en esta novela. De los comentarios leídos solo quiero destacar uno por la inexactitud y desasosiego que me ha producido el empleo de términos errados para referirnos a situaciones que en castellano están meridianamente claras, y es decir que trata sobre la eutanasia cuando lo que la novela y la película nos presentan es un suicidio asistido³.





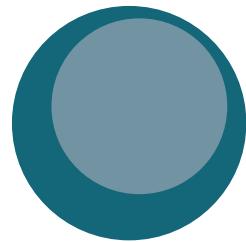
“Cuál es su tormento” vuelve a plantearnos el acompañamiento como parte de nuestra ética en la práctica médica (nuestro compromiso) y no como un deber moral (obligación legal). Añado de mi cosecha propia que una vez asumido el acompañamiento como deber ético debe de estar impregnado de aquello que nos decían los padres de la bioética del deber de no abandono. En este momento de la Medicina de Familia en España, y más concretamente en Madrid, ¿nuestra postura respecto del proceder con los pacientes está guiado por el acompañamiento en sus valores o más bien por mor del momento en nuestros valores? ¿No será esta elección una de las causas que hacen que estemos desanimados, desganados y abandonemos nuestro trabajo? ¿Además de las medidas de todo tipo que se deben tomar por todas las partes implicadas y que no son tomadas y que en bastantes ocasiones no se quieren tomar, no mejoraría nuestro bienestar profesional si fuésemos capaces de rearmarnos éticamente con los valores de la Medicina de Familia?

Mi opinión es que estas novelas -de la tercera, *Los vulnerables*⁴, no puedo opinar porque está en el montón de las pendientes-, pueden servirnos para unas sesiones en nuestros Centros que nos saquen de la clínica y nos lleven a un terreno en que nos podamos rejuvenecer, o por lo menos resultar novedosos en el tema y en la revista a consultar.



BIBLIOGRAFÍA

1. Nunez, S. (2019). El amigo. Anagrama. [Traducción de Mercedes Cebrián].
2. Nunez, S. (2021). Cuál es tu tormento. Anagrama. [Traducción de Mercedes Cebrián].
3. Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., & Hernando Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista de calidad asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, 23(6), 271–285. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)75035-8).
4. Nunez, S. (2024). Los vulnerables. Anagrama. [Traducción de Mercedes Cebrián].



LECTURA COMENTADA

AMAR ES PARA SIEMPRE... ¿Y TAMBIÉN LOS BETABLOQUEANTES DESPUÉS DE SUFRIR UN INFARTO?

■ Roviralta Abildúa B., Sanz Lozano M.

Médicas residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Universitario San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Traemos a esta sección el estudio ABYSS¹, un ensayo clínico que intenta arrojar luz sobre las consecuencias de la interrupción de los betabloqueantes (BB) al año de un infarto agudo de miocardio (IAM) no complicado.

La incidencia anual de IAM en España se estima entre 135-210 (varones) y 25-61 (mujeres) por 100.000²; más de la mitad, mortales dentro del primer mes. El problema que se nos plantea es el tratamiento de aquellos que sobreviven a largo plazo: en 2021 se registró una prevalencia de 2,3% casos de cardiopatía isquémica (3% hombres, 1% mujeres), cifras un 4,6% más elevadas que las de 2019³. La prevalencia de cardiopatía isquémica aumenta con la edad, superando los 10 casos por cada 100 habitantes en hombres mayores de 70 años, el triple que en mujeres.

El beneficio del tratamiento con betabloqueantes (BB) está bien establecido en pacientes que han sufrido un IAM; sin embargo, la evidencia se deriva de ensayos realizados **antes** de la era de la reperfusión miocárdica⁴. La falta de ensayos recientes a gran escala sobre la duración del tratamiento después de un IAM ha abocado a una terapia de por vida a muchos pacientes, haciendo de esta clase de medicamentos uno de los más prescritos a nivel mundial.

El avance en el manejo del IAM ha mejorado el pronóstico por la importante disminución del riesgo de insuficiencia cardíaca (IC) y muerte, generando debate sobre los beneficios adicionales del tratamiento con BB de por vida. Especialmente se cuestiona el beneficio en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, sin ninguna otra indicación de tratamiento con BB (IC, disfunción ventricular, arritmias, angina...). Se pone en duda que su uso a largo plazo pueda ser útil, algunas guías actuales^{5,6} cuestionan el beneficio de los BB después del primer año en pacientes sin ninguna indicación adicional y plantean su interrupción en base a la opinión de expertos.

En este contexto, el ensayo ABYSS (*Assessment of Beta Blocker Interruption 1 Year after an Uncomplicated Myocardial Infarction on Safety and Symptomatic Cardiac Events Requiring Hospitalization*) plantea la hipótesis de que la interrupción de los BB tras un IAM sería clínicamente segura y mejoraría la calidad de vida de los pacientes. Se llevó a cabo en 49 centros de Francia, incluyó a 3.698 pacientes (83% varones), con edad media de 63 años, que habían presentado un IAM al menos 6 meses antes; el 63%, con elevación del ST; en su mayoría (95%) habían sido revascularizados (predominantemente por vía percutánea) y tenían una FEVI post-IAM > 40%. El criterio de inclusión fue estar recibiendo tratamiento con BB, independientemente del tipo y dosis, cuya indicación dependiera exclusivamente del IAM. El BB más prescrito fue bisoprolol (71,5%), seguido del atenolol (8,7%). Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, abierto, aleatorizado, de no-inferioridad (definida como un margen de menos de 3% en la diferencia de la tasa de eventos entre grupos), analizado por intención de tratar. Fueron asignados de forma aleatoria 1:1 para interrumpir el tratamiento con BB (1.846) o continuarlo (1.852). La mediana de seguimiento fue de 3 años. Las características clínicas de ambos grupos fueron similares en términos de factores de riesgo y otros medicamentos para la prevención secundaria.

El objetivo primario fue evaluar la no-inferioridad de la interrupción de los BB en comparación con su continuación en términos de un valor combinado de muerte, IAM no mortal, accidente cerebrovascular (ACV) no mortal y hospitalización por cualquier causa cardiovascular. Un objetivo secundario fue el cambio en la puntuación del cuestionario autoadministrado EQ-5D (*European Quality of Life-5 Dimensions*) a los 6 y 12 meses posteriores.

Como resultados principales ocurrieron 432 eventos en 1.812 pacientes (23,8%) del grupo de interrupción y 384 de 1.821 pacientes (21,1%) del grupo de continuación, sin diferencia significativa. Desglosados según eventos (tabla 1) destaca la asociación encontrada entre el aumento de anginas recurrentes, que condicionaron la realización de procedimientos coronarios, y otras complicaciones que condujeron a hospitalización en el grupo que interrumpió los BB; sin

Tabla 1. Eventos cardiovasculares principales

EVENTOS	CONTINUACIÓN Betabloqueantes		INTERRUPCIÓN Betabloqueantes	
	Número	%	Número	%
Muerte	74	4,0	76	4,1
Infarto no fatal	46	2,5	46	2,5
Accidente cerebro vascular	19	1,0	18	1,0
Hospitalización causa vascular	307	16,6	349	18,9

embargo, no se evaluó si la asociación era significativa por no ser un objetivo del ensayo el estudio de cada evento por separado.

Respecto al objetivo secundario, 3.331 pacientes (90,1%) respondieron el cuestionario EQ-5D de seguimiento para evaluar diferencias en calidad de vida, con cambios en la puntuación entre el valor inicial y el último seguimiento (12 meses) de $0,033 \pm 0,150$ en el grupo de interrupción y de $0,032 \pm 0,164$ en el de continuación, sin diferencia significativa en la puntuación de calidad de vida informada por el paciente.

Los resultados del análisis *por protocolo* fueron consistentes con los resultados del análisis *por intención de tratar* en la mayoría de los subgrupos evaluados.

Los autores afirman que **la interrupción** del tratamiento con BB en pacientes con antecedente de IAM **no demostró** ser no-inferior a una estrategia de continuación, con respecto a un resultado combinado de muerte, IAM no mortal, ACV no mortal u hospitalización cardiovascular; ni tampoco mejoraba la calidad de vida de los pacientes.

Los propios autores mencionan limitaciones como el sesgo de vigilancia (no fue ciego), lo que pudo haber influido en la percepción de la calidad de vida auto-percibida. Además, debido a que es un estudio multicéntrico, pero solo en Francia, la extrapolación de las conclusiones a otros sistemas de salud es arriesgada. Aunque el ensayo evaluó objetivos clínicos robustos como la mortalidad, la diferencia de resultados entre ambos grupos se obtuvo principalmente por un au-

mento en las hospitalizaciones, un evento considerado *blando*, aunque de gran relevancia clínica.

A la vista de los resultados, las autoras consideramos que aún no hay evidencia suficiente para retirar los BB después de un IAM de forma indiscriminada, puesto que parecen tener un beneficio residual y no afectan de forma relevante a la calidad de vida. Las ventajas de los BB son claras en pacientes con FEVI disminuida, angina persistente o arritmias. Solamente en pacientes con efectos secundarios atribuibles a los BB y sin ninguno de estos criterios adicionales podría discutirse con el paciente la opción de retirar el BB, puesto que el beneficio, de existir, es de escasa magnitud.

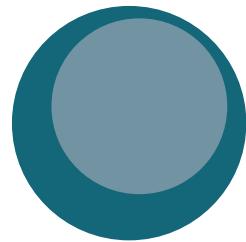
Para seguir arrojando dudas sobre los beneficios de los BB, los resultados del reciente ensayo REDUCE-AMI (*Randomized Evaluation of Decreased Usage of Beta-Blockers after Acute Myocardial Infarction*)⁷ no demostraron superioridad por iniciar BB durante la hospitalización post-IAM para reducir mortalidad o recurrencia de IAM en pacientes con FEVI >50%. Otros ensayos encuentran superioridad de BB después de un infarto solo en pacientes con FEVI reducida, pero con FEVI preservada^{8,9}.

En conclusión, la necesidad de mantener el tratamiento con BB de por vida es cuestionable, en particular en pacientes que no vuelven a presentar nunca un evento cardiovascular. Los profesionales de atención primaria debemos tenerlo en cuenta, sin dejar de reforzar las recomendaciones de estilos de vida, e insistiendo en el cumplimiento terapéutico de otras medidas con evidencia contrastada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silvain J, Cayla G, Ferrari E, Range G, Puymirat E, Delarche N, et al. Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction. New England Journal of Medicine [Internet]. 9 de octubre de 2024 [citado 27 de octubre de 2024];391(14):1277-86. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2404204>
2. Medrano Albero MJ, Boix Martínez R, Cerrato Crespán E, Ramírez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 27 de octubre de 2024];80(1):05-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272006000100002&lng=es&nrm=iso&tlang=es
3. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2022. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2023. [citado 27 de octubre de 2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfSanNSN/tablasEstadísticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf

4. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999;318(7200):1730-7.
5. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, et al. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines | *Journal of the American College of Cardiology* [Internet]. [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2023.04.003>
6. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3720-826.
7. Yndigegn T, Lindahl B, Mars K, Alfredsson J, Benatar J, Brandin L, et al. Beta-Blockers after Myocardial Infarction and Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 18 de abril de 2024 [citado 27 de octubre de 2024];390(15):1372-81. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa2401479>
8. Suc G, Zeitouni M, Procopi N, Guedeney P, Kerneis M, Barthelemy O, et al. Beta-blocker prescription and outcomes in uncomplicated acute myocardial infarction: Insight from the ePARIS registry. *Archives of Cardiovascular Diseases* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 27 de octubre de 2024];116(1):25-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213622002297>
9. Park CS, Yang H-M, Ki Y-J, et al. Left ventricular ejection fraction 1 year after acute myocardial infarction identifies the benefits of the long-term use of beta-blockers: analysis of data from the KAMIR- NIH Registry. *Circ Cardiovasc Interv* 2021; 14(4):e010159.



CARTA AL DIRECTOR

ALUMNADO CON DIABETES. INFORMACIÓN AL PROFESORADO

- Miguel Ángel María Tablado¹, Mª del Carmen Silvestre Medina², Elena del Campo Carretero³.

⁽¹⁾ SOMAMFyC. GdT Diabetes Mellitus SoMaMFyC.

⁽²⁾ Asociación Diabetes Madrid.

⁽³⁾ Asociación Diabetes Madrid.

Como carta al director quería presentar el documento elaborado por la Asociación Diabetes Madrid y el GdT Diabetes de la SoMaMFyC llamado Alumnado con diabetes. Información al profesorado¹. Que fue presentado el pasado 14 de noviembre con motivo del día Mundial de la Diabetes del año 2024 y que fue difundido por redes sociales y otros canales a múltiples centros educativos de la Comunidad de Madrid, con idea de ayudar a los docentes y personal de los citados centros a entender y poder asistir a aquellos niños y niñas con diabetes asistentes a los mismos.

ALUMNADO CON DIABETES. INFORMACIÓN AL PROFESORADO

La vida escolar de un niño con diabetes no se diferencia de la de cualquier otro niño, ni tampoco debe representar ningún problema para el colegio. Generalmente, el niño con diabetes debe inyectarse insulina durante el horario escolar. Por eso, además de la necesidad de que haya profesionales sanitarios en los centros educativos, es preciso que **los profesores conozcan los aspectos más importantes del tratamiento, así como las situaciones que pueden darse durante la jornada escolar**.

Un intercambio de información fluido entre los padres/tutores y el colegio ayudará al niño a mantener controlada su diabetes. Además, cuanto mejor informada esté la escuela, más fácil resultará su colaboración.

Por esa razón hemos recopilado aquí un resumen de **información sobre diabetes infantil que puedes proporcionar a los profesores de tus hijos con diabetes**.

¿Qué es la diabetes?

La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en sangre, situación que recibe el nombre de hiperglucemia. Esto sucede entre otras cosas como consecuencia de la disminución de la formación de una hormona llamada insulina por

parte de las células beta del páncreas (diabetes mellitus tipo 1).

Gracias a la insulina el cuerpo utiliza la energía de la alimentación. En las personas con diabetes, la glucosa procedente de los alimentos no puede ser aprovechada de manera adecuada por las células de los tejidos, lo cual comporta serios problemas.

La diabetes no es contagiosa y se puede controlar con inyecciones de insulina, una dieta sana y equilibrada, y ejercicio.

¿Cómo se trata la diabetes tipo 1?

El tratamiento de la diabetes tipo 1 requiere de la **administración de insulina mediante inyección subcutánea** (precisando en ocasiones ajustar la dosis según los controles de glucemia capilar tras la alimentación o el ejercicio).

¿Cuándo se administra la insulina?

La mayor parte de los niños se deben inyectar insulina **varias veces al día**: insulina de **acción rápida** antes de cada comida principal (desayuno, comida, merienda y cena) e insulina de **acción lenta** (una o dos veces diarias). En el caso de ser portador de **bomba infusora** de insulina, solo antes de las ingestas.

Los niños, a partir de los 8 años se inyectan la insulina ellos mismos, aunque en esas edades, deben ser supervisados por un adulto para asegurar que sea la dosis adecuada y se administre correctamente.

¿Cómo se hace un control de glucemia?

Un control capilar de glucosa consiste en extraer una gota de sangre de la yema de un dedo de la mano, con ayuda de un dispositivo automático y colocarla en una tira reactiva que previamente se ha introducido en un medidor de glucosa que nos dará el resultado. Actualmente los niños, llevan

medición continua de glucosa y pueden ver sus glucemias a través de un lector o un móvil.

Debemos conocer la glucemia antes de inyectarse insulina, si se queda a comer en el colegio, antes de realizar actividad física y en caso de notar síntomas de hipoglucemia.

¿Qué alimentación dar en el colegio?

En la alimentación de un niño con diabetes hay que recordar que los alimentos que contienen hidratos de carbono aumentan los niveles de glucosa en sangre. No obstante, un niño con diabetes no elimina los hidratos de carbono de su dieta. La alimentación debe ser equilibrada, similar a la de cualquier niño de la misma edad, con la excepción de azúcares de absorción rápida (caramelos, dulce, bebidas como refrescos y zumos).

- Se recomienda **facilitar a los padres/tutores la planificación semanal del menú escolar** para que puedan hacer los ajustes puntuales necesarios.
- Es importante respetar el horario de las comidas del niño. **Generalmente, deben tomar un segundo desayuno** coincidiendo con el horario del recreo de media mañana.
- **La comunicación con la familia del niño debe ser fluida.**

¿El ejercicio físico está recomendado?

El niño con diabetes tipo 1 puede y **debe hacer el mismo ejercicio que sus compañeros**. El ejercicio puede provocar que la glucemia baje. Para evitarlo, se aconseja que el niño tome un alimento con hidratos de carbono antes de practicar ejercicio.

Es conveniente que el profesor de educación física tenga fácil acceso a alimentos con azúcares en caso de hipoglucemia.

Está contraindicado practicar cualquier ejercicio si existe descompensación de la glucemia(hiperglycemia o hipoglucemia).

¿Qué situaciones adversas puede encontrarse un profesor relacionadas con la diabetes?

HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia son niveles de azúcar en sangre bajos, es déficit menor de 70 mg/dl o menos.

Causas

- Exceso de insulina

- Insuficiente ingesta de hidratos de carbono o retraso en la comida.
- Exceso de ejercicio
- Vómitos y/o diarrea

Síntomas

- Palidez
- Comportamiento errático
- Irritabilidad
- Temblor
- Sensación de mucha hambre
- Sudor frío
- Somnolencia
- Pérdida de conciencia

Tratamiento

En medio de una hipoglucemia, se debe administrar al niño hidratos de carbono simples: **azúcares, zumo de frutas, una bebida azucarada**. El nivel de glucosa subirá rápidamente.

Los pasos para seguir son:

1. Ofrecer alimentos

- Hasta los 4 años: 3-5 g de azúcar o 30-50 cl de zumo.
- De 4 a 10 años: 5-10 gr de azúcar o 50-100 cl de zumo.
- Mayores de 10 años: 10-20 gr de azúcar o 100-200 cl de zumo.

2. Esperar 15 minutos para dar tiempo a que el niño mejore y después comprobar su estado con otro control de glucosa capilar.

- Si la glucemia es menor de 70mg/dl, repetir el paso número 1.
- Si la glucemia es mayor de 70 mg/dl, el niño debe tomar un alimento que contenga hidratos de carbono de absorción lenta como 2 galletas, un vaso de leche, un yogur, una rebanada de pan, etc.

Recomendaciones

- Tener siempre azúcar a mano.
- Verificar los niveles de glucosa ante la sospecha de hipoglucemia, en la medida de lo posible.
- Administrar azúcar cuando haya la menor duda de hipoglucemia.
- Dar azúcar o zumo sin mezclar con ningún otro alimento.
- Una vez recuperado, el niño debe tomar alimentos como leche, galletas, yogures, fruta, etc. (azúcares retardados), para mantener el nivel de glucosa hasta la siguiente comida.
- Mantener al niño en reposo hasta que se haya recuperado.
- Acompañar al niño mientras se encuentre en esta situación, aunque sepa cómo resolverla por sí mismo.
- Informar a los padres/tutores e indicarles las posibles causas, si se tiene sospecha.

En caso de hipoglucemia grave

Si el niño no responde con el azúcar o está inconsciente, hay que relizar (previa autorización paterna) la siguiente técnica:

1. Administrar glucagón mediante inyección intramuscular

en el brazo, las piernas o nalgas ó, mediante inhalación (Baqsimi).

La cantidad para administrar intramuscular varía según la edad: La cantidad a administrar varía según la edad:

- Menores de 2 años: 1/3 de vial.
- De 2-7 años: 1/2 vial.
- Mayores de 7 años: 1 vial.

2. Avisar a los padres/tutores y a los servicios de emergencia

para trasladar al niño al centro sanitario más cercano.

Vídeo 1. Cómo administrar glucagón intramuscular. <https://diabetesmadrid.org/como-utilizar-el-glucagon/>

Vídeo 2. Cómo administrar glucagón inhalado. <https://www.youtube.com/watch?v=uTWKxAovnuc>

HIPERGLUCEMIA

La hiperglucemia son niveles de azúcar en sangre mayores de 180 mg/dl.

Causas

- Menos insulina de la necesaria.
- Ingesta excesiva de hidratos de carbono.
- Enfermedad infecciosa.
- Estrés.

Síntomas

En ocasiones no hay síntomas.

Si los valores son mayores de 250 mg/dl, los síntomas más frecuentes son:

- Cansancio.
- Dolor de cabeza.
- Necesidad de orinar con frecuencia.
- Sed intensa.

Tratamiento

1. Administrar suplementos de insulina según información de los padres/tutores.

2. Informar a los padres/tutores e indicarles las posibles causas.

Los padres/tutores han de facilitar al colegio las pautas a seguir por escrito.

Recomendaciones

- Permitir al niño ausentarse de clase para ir al lavabo para que pueda beber agua y orinar.
- Si aparecen vómitos o dolor abdominal intenso, avisar a los padres/tutores.

Posibles cambios psicosociales

El niño con diabetes se enfrenta a una enfermedad crónica que comporta asumir muchas tomas

de decisión cada día. Según la edad, el niño es capaz de tomar muchas de esas decisiones. Está sometido a repetidos controles de glucosa en sangre, a varias inyecciones de insulina diarias, al seguimiento de un plan de alimentación equilibrado poco flexible en horarios, y a la práctica de ejercicio de manera controlada para mantener estables sus niveles de glucosa en sangre. No debemos olvidar la amenaza de sufrir hipoglucemias.

Todo esto puede repercutir en el estado de ánimo del niño. Una mala elaboración del duelo frente a la enfermedad, así como una falta de apoyo le puede provocar una mala aceptación y aparición de conflictos como irritabilidad, disminución en el

rendimiento escolar, pasividad, tristeza, falta de comunicación, etc.

Fuente

Carmen Yoldi, Enfermera-Educación terapéutica en diabetes, Hospital Sant Joande Déu.

Más información

<https://diabetesmadrid.org/material-para-tener-en-el-colegio-del-nino-con-diabetes/>

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel Angel María Tablado. M^a del Carmen Silvestre Medina, Elena del Campo Carretero. Información para el profesorado de niños y niñas con diabetes. [Internet] Madrid. Asociación Diabetes Madrid. [Actualizado 13/11/2024; citado 13/11/2024] <https://diabetesmadrid.org/informacion-para-el-profesorado-de-ninos-y-adolescentes-con-diabetes/>



ASOCIACIÓN
Diabetes
Madrid