

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 2 • VOL 26

JULIO 2024

5 EDITORIAL

"CITIUS, ALTIUS, FORTIUS. JUNTOS/AS MANTENIENDO LA LLAMA"

Díaz Revilla A.

8 GRUPOS DE TRABAJO

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "CITIUS ALTIUS FORTIUS" ACTUALIZACIONES "PLIS-PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.

1. **PLIS-PLAS GDT DIABETES. Actualización en Diabetes**

María Tablado M.A.

2. **PLIS-PLAS GDT JUBILADOS. REFLEXIONES EN TORNO A LA PROPUESTA DE JUBILACIÓN ACTIVA**

Moliner C., Muñoz J.C., de la Cámara C.

3. **PLIS-PLAS GDT DIGESTIVO. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) Y ESÓFAGO DE BARRET (EB)**

Benito Ramos G.

20 ABSTRACTS XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

1. **ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: SIEMPRE ALIADAS, NUNCA ENEMIGAS**

González Godoy M., Castaño Reguillo A., Viñas Fernández G., Medina Rodríguez J.

2. **ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. DESCIFRANDO LA SÍFILIS A NIVEL DIGESTIVO**

Angulo García C., Vito Espino A., Beltrán Ledezma R., Almanzar Montero E., Zabala Maneiro A.

3. **EL VIAJE SORPRENDENTE DEL HIPO AL GRAN CORAZÓN**

Almázar Montero E., Beltrán Ledezma R., Angulo García C.

27 ROTACIÓN EXTERNA

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN LA ISLA DE LANZAROTE

Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Sanz Lozano M., Roviralta Abildúa B.

29 INCIDENTES CRÍTICOS

1. **DILEMA DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE ANTICOAGULADO: MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES PROTECTORES.**

González Araujo I., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L.⁵, Ciria de Pablo C.

2. **EMPATÍA Y COMUNICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA: EL CAMINO HACIA LA CONFIANZA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Crespo Oñate A., González Araujo I., Martínez Armas A., Caliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.

3. **"ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA: AJUSTANDO LA ESCALERA ANALGÉSICA EN URGENCIAS"**

Martínez Armas A., Caliz Rodríguez C., Crespo Oñate A., González Araujo I., Llorente de Santiago L.

4. **NAVEGANDO POR LA INCERTIDUMBRE Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA**

Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., González Araujo I., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.

5. **COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. VIGILANCIA Y CUIDADO EN URGENCIAS: REFLEXIONES SOBRE UN CASO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTE ANCIANO**

González Araujo I., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., Casaseca García P.

6. **TRIAJE TELEFÓNICO**

Ferre Sánchez C.

7. **LA POLIFARMACIA NO ES INOCUA**

Ferre Sánchez C., Álvarez De la Torre, E.

8. **NO TODO SON AGUJETAS**

Ferre Sánchez C.

9. **¡PAPÁ, POR QUÉ HABLAS TAN RARO?**

Ferre Sánchez, C.

10. **NOTIFICACIÓN EN EL RELOJ DIGITAL**

Ferre Sánchez C.

11. **BOTÓN PULMONAR**

Rouco Regueira M.I.; Sierra Santos L.; Mei Fernández-Rouco N.; Cuesta Sierra H.; Romero Barzola M.Y.

47 ORIGINAL

1. **ÍNDICE DE TRIGLICÉRIDOS GLUCOSA PARA DETERMINAR LA INSULINIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ESTUDIO RETROSPECTIVO EXPLORATORIO.**

María Tablado M.A.

2. **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.,

3. **PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO**

Ramos del Río L., García Pascual J.N., Quijano Fernández M.A., Álvarez Domínguez C., Gefaell Larrondo I., Calvo García L.

68 CASOS CLÍNICOS

1. **QUERATITIS HERPÉTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

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

2. **SEROMA DE MOREL-LAVALLÉE**

Urraco Nieto L., Caballero Encinar N., Martín Vizcaíno R. y Gutiérrez Mateo M.

3. **EL TABACO TAMBIÉN SE URINA**

Ferre Sánchez C.

4. **PENSAMIENTOS EXPRESADOS DE MANERA CUTÁNEA**
Ferre Sánchez C.
5. **PSEUDOMELENAS: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS Y DE UNA BUENA EXPLORACIÓN**
Retuerto Larumbe S., Fernández Antolín E., Macho Ortiz A., Echavarría Moretó MT., Echarri Larrea E., González de la Fuente I.
6. **DOCTORA, HOY NO HE IDO A BAILE**
Ferre Sánchez C.
7. **ESCOMBROIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CON LESIONES ATÍPICAS**
Gómez Adiego I.J., Gómez Pérez B., Fouz López M.C.
8. **DOCTORA ME MUERDO LA LENGUA**
Rodríguez García-Calvo P., Martín-Fuertes Guío C.M.
9. **PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO**
Díaz Canales, T., García Cabañas, J.
10. **NO TODAS LAS DIARREAS SON IGUALES**
R. Hernando Nieto R., Millán Hernandez E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.

11. **UNA CAUSA DE DESORIENTACIÓN POCO FRECUENTE EN EL PACIENTE DIABÉTICO**
Vallejo Puntero L., Román Pérez F.J., Pérez Guerra E.M.
12. **APENDICITIS EPIPLOICA**
Mateos Fuertes T., Muñoz González F., Miguel Calvo I., Muñoz Sánchez B., Sánchez Rey V., Barahona Fernández A.

98 CAFELITO

SAPOS Y CULEBRAS

Henares García P.

99 LECTURA COMENTADA

Makki H., Llanes de Torres R.

101 CARTA AL DIRECTOR

LA EDAD, ¿UN SIMPLE NÚMERO O ALGO MÁS? REFLEXIONANDO CONTRA EL EDADISMO

Cisneros Javierre A.C.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

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

Nº 2 • VOL 26

JULIO 2024

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

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

Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

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

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

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

Vocalía de Investigación: 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 Cervigon 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

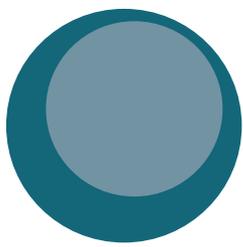
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

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 Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



SUMARIO

5 EDITORIAL

"CITIUS, ALTIUS, FORTIUS. JUNTOS/AS MANTENIENDO LA LLAMA"
Díaz Revilla A.

8 GRUPOS DE TRABAJO

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC. "CITIUS ALTIUS FORTIUS" ACTUALIZACIONES "PLIS-PLAS" GDT DE LA SOMAMFYC.

- 1. PLIS-PLAS GDT DIABETES. Actualización en Diabetes**
María Tablado M.A.
- 2. PLIS-PLAS GDT JUBILADOS. REFLEXIONES EN TORNO A LA PROPUESTA DE JUBILACIÓN ACTIVA**
Moliner C., Muñoz J.C., de la Cámara C.
- 3. PLIS-PLAS GDT DIGESTIVO. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) Y ESÓFAGO DE BARRET (EB)**
Benito Ramos G.

20 ABSTRACTS XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

- 1. ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: SIEMPRE ALIADAS, NUNCA ENEMIGAS**
González Godoy M., Castaño Reguillo A., Viñas Fernández G., Medina Rodríguez J.
- 2. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. DESCIFRANDO LA SÍFILIS A NIVEL DIGESTIVO**
Angulo García C., Vítton Espino A., Beltrán Ledezma R., Almanzar Montero E., Zabala Maneiro A.
- 3. EL VIAJE SORPRENDENTE DEL HIPO AL GRAN CORAZÓN**
Almánzar Montero E., Beltrán Ledezma R., Angulo García C.

27 ROTACIÓN EXTERNA

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN LA ISLA DE LANZAROTE
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Sanz Lozano M., Roviralta Abildúa B.

29 INCIDENTES CRÍTICOS

- 1. DILEMA DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE ANTICOAGULADO: MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES PROTECTORES.**
González Araujo I., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L.⁵, Ciria de Pablo C.
- 2. EMPATÍA Y COMUNICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA: EL CAMINO HACIA LA CONFIANZA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Crespo Oñate A., González Araujo I., Martínez Armas A., Caliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., Casaseca García P.
- 3. "ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA: AJUSTANDO LA ESCALERA ANALGÉSICA EN URGENCIAS"**
Martínez Armas A., Caliz Rodríguez C., Crespo Oñate A., González Araujo I., Llorente de Santiago L.
- 4. NAVEGANDO POR LA INCERTIDUMBRE Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA**
Cáliz Rodríguez C., Llorente de Santiago L., González Araujo I., Crespo Oñate A., Martínez Armas A., Casaseca García P.
- 5. COLABORACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: EXPERIENCIAS DE RESIDENTES Y ESPECIALISTAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. VIGILANCIA Y CUIDADO EN URGENCIAS: REFLEXIONES SOBRE UN CASO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTE ANCIANO**
González Araujo I., Martínez Armas A., Llorente de Santiago L., Crespo Oñate A., Cáliz Rodríguez C., Casaseca García P.
- 6. TRIAJE TELEFÓNICO**
Ferre Sánchez C.
- 7. LA POLIFARMACIA NO ES INOCUA**
Ferre Sánchez C., Álvarez De la Torre, E.
- 8. NO TODO SON AGUJETAS**
Ferre Sánchez C.

9. ¿PAPÁ, POR QUÉ HABLAS TAN RARO?

Ferre Sánchez, C.

10. NOTIFICACIÓN EN EL RELOJ DIGITAL

Ferre Sánchez C.

11. BOTÓN PULMONAR

Rouco Regueira M.I.; Sierra Santos L.; Mei Fernández-Rouco N.; Cuesta Sierra H.; Romero Barzola M.Y.

47 ORIGINAL

- 1. ÍNDICE DE TRIGLICÉRIDOS GLUCOSA PARA DETERMINAR LA INSULINIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ESTUDIO RETROSPECTIVO EXPLORATORIO.**
María Tablado M.A.
- 2. 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.,
- 3. PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO**
Ramos del Río L., García Pascual J.N., Quijano Fernández M.A., Álvarez Domínguez C., Gefaell Larrondo I., Calvo García L.

68 CASOS CLÍNICOS

- 1. QUERATITIS HERPÉTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**
Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P. Gallego Sánchez M.A.
- 2. SEROMA DE MOREL-LAVALLÉE**
Urraco Nieto L., Caballero Encinar N., Martín Vizcaíno R. y Gutiérrez Mateo M.
- 3. EL TABACO TAMBIÉN SE URINA**
Ferre Sánchez C.
- 4. PENSAMIENTOS EXPRESADOS DE MANERA CUTÁNEA**
Ferre Sánchez C.
- 5. PSEUDOMELENAS: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS Y DE UNA BUENA EXPLORACIÓN**
Retuerto Larumbe S., Fernández Antolín E., Macho Ortiz A., Echavarría Moretó MT., Echarri Larrea E., González de la Fuente I.
- 6. DOCTORA, HOY NO HE IDO A BAILE**
Ferre Sánchez C.
- 7. ESCOMBROIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CON LESIONES ATÍPICAS**
Gómez Adiego I.J., Gómez Pérez B., Fouz López M.C.
- 8. DOCTORA ME MUERDO LA LENGUA**
Rodríguez García-Calvo P., Martín-Fuertes Guio C.M.
- 9. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO**
Díaz Canales, T., García Cabañas, J.
- 10. NO TODAS LAS DIARREAS SON IGUALES**
R. Hernando Nieto R., Millán Hernández E., Hurtarte Arroyo S.M., Corella Fructuoso P., Gallego Sánchez M.A.
- 11. UNA CAUSA DE DESORIENTACIÓN POCO FRECUENTE EN EL PACIENTE DIABÉTICO**
Vallejo Puntero L., Román Pérez F.J., Pérez Guerra E.M.
- 12. APENDICITIS EPIPLOICA**
Mateos Fuertes T., Muñoz González F., Miguel Calvo I., Muñoz Sánchez B., Sánchez Rey V., Barahona Fernández A.

98 CAFELITO

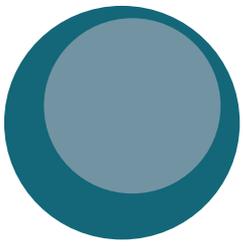
SAPOS Y CULEBRAS
Henares García P.

99 LECTURA COMENTADA

Makki H., Llanes de Torres R.

101 CARTA AL DIRECTOR

LA EDAD, ¿UN SIMPLE NÚMERO O ALGO MÁS? REFLEXIONANDO CONTRA EL EDADISMO
Cisneros Javierre A.C.



“CITIUS, ALTIUS, FORTIUS. JUNTOS/AS MANTENIENDO LA LLAMA”

INTRODUCCIÓN

Como presidenta del XXXI Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC), es un honor para mí compartir en esta revista, las reflexiones y logros de un evento tan significativo.

Bajo el inspirador título **“Citius, Altius, Fortius”** (Más Rápido, Más Alto, Más Fuerte), el 5 de junio de 2024, nos reunimos, en el Ateneo de Madrid, 300 profesionales comprometidos/as con la excelencia en la atención primaria, para abordar los desafíos contemporáneos y explorar nuevas oportunidades.

Un congreso de MFyC se puede enfocar de muchas maneras, nosotros/as quisimos realizarlo desde el **optimismo y el orgullo**, poniendo en valor cómo superamos los retos a los que nos enfrentamos cada día las/los MFyC. Porque somos y hacemos mucho.

En año de olimpiadas tomamos como nuestro el lema de CITIUS llegamos más rápido, ALTIUS miramos más alto, FORTIUS somos fuertes juntos.

El congreso deseamos fuera un momento de contactos y experiencias, donde compartir ciencia, que después nos pueda iluminar y ayudar, eso simbólicamente pasa con el fuego: cuando enciendes una antorcha con la tuya no pierdes tu fuego solo das más luz y calor. Por ello invitamos desde el inicio a todas y todos los asistentes a coger y pasar la antorcha que portábamos los miembros del comité y mantener esa llama. Encendimos así un pebetero que iluminaría el nuestro XXXI Congreso.

RESUMEN DE CONTENIDO

Este congreso ha sido un espacio de intercambio de conocimiento y también de inspiración, un ejemplo fue la Conferencia Inaugural que corrió a cargo de Don Rafael Cofiño, fue una excelente manera de comenzar con fuerza, adaptó para la ocasión su ponencia “Atención Primaria o Barbarie” consiguiendo motivar y transmitir a los y las asistentes la importancia de: *“pasar consulta mirando a la calle”, “el conocimiento colectivo y compartido”, “los aprendizajes”* y que necesitamos *“PODER, PRESTIGIO, PERSONAL*

y PRESUPUESTO”. Aludió a algunos grandes nombres en comunitaria como Juan Luis Ruiz-Gimenez o Marco Marchioni.

Los aplausos durante varios minutos y las caras de los y las presentes al final de su intervención nos hicieron darnos cuenta de que el inicio había sido un acierto.

Además, pretendimos que fuera lugar para la reflexión sobre algunos problemas, desafíos o dudas de nuestra práctica actual. En torno a las 3 palabras de nuestro lema se organizaron las secciones donde las mesas, talleres, el espacio científico y el plis-plas se fueron colocando. Con FORTIUS intentamos ver las fortalezas que podemos desarrollar para atender a la población anciana, en una mesa multidisciplinar; juntos nos hacemos fuertes en los talleres de ecografía, de violencia de género y de forma original atendiendo un mareo, este taller con formato Scape Room tuvo gran aceptación y unas buenas críticas de lo que tomamos nota. Con ALTIUS enfocamos alto: una mesa sobre innovación e inteligencia artificial un tema crucial si queríamos ver el impacto de las nuevas tecnologías; diversos profesionales sanitarios y una ingeniera biomédica fueron ponentes; los talleres de esta sección tenían también altura de miras: afrontaban el aumento de las ITS y queríamos ascender en Atención Comunitaria. Con CITIUS quisimos abordar algunas preguntas que como otras tantas debemos responder en la consulta de forma a veces rápida, en concreto en el tema de digestivo se agrupan muchas de ellas: el SIBO, los probióticos, las intolerancias... La Mesa despertó gran interés, aunque siendo honesta debo decir que el dejarla casi para el final y la extensa exposición de algunas ponentes hizo se nos fuera un poco de tiempo, no obstante, pudo abrirse un debate que era lo que buscábamos. Hablando de rapidez pudimos otro año más asistir a esa iniciativa tan propia de nuestros congresos SoMaMFyC que es el Plis Plas. Decidimos elegir solo 14 exposiciones de sendos Grupos de Trabajo, la mayoría consiguió eficiencia en la transmisión de información, engagement y dinamismo, así como relevancia práctica en los temas elegidos; en general el Plis-Plas es un aditamento positivo para el aprendizaje y actualización de los participantes de manera atractiva, pero es cierto que en mi opinión alguno me pareció que quiso decir mucho en poco tiempo y esa no es su fórmula, para mí menos pero claro, es más.

Quiero destacar una parte muy importante de cualquier congreso como fue el Espacio científico, donde quise estar, por lo trascendente que nos parece, junto con el Dr. Miguel Ángel María Tablado que lo dirigía y ha llevado por su experiencia gran parte del peso de la corrección. Quedaron finalistas 3 trabajos de investigación y 5 poster que realizaron una muy buena exposición oral, no fue fácil la elección de los mismos ni tampoco elegir los premiados y estamos muy satisfechos/as por la calidad de las 115 comunicaciones recibidas.

En un afán por fomentar la participación también se invitó a enviar relatos o fotos, naturalmente que tuvieran una vinculación con la Atención Primaria, esto que puede parecer poco relevante suponía no solo algo más de trabajo de selección sino también establecer otras 2 categorías más de premios, que en un Congreso autofinanciado hacia meditar dicha apuesta.

La clausura debía ser preparada con mimo, para tener un bonito final. Nos dimos cuenta de que además de “Citius, Altius, Fortius, los y las médicas de familia somos LUMINOSUS... y fuimos nombrando alguna de esas cualidades, ¡qué oscuro quedaría nuestro entorno sin la medicina de Familia y sin la AP! en pie apagamos los asistentes el pebetero, la llama del congreso ha prendido en todas y todos y la mantendremos encendida.

IMPACTO Y RELEVANCIA

En cuanto al impacto y relevancia del Congreso, en mi opinión no solo destacó por su contenido académico, sino también por su énfasis en la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos. El programa abarcaba desde la atención a la población anciana, buscando la equidad, hasta la preocupación por el aumento de las infecciones de transmisión sexual ó como detectar la violencia de genero. Se promocionó lo comunitario, sin olvidar dar una atención personal.

Se puso énfasis en las nuevas tecnologías y cómo algunas herramientas ya están transformando la práctica médica, ejemplo la ecografía, y lo necesario de dar enfoque preventivo.

Además, la participación de diferentes expertos/as no sólo del ámbito sanitario, subrayó la importancia del intercambio global de conocimientos.

La colaboración interdisciplinaria fue otro tema central del evento, las exposiciones sobre cómo los y las médicos de familia deben trabajar estrechamente con otros profesionales de salud subrayaron la necesidad de un enfoque holístico en el cuidado del paciente

que mejorará los resultados y optimizará los recursos, fortaleciendo la Atención Primaria.

Por último, me parece importante resaltar, tratándose de un Congreso de una Sociedad científica, el volumen de comunicaciones recibidas, la calidad de las mismas, así como el afán docente que busca detectar problemas para ir más allá, buscando entre todas y todos soluciones eficaces e innovadoras y se comparte el entusiasmo por mejorar cada día, alineándose perfectamente con el espíritu de “Citius, Altius, Fortius”.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De este congreso, emergen desde mi punto de vista varias recomendaciones y/o conclusiones claves:

- Es fundamental intensificar **la sensibilización** por nuestra perspectiva comunitaria, no se hace medicina sólo desde la consulta.
- La **formación continua, la actualización**, es imprescindible y también en competencias digitales para los profesionales de la salud. Es nuestra responsabilidad estar formados y asegurarnos de que el avance tecnológico se traduzca en beneficios tangibles para todas y todos los pacientes sin dejar a nadie atrás.
- Debemos **promover políticas** que aseguren un acceso equitativo de la población a la salud
- **La colaboración interdisciplinaria y el intercambio continuo de experiencias son** esenciales para enfrentar los desafíos del futuro y mejorar los resultados de salud en nuestras comunidades. Los Congresos como este lo facilitan.

En este congreso, **reafirmamos nuestro compromiso con una atención integral y personalizada**, adaptándonos a los tiempos modernos sin olvidar nunca la importancia del contacto humano y la empatía en la práctica médica. Muy al estilo John W. Saultz

En conclusión, el Congreso SoMaMFyC 2024 creo que cumplió con las expectativas, que nos planteamos y muchas las superó a la vista de las satisfactorias evaluaciones de los asistentes, ofreció una plataforma vibrante y enriquecedora para la actualización y el intercambio de conocimientos, además promoviendo las relaciones, en un lugar tan emblemático como el Ateneo de Madrid. Intentando que, en la medida de lo posible, las diferentes inquietudes de los Grupos de Trabajo de la familia SoMaMFyC tuvieran visibilidad, con un Comité Organizador igualitario e intergeneracional y además preocupados por la sostenibilidad.

Hemos tomado nota de aquellos aspectos a mejorar, nos servirán no solo a nosotros/as, sino que estamos a disposición del próximo Comité para ayudar, tras esta experiencia, si nos necesitan.

AGRADECIMIENTOS Y CIERRE

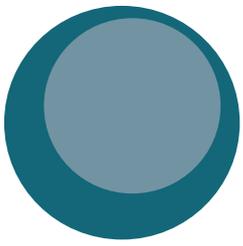
Como cierre quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas y todos los que hicieron posible este congreso. Al Comité organizador y Científico que a pesar del trabajo y dedicación que esto suponía lo hicieron fácil con su actitud, al presidente de SoMaM-FyC Alberto Cotillas Rodero, al Grupo de Investigación, a la Vocalía de Residentes y JMF, por supuesto a nuestras secretarías.

Gracias a los ponentes, por compartir su conocimiento y experiencia; y a los participantes, por su entusiasmo y compromiso con la medicina de familia.

El XXXI Congreso SoMaMFyC ha sido una celebración del espíritu de superación y excelencia que define nuestra especialidad. "Citius, Altius, Fortius" no solo es un lema, sino una aspiración que guía nuestro trabajo diario. Sigamos adelante, más rápidos, más altos y más fuertes, todos y todas juntos, manteniendo la llama y asegurando que cada paciente reciba el mejor cuidado posible.

Gracias por su dedicación y por ser parte de esta comunidad excepcional.

Alicia Díaz Revilla
Presidenta del XXXI Congreso SoMaMFyC



GRUPOS DE TRABAJO

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

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

ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

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

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

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

1. PLIS PLAS GdT DIABETES PLIS-PLAS ACTUALIZACIÓN EN DIABETES

■ María Tablado M.A.

EPIDEMIOLOGIA

Presentamos dos estudios el primero “Incident type 2 attributable to suboptimal diet in 184 countries” que desarrolla la incidencia de diabetes tipo 2 entre adultos que es atribuible a los efectos directos (mediado por el peso corporal) de 11 factores dietéticos diferentes (ingesta de frutas insuficiente, vegetales con almidón, yogur, patatas, carnes rojas, bebidas azucaradas, zumos de fruta, cereales integrales, arroz refinado, trigo refinado) en 184 países, comparándose los datos de 1990 y los de 2018 y publicados este año¹. Se estimó en los análisis de 2018 que la ingesta subóptima de estos factores era responsable de 14,1 millones de nuevos casos de diabetes tipo (70% del total de las nuevas diabetes incidentes). La ingesta insuficiente de cereales integrales, la excesiva de arroz refinado, la de trigo refinado y la ingesta de carne procesada destacaron sobre los demás. Europa central, Europa oriental, Asia Central y América Latina repercutieron un aumento. Estos factores fueron mayores en los varones e inversamente proporcionales a la edad. Fue mayor la incidencia en las áreas urbanas. En comparación con los datos de 1990 sólo aumento 2,6 puntos. Estos hallazgos nos inclinan a que los países deben ponerse las pilas respecto a las prioridades nutricionales y la salud pública respecto a la dieta.

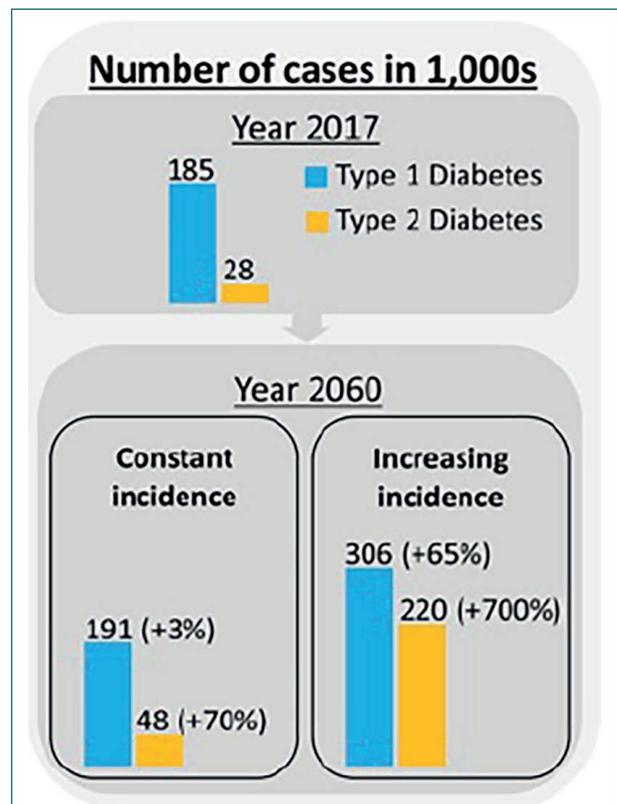


Figura 1. Explicativa del texto publicado en Diabetes Care

El segundo estudio publicado en Diabetes Care en 2023 proyectaba la prevalencia y la incidencia de Diabetes tipo 1 y tipo 2 teniendo en cuenta las disparidades raciales y étnicas en EE. UU. hasta 2060². Basándose en un modelo matemático basado en el estudio SRARCH for Diabetes in Youth para el periodo 2002-2017 se proyectó la prevalencia futura de diabetes tipo 1 y tipo 2 en menores de 20 años, y consideró diferentes escenarios y tendencias. Si la incidencia se mantiene constante a 2060 habría un aumento de 3% en diabetes 1 y 69% en la diabetes tipo 2. Pero en el peor de los escenarios (jóvenes negros no hispanos) la tendencia podía llevarnos a un aumento de incidencia de diabetes 1 de 65% y 673% en el tipo 2. Es clave políticas de salud pública como en el artículo anterior para frenar o revertir esta tendencia sobre todo en grupos más desfavorecidos.

FACTORES DE RIESGO

Comentamos este artículo aparecido en The Lancet sobre la evolución de una cohorte a 50 años de mujeres que tuvieron un sobrepeso durante alguna de sus gestaciones, comparando los distintos subgrupos en datos de mortalidad por todas las causas y mortalidad² cardiovascular y/o Diabetes³. La hipótesis del análisis pivota en que el aumento de eso durante el embarazo se asocia con mayor peso posterior, y que esta circunstancia aumentaba la mortalidad a muy largo plazo. Se siguieron 46.042 pacientes una media de 52 años, habiendo fallecido el 38,9%. Para las mujeres con IMC <18,5 kg/m² al inicio del embarazo y desarrollaron sobre peso su mortalidad fue superior por causa cardiovascular. Las que tenían IMC entre 18,5 y 24 kg/m² el aumento de peso se asoció con mayor mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular. Para las mujeres con IMC >25-30 kg/m² aumentaron la mortalidad por todas las causas y la mortalidad por diabetes. En las mujeres IMC >30 kg/m² no hubo

cambios y en las mujeres que no tuvieron aumento de peso la mortalidad por diabetes fue menor. Alcanzar un aumento de peso en la gestación razonable implica una memoria metabólica a tener en cuenta a medio y largo plazo independientemente de la diabetes gestacional.

NOVEDADES GUÍAS KDIGO 24

La publicación de las guías KDIGO 2024 recogieron todas las novedades terapéuticas que eran conocidas sobre todo en el uso de los fármacos del grupo de los iSGLT2 y los últimos estudios publicados en población con enfermedad renal crónica (con o sin albuminuria) y/o diabetes⁴. Destacamos como novedades:

- Uso de iSGLT2 en pacientes con DM2, ERC y FG ≥ 20 ml/min con un nivel de evidencia 1A, manteniendo el tratamiento incluso cuando el FG caiga por debajo de 20ml/min, salvo que no se tolere o hasta inicio de Terapia sustitutiva renal.
- Uso de iSGLT2 en pacientes con ERC en pacientes con FG ≥ 20 ml/min y Cociente Albumina Creatinina una micción ≥ 200 mg/g o con insuficiencia cardíaca independientemente del nivel de Cociente Albumina Creatinina con un nivel de evidencia 1A.
- Uso de iSGLT2 en pacientes con FG entre 20 y 45ml/min con Cociente Albumina Creatinina una micción < 200mg/g, con un nivel de evidencia 2B, principalmente gracias a la evidencia aportada por el EMPA-KIDNEY.

Novedades ESH 2023

La publicación de la guía ESH/ ESC europea sobre el manejo de Hipertensión aporta pocas novedades en el caso de la Diabetes, aquí destacamos las recomendaciones clave de la guía por su grado de evidencia (AGREE)⁵.

Tabla 1. Niveles de evidencia de las recomendaciones ESH 2023

La tensión arterial debe ser controlada exhaustivamente en todos los pacientes con Diabetes sobre todo en aquellos con lesión en órgano diana y eventos cardiovasculares establecidos	I	A
Ante la duda utilizar AMPA o MAPA Los pacientes con diabetes son más propensos a HTA nocturna o No dipping	I	B
Todos los pacientes con hipertensión y diabetes deben recibir medicación lo antes posible para minimizar las complicaciones micro y macro vasculares	I	A
El diagnóstico de HTA se realiza con cifras Sistólicas > 140 mmHg y/o diastólicas > 90 mmHg	I	A
Los pacientes con diabetes deben recibir tratamiento para conseguir un nivel óptimo <130/80 mmHg	I	A
Los pacientes con patología cardíaca o insuficiencia renal deben tener tratamiento con iSGLT2	I	A
En pacientes con albuminuria finerenona es un tratamiento a tener en cuenta	I	A

NOVEDADES ESC 2023

En 2023 se publicaron las guías ESC para el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes, y de ellas extraemos⁶:

- Las guías ESC 2023 recomiendan que en todo paciente con Evento Cardio Vascular (ECV) que incluye la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca se debe hacer el cribado de diabetes.
- En todo paciente con Diabetes Mellitus debe descartarse la ECV o la enfermedad renal crónica (ERC).
- Los pacientes DM sin ECV ni lesión de órganos diana (LOD) de carácter grave, se deben valorar según SCORE2-Diabetes.
- Las categorías de riesgo CV en la DM tipo 2 se definen ahora en función de la existencia de ECV o de una LOD grave o según el riesgo de ECV a 10 años según la escala SCORE2-Diabetes.
- Se recomienda aplicar un control glucémico estricto (HbA1c <7%).
- Recomendaciones para el tratamiento farmacológico en función del perfil del paciente:
- iSGLT2 y arGLP-1 con recomendación específica para los pacientes con ECV o sin ECV, pero con una LOD grave.
- Se recomiendan los iSGLT2 para el tratamiento de la IC en pacientes con diabetes en todo el espectro de valores de la fracción de eyección ventricular izquierda.
- Se recomiendan los iSGLT2 y la finerenona para los pacientes con ERC.

Very high CV risk	Patients with T2DM with: <ul style="list-style-type: none"> • Clinically established ASCVD or • Severe TOD or • 10-year CVD risk \geq20% using SCORE2-Diabetes
High CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"> • 10-year CVD risk 10 to <20% using SCORE2-Diabetes
Moderate CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"> • 10-year CVD risk 5 to <10% using SCORE2-Diabetes
Low CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none"> • 10-year CVD risk <5% using SCORE2-Diabetes

Figura 2. Niveles de riesgo ESC para pacientes con Diabetes

FRAGILIDAD Y DM

Un tema muy interesante es el papel de las tecnologías aplicadas a la Diabetes en los pacientes con fragilidad. Recogemos un estudio donde se pretende minimizar los riesgos de hipoglucemia y cetoacidosis diabética en pacientes mayores de 65 años utilizando un sistema de monitorización continua de glucosa financiado para pacientes con diabetes y múltiples dosis diarias de insulina o bomba de insulina⁷. Se identificaron 38.312 personas con Diabetes tipo 2 >65 años en terapia con insulina y medidor continuo de glucosa. Se utilizó al paciente como comparador pasando de una hospitalización del 1.6% al 1.05% a los 12 meses y 0.96% a los 24 meses de uso de la medición continua a expensas de menos ingresos por cetoacidosis y menos ingresos por hipoglucemias.

En esta misma línea encontramos esta revisión en Diabetes Care donde nos propone una integración de tecnologías como monitores continuos de glucosa, bombas de insulina y bolígrafos inteligentes en el control de la diabetes de las personas frágiles⁸. Pues tienen el potencial de apoyar la transformación de los servicios de atención médica que brindan una mayor calidad de atención de la diabetes, menores costos y cargas administrativas, y un mayor empoderamiento de las personas con diabetes y sus cuidadores. Las aplicaciones son modestas y precisan nuevos estudios.

REMISIÓN DIABETES

Presentamos este estudio publicado en 2024 en Diabetologia sobre uno de los temas más controvertidos y de difícil solución en el momento actual en diabetes y metabolismo como es la remisión de la diabetes o prediabetes⁹. El estudio se lanza con la premisa que, con una pérdida de peso intencional sustancial, casi nueve de cada diez personas con diabetes tipo 2 pueden reducir su nivel de HbA1c por debajo del criterio de diagnóstico 6,5% (remisión). Sin embargo, pese a que los fármacos arGLP1 y duales son muy eficaces para perder peso y mejorar la glucemia muchas personas no quieren tomar o ponerse estos medicamentos indefinidamente, sobre todo por su coste. Bioquímicamente todas las intervenciones que logran una pérdida de peso sostenida de >10 a 15 kg mejoran la HbA1c, lo que potencialmente resulta en una remisión si se puede preservar o restaurar suficiente capacidad de las células beta. Según la evidencia actual, se debe proporcionar un control de peso eficaz a todas las personas con diabetes tipo 2 desde la prediabetes o recién diagnóstico pensando en una posible remisión. Pero aún se necesitan más pruebas para saber si la remisión retrasa o hace que no aparezcan las complicaciones vasculares asocia-

das. El mayor desafío para la investigación es mejorar el mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo, definiendo enfoques rentables adaptados a las preferencias y necesidades de las personas que viven con diabetes tipo 2.

NUEVOS FÁRMACOS EN MUP

Wegovy©(semaglutida)¹⁰

Indicaciones terapéuticas (ficha técnica): Complemento a una dieta baja en calorías y a un aumento de la actividad física para el control de peso, incluida la pérdida y el mantenimiento del peso, en adultos con un Índice de Masa Corporal (IMC) de ≥ 30 kg/m² (obesidad), o ≥ 27 kg/m² a < 30 kg/m² (sobrepeso) en presencia de al menos una comorbilidad relacionada con el peso (prediabetes o diabetes mellitus de tipo 2, hipertensión, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño o enfermedad cardiovascular).

Escalado de dosis: Semana 1 a 4 0,25mg/ s.c. semanal, Semana 5 a 8 0,5mg/ s.c. semanal, Semana 9 a 12 1 mg/ s.c. semanal, Semana 13 a 18 1,7 mg/ s.c. semanal. Dosis de mantenimiento 2,4mg/ s.c. semanal-Kerendia©(finerenona)¹¹

Indicaciones terapéuticas (ficha técnica): Tratamiento de la enfermedad renal crónica (con albuminuria) asociada a diabetes 2. Si el potasio es > 5 mg/dL no se debe iniciar tratamiento.

Si TFGe > 60 ml/min/1,73 m² 20 mg/día. Si TFGe 25 - 60 ml/min/1,73 m² 10 mg/día. Si TFGe < 25 ml/min/1,73 m² no iniciar.

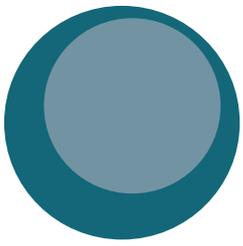
ESTUDIO FLOW

Estudio recientemente publicado y basado en el supuesto que los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica tienen muchas posibilidades de progresar a enfermedad renal terminal, evento cardiovascular y mayor mortalidad y que semaglutida había sido eficaz en eventos cardiovasculares incluidos pacientes con enfermedad renal crónica. Se asignaron pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica a tratamiento con semaglutida 1mg/semanal s.c. respecto a placebo¹². Participaron 3.533 pacientes una media de 3.4 años suspendiéndose el estudio por mejoría de los pacientes. El riesgo de un evento del resultado primario (eventos de enfermedad renal grave, una combinación de la aparición de insuficiencia renal (diálisis, trasplante o una TFGe de < 15 ml/min/1,73 m², una reducción de al menos el 50% en la TFGe con respecto al valor inicial) fue 24% menor en el grupo tratamiento, siendo también estadísticamente significativa la reducción de mortalidad por causas cardiovasculares. También se demostró una disminución menor de la progresión de la ERC. Siendo el número de eventos adversos graves similar a placebo. Concluimos que redujo los resultados renal y muerte por causa vascular de forma estadísticamente significativa con lo que se coloca en el mismo lugar que los iSGLT2 en los pacientes con ERC y Diabetes tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

- O'Hearn M, Lara-Castor L, Cudhea F, Miller V, Reedy J, Shi P, Zhang J, Wong JB, Economos CD, Micha R, Mozaffarian D; Global Dietary Database. Incident type 2 diabetes attributable to suboptimal diet in 184 countries. *Nat Med.* 2023 Apr; 29(4):982-995 <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02278-8>
- Tönnies T, Brinks R, Isom S, Dabelea D, Divers J, Mayer-Davis EJ, Lawrence JM, Pihoker C, Dolan L, Liese AD, Saydah SH, D'Agostino RB, Hoyer A, Imperatore G. Projections of Type 1 and Type 2 Diabetes Burden in the U.S. Population Aged < 20 Years Through 2060: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes Care.* 2023 Feb 1; 46(2):313-320. <https://doi.org/10.2337/dc22-0945>
- Hinkle SN, Mumford SL, Grantz KL, Mendola P, Mills JL, Yeung EH, Pollack AZ, Grandi SM, Sundaram R, Qiao Y, Schisterman EF, Zhang C. Gestational weight change in a diverse pregnancy cohort and mortality over 50 years: a prospective observational cohort study. *Lancet.* 2023 Nov 18;402(10415):1857-1865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01517-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01517-9)
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr; 105(4S):S117-S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, Tsioufis K, Agabiti-Rosei E, Algharably EAE, Azizi M, Benetos A, Borghi C. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Epub 2023 Sep 26. Erratum in: *J Hypertens.* 2024 Jan 1; 42(1):194. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>
- Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, Christodorescu RM, Crawford C, Di Angelantonio E, Eliasson B, Espinola-Klein C, Fauchier L, Halle M, Herrington WG, Kautzky-Willer A, Lambrinou E, Lesiak M, Lettino M, McGuire DK, Mullens W, Rocca B, Sattar N; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J.* 2023 Oct 14; 44(39):4043-4140. doi: 10.1093/eurheartj/ehad192. Erratum in: *Eur Heart J.* 2023 Dec 21; 44(48):5060. Erratum in: *Eur Heart J.* 2024 Feb 16; 45(7):518. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>

7. Guerci B, Levrat-Guillen F, Vicaut E, De Pouvourville G, Detournay B, Emery C, Riveline JP. Reduced Acute Diabetes Events After FreeStyle Libre System Initiation in People 65 Years or Older with Type 2 Diabetes on Intensive Insulin Therapy in France. *Diabetes Technol Ther.* 2023 Jun; 25(6):384-394. <https://doi.org/10.1089/dia.2023.0034>
8. Huang ES, Sinclair A, Conlin PR, Cukierman-Yaffe T, Hirsch IB, Huisingh-Scheetz M, Kahkoska AR, Laffel L, Lee AK, Lee S, Lipska K, Meneilly G, Pandya N, Peek ME, Peters A, Pratley RE, Sherifali D, Toschi E, Umpierrez G, Weinstock RS, Munshi M. The Growing Role of Technology in the Care of Older Adults With Diabetes. *Diabetes Care.* 2023 Aug 1; 46(8):1455-1463. <https://doi.org/10.2337/dci23-0021>
9. Rothberg A, Lean M, Laferrère B. Remission of type 2 diabetes: always more questions, but enough answers for action. *Diabetologia.* 2024 Apr; 67(4):602-610. <https://doi.org/10.1007/s00125-023-06069-1>
10. Ficha técnica Wegovy: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211608006/FT_1211608006.html
11. Ficha técnica Kerendia: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211616002/FT_1211616002.html
12. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, Baeres FMM, Idorn T, Bosch-Traberg H, Lausvig NL, Pratley R; FLOW Trial Committees and Investigators. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2024 May 24 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2403347#:~:text=10.1056/NEJMoa2403347>



GRUPOS DE TRABAJO

2. PLIS-PLAS GDT JUBILADOS. REFLEXIONES EN TORNO A LA PROPUESTA DE JUBILACIÓN ACTIVA

■ Moliner C., Muñoz J.C., de la Cámara C.
GdT Jubilados de la SoMaMFyC

La opción denominada Jubilación Activa es una iniciativa del Gobierno de España, aprobada por Real Decreto-ley 20/2022 (1), con el objetivo de paliar el déficit de Médicos de Familia y Comunitaria (MFyC) y de Pediatras en Atención Primaria.

La Jubilación Activa supone una medida incentivadora para intentar retener a estos profesionales, en el contexto de un creciente número de próximas jubilaciones. Permite mantener la actividad al 100% o al 50%, con la retribución correspondiente y sumando, además, un 75% de la cuantía de la pensión.

No se puede acceder a la Jubilación Activa antes de cumplir los 65 años.

Los trámites para la gestión precisan que la Unidad de “Situaciones Administrativas” de la Dirección de Recursos Humanos del SERMAS, autorice la permanencia en servicio activo, y se emita una resolución de la Dirección de Recursos Humanos, que deberá adjuntarse a la solicitud de la jubilación. En el caso de que el profesional se encuentre en prórroga, y antes de acabe dicho periodo, también se puede tramitar la Jubilación Activa.

Se puede solicitar continuar en la misma plaza, siempre que sea a jornada completa. En el caso de que se opte a una jornada parcial (50%), la Dirección valorará la repercusión asistencial, pudiendo ofrecer al solicitante otras plazas alternativas.

El Real Decreto-ley 20/2022 establece el mes de diciembre del 2025 como periodo máximo para la Jubilación Activa, ya que es considerada como una situación excepcional del INSS. Actualmente se desconoce, si se prolongará o no. En principio, se puede

renovar hasta cumplir los 70 años, y se puede suspender si lo desea el profesional.

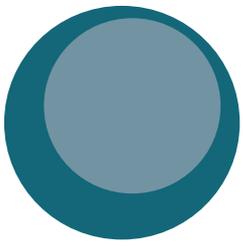
Es conveniente ver el impacto previsible en la Declaración de Renta, dada la cuantía del sueldo y el hecho de coexistir dos sueldos de distintas entidades (INSS y SERMAS).

En el Grupo de Jubilados de la SoMaMFyC, teniendo en cuenta que el objetivo es paliar el déficit de profesionales, hemos realizado una valoración de esta medida, que reflejamos a continuación:

1. La Jubilación Activa debe acompañarse necesariamente de medidas para atraer y fidelizar a los jóvenes MFyC, afianzando unas condiciones dignas de trabajo y garantizando la sostenibilidad de la Atención Primaria a corto y largo plazo.
2. Debe basarse en una planificación que promueva las condiciones que aseguren la longitudinalidad en la atención a la población, de acuerdo con las condiciones concretas de los Equipos donde se incorporen estos profesionales.
3. Las tareas principales han de ser asistenciales, aunque se puedan compatibilizar con apoyo a la organización del Equipo: docencia, investigación, salud comunitaria, etc.
4. Por último, es necesario una información proactiva desde la Gerencia de Atención Primaria hacia los profesionales potencialmente interesados, que permitan desarrollar de forma participativa esta estrategia, y buscar alternativas flexibles que aseguren el objetivo de la propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD-L 20/2022 de 27 de diciembre de 2022. BOE-A-2022-22685. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2022/12/27/20>



GRUPOS DE TRABAJO

3. PLIS-PLAS GdT DE DIGESTIVO ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) Y ESÓFAGO DE BARRET (EB)

■ Benito Ramos G.
Médica de familia en centro de salud José María Llanos.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las enfermedades más comunes en atención primaria. En los últimos años, se han producido avances sobre todo en el tratamiento quirúrgico y endoscópico de la ERGE. La ACG (American College of Gastroenterology) actualizó en 2022 las recomendaciones en una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación y el manejo de la ERGE, incluido el tratamiento farmacológico, de estilo de vida, quirúrgico y endoscópico. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) siguen siendo el tratamiento médico de elección para la ERGE a pesar de que últimamente han generado preocupación sus problemas de seguridad a largo plazo¹.

También ACG elaboró en 2022 una GPC sobre esófago de Barret (EB) que hace recomendaciones sobre la definición, screening de EB y adenocarcinoma, vigilancia del EB, tratamiento médico y endoscópico. Las principales actualizaciones se producen al liberalizar los intervalos de vigilancia para el EB corto y aumentar los criterios para la terapia endoscópica de EB².

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEFINICIÓN

La ERGE es la condición por la que el reflujo del contenido gástrico al esófago produce síntomas y/o complicaciones. Objetivamente, se define por la pre-

sencia de daño en la mucosa visto por endoscopia y/o una exposición ácida anómala en un estudio de monitorización de reflujo. Los síntomas típicos son ardor y regurgitación, los síntomas atípicos son pulmonares o laríngeos como ronquera, carraspeo, tos crónica, laringitis, faringitis, fibrosis pulmonar y asma.

DIAGNÓSTICO

No existe una prueba gold standard para el diagnóstico de ERGE. La mayor parte de los consensos y GPC abogan por un ensayo terapéutico con IBP en pacientes con síntomas típicos como test diagnóstico (S 78%, E 54%).

La endoscopia digestiva alta (EDA) está indicada cuando están presentes síntomas de alarma (disfagia, pérdida de peso, sangrado, vómitos, anemia) puesto que, en pacientes con síntomas típicos, lo más común es una mucosa normal. La presencia en la EDA de EE (esofagitis erosiva) grado C o D de LA (clasificación de Los Ángeles) o, de esófago de Barret, son diagnósticos de ERGE. Además, en la esofagitis grado C y D se recomienda una EDA después del tratamiento con IBP para asegurar la curación y descartar un esófago de Barret que puede ser difícil de detectar cuando hay una esofagitis severa. Los IBP deben ser interrumpidos 2-4 semanas antes de la EDA.

La monitorización ambulatoria del reflujo (pH o impedancia-pH) permite evaluar la exposición ácida esofágica y correlacionar los síntomas con los episodios de reflujo.

TRATAMIENTO

Tabla 1. Recomendaciones de evidencia alta/moderada y recomendación fuerte en el tratamiento de ERGE. ACG 2022 (Tabla de elaboración propia)

Se recomienda perder peso en pacientes con sobrepeso y obesidad para mejorar los síntomas
Se recomienda el tratamiento con IBP sobre los antagonistas H2 para la curación de la esofagitis.
Se recomienda el tratamiento con IBP sobre los antagonistas H2 para mantenimiento tras la cicatrización de la EE
Se recomienda la administración de IBP 30-60 minutos antes de las comidas mejor que antes de acostarse para el control de síntomas de ERGE.
Se recomienda mantener tratamiento con IBP indefinidamente, o, cirugía antirreflujo en pacientes con esofagitis grado C o D de LA.
No se recomienda blacofeno en la ausencia de evidencia objetivable de ERGE.

IBP: Inhibidores de la bomba de protones. LA: Clasificación de Los Ángeles.

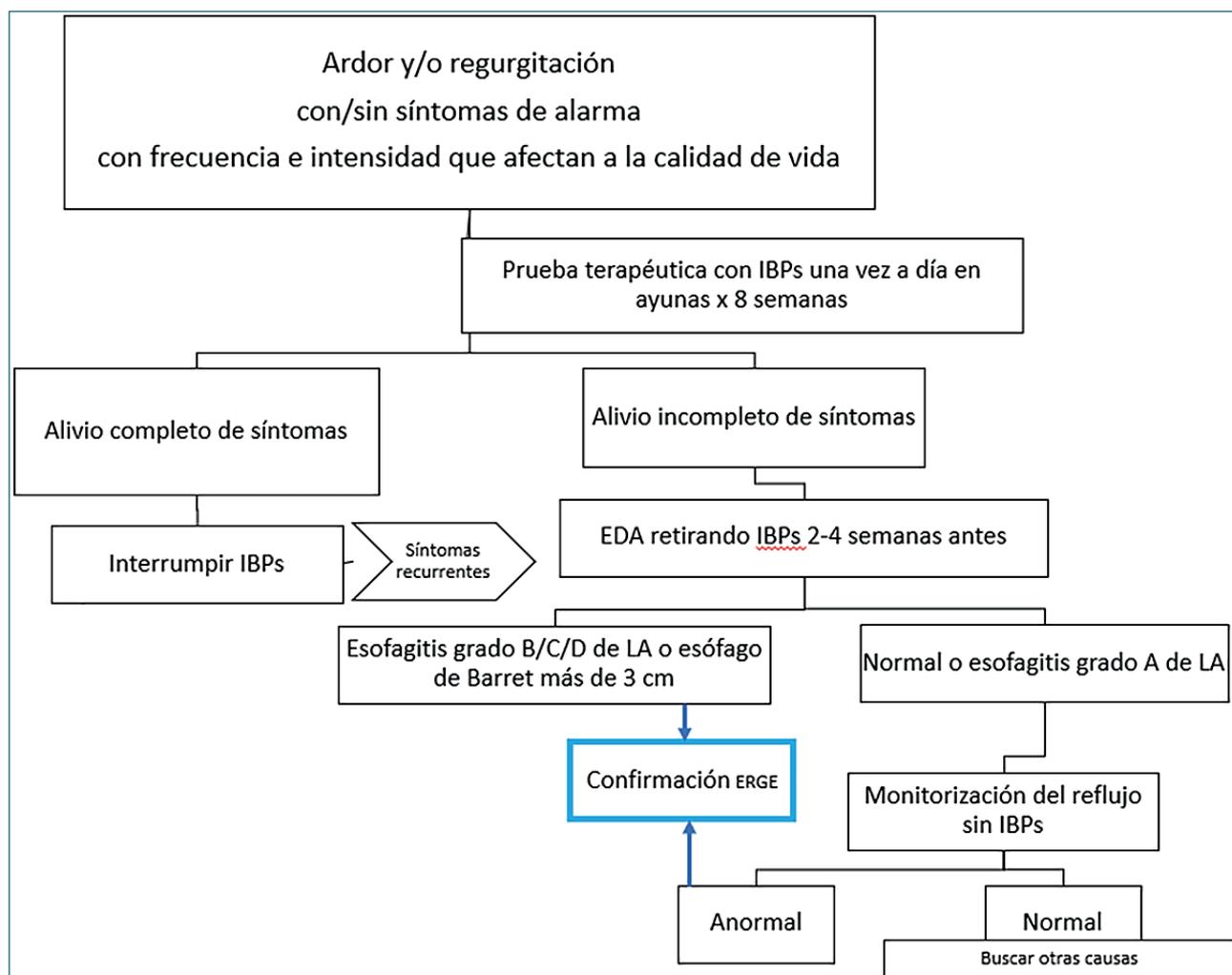


Gráfico 1. Manejo de la ERGE con síntomas típicos (de elaboración propia)

IBP: Inhibidores de la bomba de protones. EDA: Endoscopia digestiva alta. LA: Clasificación de Los Ángeles. ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

ERGE CON SÍNTOMAS EXTRAESOFÁGICOS

Los pacientes con manifestaciones extraesofágicas sin síntomas típicos se deben someter a pruebas de reflujo antes de la terapia con IBP. Cuando se acompaña de síntomas típicos puede hacerse un ensayo terapéutico a dosis doble de IBP durante 12 semanas.

ERGE REFRACTARIA

La definición de ERGE refractaria implica la persistencia de síntomas que afectan a la calidad de vida a pesar del tratamiento a dosis doble de IBP durante 8 semanas. Afecta a un 40% de los pacientes.

Tras asegurar buen cumplimiento terapéutico, el primer paso sería realizar una endoscopia para identificar la presencia de esofagitis u otras causas como esofagitis eosinofílica. Si no hay hallazgos en la endoscopia, es obligatorio documentar la presencia de reflujo mediante pruebas de monitorización.

Tabla 2. Posibles mecanismos que subyacen a una ERGE refractaria a IBP
(de elaboración propia)

A pesar de IBP, persiste el reflujo ácido anómalo sintomático.
Hipersensibilidad al reflujo. Los IBP normalizan la exposición ácida esofágica pero los episodios de reflujo, ácido o no ácido siguen provocando síntomas.
Los síntomas no se deben a la ERGE, se deben a otros desórdenes esofágicos, por ejemplo, acalasia o esofagitis eosinofílica.
Los síntomas no se deben a la ERGE, se deben a otros desórdenes extraesofágicos, por ejemplo, gastroparesias, rumiación o enfermedad cardíaca.
Los síntomas son funcionales, no se identifica ERGE ni otras alteraciones histopatológicas, estructurales o de motilidad.

CIRUGÍA EN LA ERGE

Antes de la cirugía antirreflujo o de la terapia endoscópica, se recomienda manometría de alta resolución para descartar acalasia.

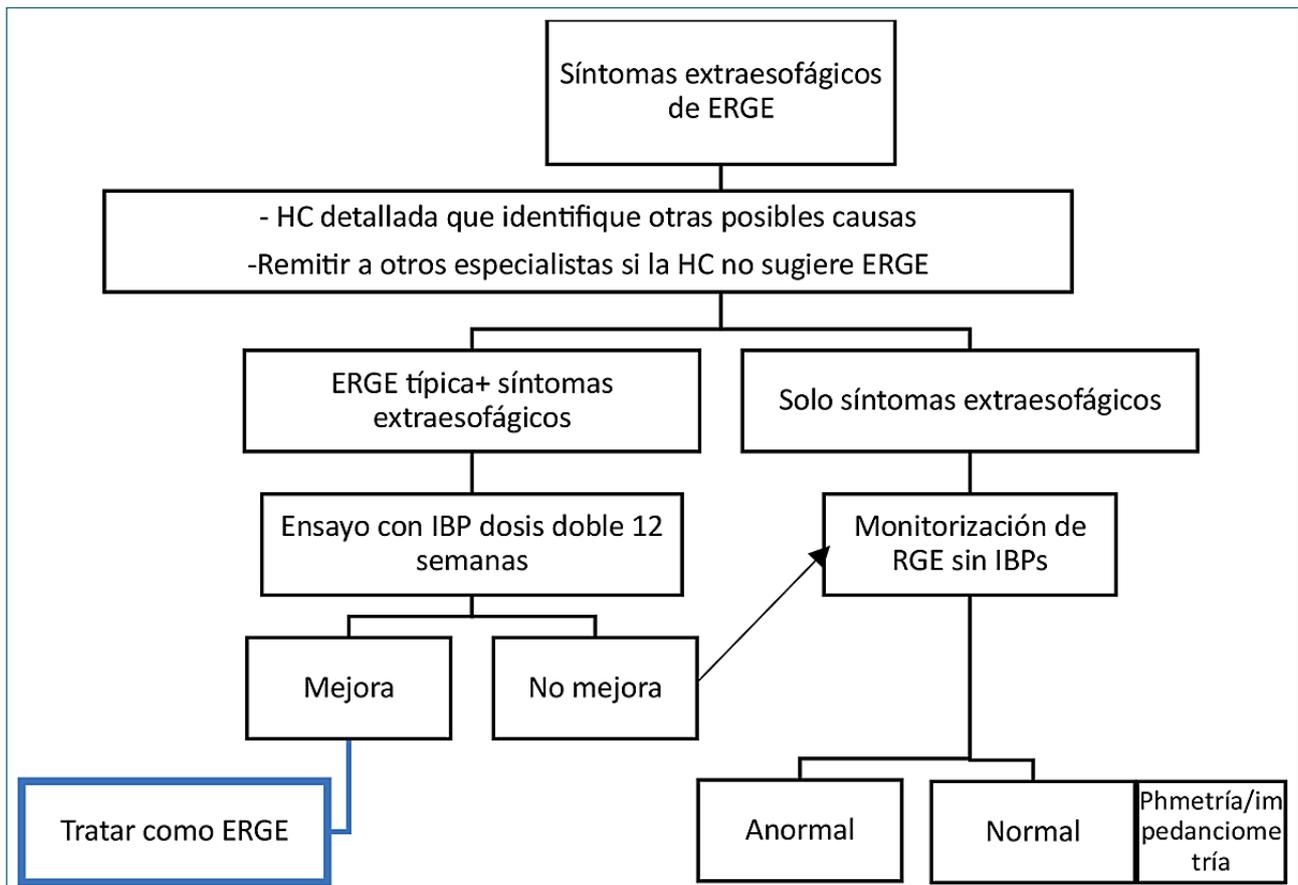


Gráfico 2. Manejo de la ERGE con síntomas extraesofágicos (de elaboración propia)

HC: Historia clínica. ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico. IBP: Inhibidores de la bomba de protones.

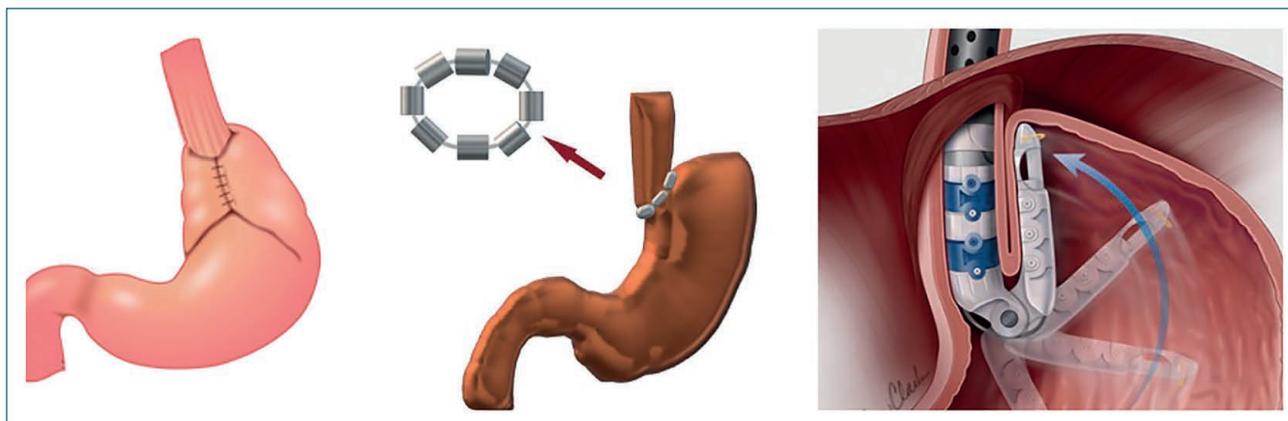


Imagen 1. Funduplicatura. Imagen 2. MSA. Imagen 3. TIF

La cirugía antirreflujo (funduplicatura) puede beneficiar a pacientes con evidencia objetiva de ERGE, sobre todo los que tienen esofagitis por reflujo grave (C o D), hernias de hiato grandes o síntomas persistentes.

El sistema de aumento del esfínter magnético (MSA) es una alternativa a la funduplicatura laparoscópica para pacientes con regurgitación a pesar del tratamiento médico. La RYGB (bypass gástrico en Y de Roux) es una opción en la ERGE en pacientes obesos que acepten los riesgos y modificaciones requeridas en su estilo de vida. Se puede considerar TIF (Transoral Incisionless Funduplication, en castellano, funduplicatura transoral sin incisiones) en pacientes con regurgitación o pirosis que no desean cirugía antirreflujo y que no tengan una esofagitis severa grado C o D de LA o hernia de hiato mayor de 2 cm.

Hay muy pocos estudios de calidad que encuentren beneficios a tratamientos invasivos en los síntomas extraesofágicos.

ESÓFAGO DE BARRET

DEFINICIÓN

El esófago de Barret es una enfermedad que aparece en el 5-12% de los pacientes con ERGE crónica. Consiste en un cambio metaplásico en el esófago distal donde el epitelio escamoso se reemplaza por epitelio columnar con células calciformes, lesión precursora de adenocarcinoma de esófago, un cáncer en aumento.

SCREENING, DIAGNÓSTICO Y VIGILANCIA DEL ESÓFAGO DE BARRET

Pacientes con síntomas crónicos de ERGE (síntomas semanales más de 5 años)
+
≥3 FR para EB
Varón, >50 años, raza blanca, tabaquismo, obesidad, FPG con EB o AC

FR: Factores de riesgo. FPG: Familiar de primer grado. EB: Esófago de Barret. AC: adenocarcinoma.

La GPC ACG de 2022 sugiere hacer un único screening con endoscopia en:

Además, en la esofagitis grado C y D, se recomienda una EDA después del tratamiento con IBP 8-12 semanas para asegurarse la curación y descartar un esófago de Barret que puede ser difícil de detectar cuando hay una esofagitis severa.

La cápsula ingerida combinada con biomarcadores es una alternativa a la endoscopia para el screening de EB de evidencia muy baja.

Se establecen unos intervalos de vigilancia endoscópica según el grado de displasia y longitud del esófago de Barret que se recogen en la siguiente tabla. Cuando el paciente ya no sea candidato a terapia endoscópica se sugiere finalizar la vigilancia.

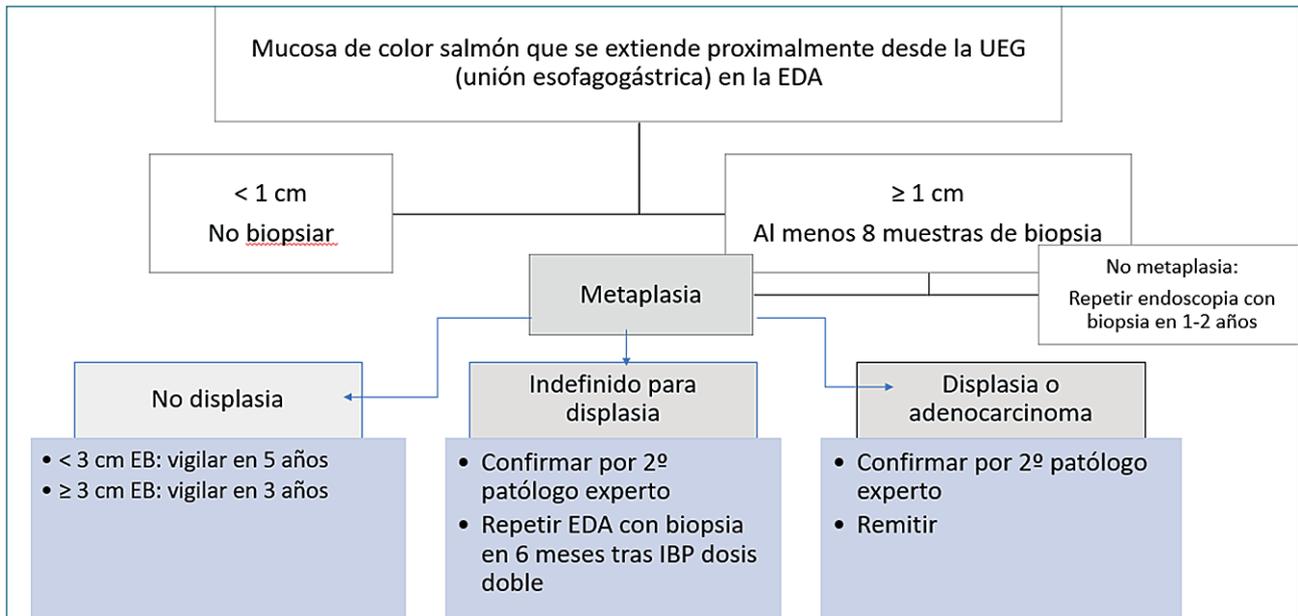


Gráfico 3. Diagnóstico de Esófago de Barret y seguimiento según presencia de displasia

EDA: Endoscopia digestiva alta. EB: Esófago de Barret. IBP: Inhibidores de bomba de protones.

Hallazgos en endoscopia inicial	Vigilancia endoscópica sugerida
EB no displásico de <3 cm	EDA cada 5 años
EB no displásico de >3 cm	EDA cada 3 años
EB indefinido para displasia de cualquier longitud (confirmado por 2º patólogo)	Repetir EDA en 6 meses tras aumentar tratamiento con IBP a doble dosis: Si EBND o DBG, seguir su algoritmo de tratamiento. Si EB indefinido para displasia: EDA anual.
EB con DBG (confirmado por 2º patólogo y optando por vigilancia endoscópica)	EDA a los 6 meses y a los 12 meses del diagnóstico. Después, anualmente.

EB Esófago de Barret. EDA Endoscopia digestiva alta DBG Displasia de bajo grado EBND esófago de Barret no displásico IBP inhibidores de la bomba de protones

Gráfico 4. Intervalos de vigilancia endoscópica

TRATAMIENTO

Se sugiere tratamiento continuado con IBP al menos una vez al día.

Se recomienda terapia de erradicación endoscópica (TEE) frente a esofagectomía en pacientes con EB con DAG o cáncer intramucoso. En DBG existe la

alternativa de TEE para reducir el riesgo de progresión a DAG/AC, o, vigilancia endoscópica, decisión que debe ser compartida con el paciente. Entre los pacientes sometidos a TEE, la ablación con radiofrecuencia (ARF) sería la técnica de elección. Posteriormente, se recomienda un programa de vigilancia endoscópica en pacientes con EB que han completado TEE satisfactoriamente.

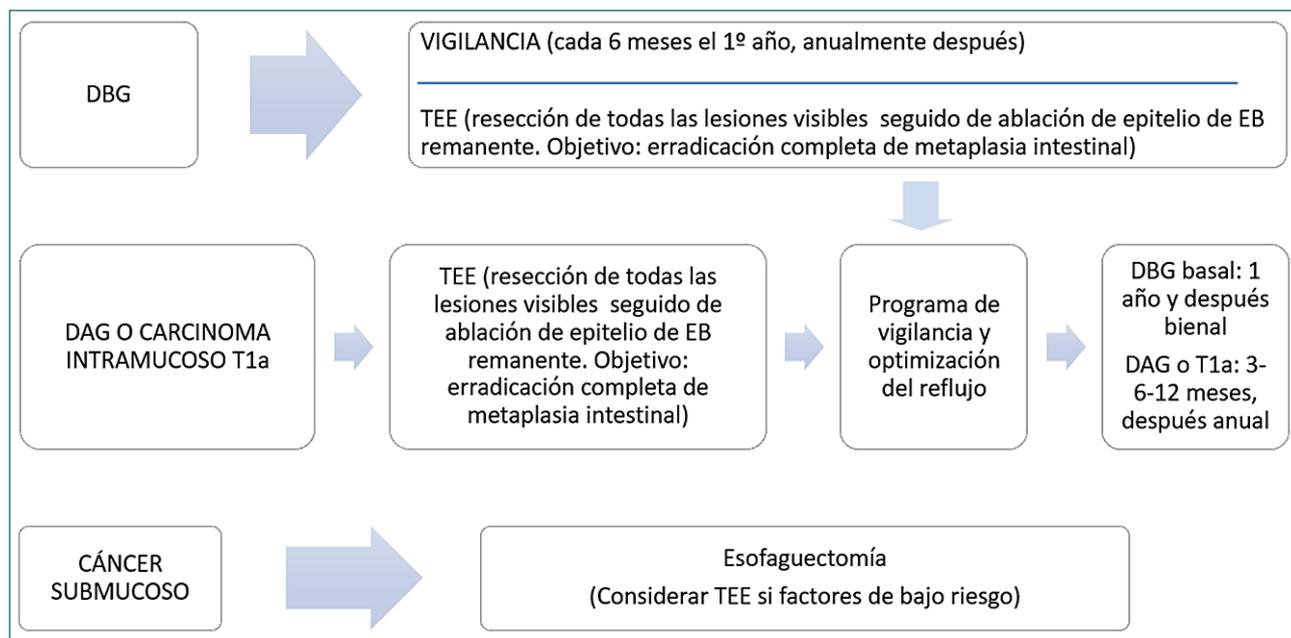
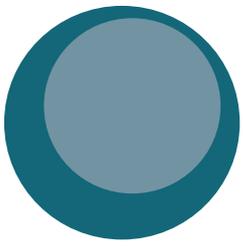


Gráfico 5. Tratamiento de EB según grado de displasia o carcinoma e intervalos posteriores de vigilancia

DBG: Displasia de bajo grado. DAG: Displasia de alto grado. TEE: Terapia de erradicación endoscópica. EB: Esófago de Barrett

BIBLIOGRAFÍA

1. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2022 Jan 1;117(1):27-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34807007>
2. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2022 Apr 1;117(4):559-87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35973173>



ABSTRACT

XXXI CONGRESO DE LA SOMAMFYC

1. ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA: SIEMPRE ALIADAS, NUNCA ENEMIGAS

■ González Godoy M¹., Castaño Reguillo A²., Viñas Fernández G³., Medina Rodríguez J⁴.

⁽¹⁾ Médica adjunta del Centro de Salud Francia (Fuenlabrada).

⁽²⁾ Médica adjunta del Centro de Los Ángeles (Villaverde Alto).

⁽³⁾ Médica adjunta del Centro de Salud Francia (Fuenlabrada).

⁽⁴⁾ Médica residente de tercer año del Centro de Salud Francia (Fuenlabrada).

Palabras clave: Ecografía; Cáncer de la Vejiga; Coordinación Intersectorial.

1. OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

El objetivo consiste en resaltar la exquisita coordinación que se debería fomentar entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Un miércoles por la tarde, acudió al Centro de Salud un varón de 49 años con antecedentes de tabaquismo activo y migrañas. Relataba hematuria intermitente de cinco meses de evolución, sin haberla vuelto a presentar desde hacía unas semanas. Relacionaba esta situación con la toma de antiinflamatorios por episodios de crisis migrañosas. Sin clínica constitucional acompañante y sin otros datos de interés. La exploración física resultó anodina.

Ante ese cuadro clínico, se solicitó una analítica con orina preferentes para el día siguiente y se le citó para realizarle, dicho día, una ecografía renal.

Ese jueves, casi nada más colocar la sonda a nivel de la vejiga, se observó un engrosamiento evidente de

la pared con lesión excrecente de 2,5 x 2,5 x 2 cm de tamaño.

Tras los hallazgos en las pruebas complementarias, se realizó una e-consulta al servicio de Urología que, esa misma mañana, indica que el paciente acude al día siguiente (viernes) para la realización de uretroscopia y ecografía reglada. Dichas pruebas confirmaron la existencia de una neoformación vesical, que precisaba exéresis.

Tan sólo 15 días después de la cita en el hospital, el paciente fue sometido a una resección transuretral, presentando, hasta el día de hoy, buena evolución.

3. CONCLUSIONES

El presente caso muestra la magnífica existencia (y real) de una acción integrada a nivel primario y secundario. Gracias al uso de la ecografía clínica en el Centro de Salud y las e-consultas, se ha podido detectar con mayor prontitud patología grave como puede ser la tumoral.

Asimismo, se expone, una vez más, la extraordinaria utilidad de la ecografía y el uso adecuado de las e-consulta de cara a la resolución óptima de casos que, de otra manera, podrían haber resultado fatales.

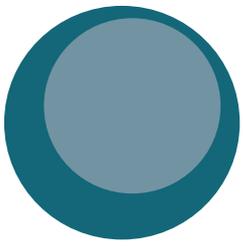


Imagen 1. Imagen ecográfica con sonda en posición horizontal de la vejiga del paciente del caso expuesto. Se aprecia claramente lesión vesical excrecente en pared vesical, de características malignas.



Imagen 2. Imagen ecográfica con sonda en posición vertical de la vejiga del paciente del caso expuesto. Se también en este corte la lesión vesical excrecente en pared vesical.

* *Imágenes con consentimiento del paciente.*



ABSTRACT

2. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. DESCIFRANDO LA SÍFILIS A NIVEL DIGESTIVO

■ Angulo García C¹, Viton Espino A², Beltrán Ledezma R³, Almanzar Montero E⁴, Zabala Maneiro A⁵

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

⁽²⁾ Médico residente de 2º año de MFyC, Centro de salud El Espinillo, Madrid

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

⁽⁴⁾ Médico residente de 2º año de MFyC, C.S. Los Angeles, Madrid

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

CONFLICTOS DE INTERESES Y RESPONSABILIDADES DE LOS AUTORES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación, redacción y publicación de este artículo.

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

Los autores manifiestan que el presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

INTRODUCCIÓN

La espiroquetosis intestinal se define como la colonización por espiroquetas del epitelio colorrectal, siendo considerada una zoonosis, con dudas acerca de la significación clínica y el rol patógeno en humanos. Es una entidad poco frecuente (prevalencia inferior al 5% en países desarrollados). A nivel clínico frecuentemente se asocia a diarrea crónica, alternancia de diarrea/estreñimiento, dolor y distensión abdominal. Su diagnóstico con frecuencia es un hallazgo anatomopatológico de una muestra obtenida en una colonoscopia, de forma que se identifican las espiroquetas mediante tinciones rutinarias. Su tratamiento se basa en el uso de antibióticos como metronidazol.

Presentamos el caso clínico de un varón de 54 años con diarrea crónica, cuyo diagnóstico final es sífilis diseminada con principal manifestación a nivel digestivo, en el seno de espiroquetosis intestinal.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a la consulta del centro de salud por

cuadro de dos meses de evolución consistente en diarrea con hasta 5-6 deposiciones líquidas Bristol 6-7 al día, que alterna con deposiciones normales Bristol 4, con rectorragia de perfil distal y dolor abdominal tipo cólico intermitente que alivia con la deposición. Niega vómitos ni pérdida de peso. Niega desencadenantes ni viajes fuera de España. Ambiente epidemiológico negativo para enfermedades infectocontagiosas. Exploración física con abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal.

Se solicita analítica con hemograma normal, funciones renal, hepática y tiroidea normales, iones en rango, sin elevación de reactantes de fase aguda ni coagulopatía; estudio microbiológico para parásitos en heces negativo y toxina de *Clostridium difficile* negativa. Se solicita colonoscopia en la que observan divertículos en todos los tramos explorados, sin signos de inflamación ni hemorragia y hemorroides internas. Se toman hasta 8 biopsias en diferentes localizaciones, objetivando en 3 de ellas hallazgos compatibles con espiroquetosis intestinal, confirmada mediante la tinción positiva para Warthin-Starry y anticuerpo antitreponema.

Ante este hallazgo, se interconsulta a Digestivo, quienes pautan metronidazol 500 mg vía oral cada 6 horas durante 10 días, con mejoría clínica; se solicita serología de sífilis con prueba treponémica positiva con títulos de RPR de 1/4 que se trata con 3 dosis intramusculares de Penicilina G Benzatina 2.4 MUI en 3 semanas consecutivas; serología VIH, VHC y VHB negativas; y triple toma microbiológica para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium* que resulta negativa.

Así pues, el diagnóstico es sífilis diseminada con principal manifestación a nivel digestivo, en el seno de espiroquetosis intestinal, en concreto sífilis secundaria curada, comprobándose negativización de prueba no treponémica tras tratamiento, con excelente evolución

clínica ya que el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo.

DISCUSIÓN

La espiroquetosis intestinal humana es una entidad clínica definida por la invasión de colon y recto por espiroquetas (bacterias anaeróbicas con morfología de bacilos gram negativos), siendo las especies patógenas más frecuentes *Brachyspira aalborgi* y *Brachyspira pilosicoli*¹⁻⁴. Esta entidad se considera una zoonosis ya que los primeros casos se descubrieron en animales como perros, cerdos o aves; describiéndose la afectación humana posteriormente, aun encontrándose en entredicho la significación clínica de la colonización en humanos.

A nivel epidemiológico, la prevalencia se sitúa entre 1,1-5% en los países desarrollados, describiéndose con mayor frecuencia en el sexo masculino, hombres que tienen sexo con hombres, pacientes inmunodeprimidos, frecuentemente infectados por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en zonas de pobreza. Ante los factores con los que se ha visto asociada esta entidad, podría tratarse de una infección de transmisión sexual, lo que hace fundamental realizar un despistaje de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el momento de su diagnóstico.

Clínicamente se suele presentar con diarrea crónica, alternancia de diarrea/estreñimiento, rectorragia, dolor y distensión abdominal, aunque varía desde un gran número de casos asintomáticos hasta algunos casos de espiroquetemia en pacientes inmunosuprimidos y de intususcepción colónica, de manera excepcional.

En lo referente al diagnóstico, la prueba de referencia es la detección de los microorganismos mediante examen histológico. No existen hallazgos macroscó-

picos característicos en la colonoscopia por lo que lo más frecuente es el hallazgo anatomopatológico de una biopsia en una colonoscopia (en el contexto de cuadros de diarrea crónica frecuentemente), de forma que se identifican las espiroquetas sobre la superficie de los enterocitos mediante tinciones rutinarias (hematoxilina-eosina y Warthin-Starry).

Además en el momento del diagnóstico es importante realizar un cribado de ETS, destacando en nuestro caso clínico el diagnóstico de sífilis diseminada en el seno de espiroquetosis intestinal, ya que aunque existe alguna serie de casos en los que hasta casi un tercio de los pacientes incluidos eran diagnosticados de sífilis en el despistaje de ETS¹, contrasta con los escasos casos reportados de diagnóstico de sífilis en pacientes con espiroquetosis intestinal, si bien en la mayoría de los estudios publicados no incluyen un despistaje sistemático de ETS.

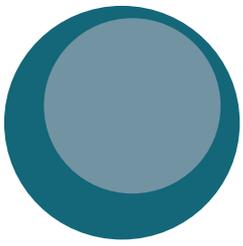
El tratamiento se basa en el uso de antibióticos como metronidazol, en concreto con una posología de 500 mg cada 6 horas, durante 10 días.

CONCLUSIÓN

Consideramos que el caso clínico presentado ilustra una causa controvertida y extraordinariamente rara de diarrea crónica, pero que debe ser considerada entre el diagnóstico diferencial de esta entidad, especialmente en pacientes con factores de riesgo pre-disponentes como la infección por VIH o en el caso de hombres que mantienen sexo con otros hombres. Además, queremos destacar la especial importancia de realizar un despistaje de ETS en el momento del diagnóstico de esta patología, especialmente desde la consulta de Atención Primaria, ya que nos ayuda controlar su difusión, permitiéndonos su cribado y brindándonos una oportunidad educativa desde el punto de vista de la salud comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Gea-Grela A, Maldonado-Barrueco A, Cabañuz C, Díaz-Almiron M, Rico A, Ruiz-Carrascoso G, et al. Espiroquetosis intestinal humana como entidad asociada a infecciones de transmisión sexual. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 2024; 42(5):231-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2023.03.001>
2. Del Palacio Tamarit M, Pérez-Tanoira R, Farras Villalba S, Fortes Allen J, Manzarbeitia Arambarri F, Cabello Úbeda A, et al. Espiroquetosis intestinal: factores de riesgo, relevancia clínica y respuesta a tratamiento. *Rev. Clin. Esp.* 2020; 221 (Espec Congr):667. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-congresos-41-congreso-sociedad-espanola-medicina-115-sesion-enfermedades-infecciosas-6269-espiroquetosis-intestinal-factores-de-riesgo-75207-pdf>
3. Vinagre-Rodríguez G, Fernandez-Gonzalez N, Hernandez-Alonso M, Martinez Quintana E, Molina-Infante J. Espiroquetosis intestinal: una causa infrecuente de diarrea crónica. *Gastroenterol Hepatol.* 2015; 38(8):512-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.010>
4. Lozano C, Arellano L, Yaquich P. Espiroquetosis intestinal humana: serie clínica y revisión de la literatura. *Rev. Chilena Infectol.* 2012; 29(4):449-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182012000400015>



ABSTRACT

3. EL VIAJE SORPRENDENTE DEL HIPO AL GRAN CORAZÓN

- Almánzar Montero E¹, Beltrán Ledezma R², Angulo García C³
(¹) Médico residente de 2º año de MFyC, C.S. Los Angeles, Madrid.
(²) Médico residente de 2º año de MFyC, C.S. Calesas, Madrid.
(³) Médico residente de 4º año de MFyC, C.S. Orcasitas, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los episodios de hipo son autolimitados y no precisan asistencia sanitaria pero cuando se hacen persistente o recurrente pueden ser motivo de consulta en atención primaria. El hipo puede aparecer como manifestación de alguna enfermedad o complicación a nivel neurológico, gastrointestinal, cardiovascular o pulmonar y debemos iniciar un abordaje diagnóstico.

Presentamos el caso clínico de un varón de 87 años con singulto, cuyo diagnóstico final es derrame pericárdico severo de etiología infecciosa viral.

CASO CLÍNICO

Se trata de un caso clínico de un varón de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, parkinsonismo y deterioro cognitivo moderado.

Consulta en el Servicio de Urgencias hospitalarias por hipo de una semana de evolución y cuadro constitucional con astenia, anorexia y pérdida de 5 kg de peso en el último mes. Además, hace dos semanas presentó infección respiratoria con tos y expectoración que mejoró con antibioterapia con Cefditoreno 200 mg cada 12 horas durante una semana. Negando otra clínica acompañante. Exploración física completa sin alteraciones reseñables.

Con respecto a las pruebas complementarias, se realiza analítica sanguínea con elevación de reactante de fase aguda (Proteína C Reactiva 15.52 mg/dl) y radiografía de tórax en la que se evidencia índice cardio-torácico aumentado (corazón en tienda de campaña, ver figura 1). Se realiza ecocardiografía clínica donde se objetiva derrame pericárdico severo con contenido intrapericárdico hiperecogénico, descartándose posteriormente la compresión del nervio frénico en ecocardiograma reglado.

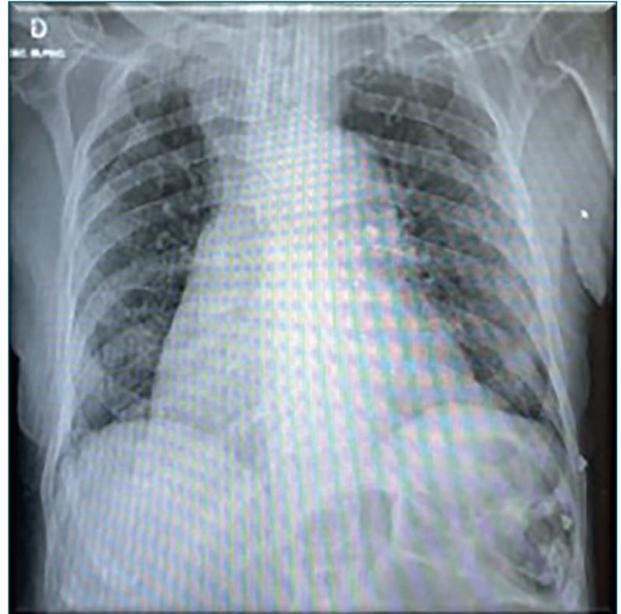


Figura 1. Corazón en tienda de campaña

Ante los hallazgos de derrame pericárdico severo, cuadro constitucional y elevación de reactantes de fase aguda, se cursa ingreso en Medicina Interna para completar estudio. Durante el ingreso se realizan pruebas de imagen (tomografía de cuello y toraco-abdominal) que descartan lesiones neoplásicas; estudio de autoinmunidad negativo; y valoración por parte de Otorrinolaringología con fibroscopia sin alteraciones. A nivel analítico, persiste elevación de reactantes de fase aguda (Velocidad de Sedimentación Globular 120 mm/h), pero se descarta la existencia de vasculitis ante la ausencia de clínica y la normalidad de la ecografía doppler de arterias temporales.

El diagnóstico definitivo es derrame pericárdico severo de etiología infecciosa viral, con evolución satisfactoria a nivel clínico, analítico y ecográfico, con antiinflamatorios (ibuprofeno 600mg/8h), colchicina 0.5 mg cada 24 horas y agonistas dopaminérgicos (Levomopromazina 25mg/8h), resolviéndose el singulto; y con seguimiento ambulatorio posterior en consultas de Cardiología.

REVISIÓN DEL TEMA

El hipo es causado por contracciones espasmódicas intermitentes del diafragma y de los músculos accesorios de la inspiración que finalizan súbitamente con el cierre de la vía aérea alta a nivel glótico¹. Esto causa el sonido característico «hip» que puede durar entre las 4 y las 60 veces por minuto².

Por su duración el hipo puede clasificarse en:

- **Hipo transitorio o agudo:** duración menor de 48 horas.
- **Hipo Persistente:** duración mayor de 48 horas
- **Hipo recurrente:** episodios de hipo repetidos con elevada frecuencia y de duración mayor que el transitorio.
- **Hipo intratable:** episodios de hipos de más de un mes de duración.

Con respecto a su etiología, la mayoría de los episodios de hipo son autolimitados y desaparecen al cabo de unos segundos sin tener repercusión clínica, ver tabla 1. El reflejo del hipo consta de una vía aferente compuesto por el nervio vago, el frénico (C2-C4) y la cadena simpática (T6-T12), un componente central en los que estaría el centro respiratorio bulbar, el sistema activante reticular y los lóbulos temporales y una vía eferente formada principalmente por el nervio frénico³.

En el caso del hipo transitorio en la mayoría de las ocasiones se desconoce su etiología, pero puede ser por sobre distensión gástrica tras una comida copiosa o la ingesta en exceso de bebidas gaseosas. En el caso del hipo persistente la causa más frecuente son las enfermedades gastroesofágicas, como el reflujo gastroesofágico⁴, ver otras causas en tabla 2.

Tabla 1. Causas de trastorno de hipo

Causas de hipo transitorio o agudo
Comidas copiosas
Distensión gástrica
Por ingesta de alcohol o bebidas gaseosas
Cambios bruscos de temperatura

Los episodios de hipo agudo no requieren de estudio diagnóstico. El estudio se debe iniciar en caso de hipo persistente. Debemos iniciar con una buena anamnesis indagando acerca del uso de drogas, la presencia de sintomatología sistémica como síntomas esofágicos (pirosis, disfagia, odinofagia, regurgitaciones, etc.), torácicos (dolor, disnea, etc.) y neurológicos (cefalea, vómitos¹, etc.), antecedentes médicos, persistencia o no durante el sueño y probable relación con desencadenante.

En la exploración física, buscaremos signos de enfermedad pleural o pericárdica, descartaremos presencia de cuerpo extraño en conducto auditivo externo. Además, es importante buscar signos de estasis gástrica y realizar una buena exploración neurológica. Con respecto a pruebas complementarias, se solicitará analítica sanguínea básica con nivel de velocidad de sedimentación globular, así como una radiografía postero anterior y lateral de tórax junto con un electrocardiograma; y gastroscopia ante sospecha de patología esofágica o gástrica. Si tras haber realizado las pruebas anteriormente referidas, no orientamos la etiología, podemos contar con la ayuda complementaria de otros especialistas (gastroenterólogo, neurólogo, neumólogo y otorrinolaringólogo).

En lo referente al tratamiento, siempre que se pueda deberemos aplicar un tratamiento etiológico. Las maniobras que desencadenen una estimulación vagal

Tabla 2. Causas de hipo persistente

Causas más comunes de hipo persistente	
Patologías Gastrointestinales	Esofagitis erosiva, Esofagitis infecciosa, Úlcera péptica, obstrucción intestinal, pancreatitis, colecistitis, etc.
Patología Torácica y Pulmonar	Neumonía, pleuritis y derrame pleural herpes zoster torácico
Causas Metabólicas	Hiponatremia, hipokalemia hipocalcemia, hiperglicemia y uremia
Patologías Cardiovasculares	Isquemia e infarto agudo al miocardio pericarditis y derrame pericárdico
Causas Farmacológicas	Quimioterapias, antibióticos corticoides (especialmente dexametasona), benzodiazepinas anabólicos, anestésicos, opioides, etc.
Patologías del sistema nervioso central	Tumores cerebrales, encefalitis, meningitis y abscesos cerebrales, toxoplasmosis, infartos y hemorragias cerebrales
Patologías oncológicas	SNC, pulmonar, gastro-esofágico colon, etc.

es capaz de acabar con un episodio de hipo (ej.: presionar sobre ambos conductos auditivos externos, maniobra de valsalva, etc.).

Dentro del tratamiento farmacológico carecemos de rigurosos estudios y se han empleado múltiples fármacos, pero el más recomendado es el baclofeno. Es un derivado del ácido gamma-aminobutírico que inhibe la motoneurona presináptica y se usa como agente antiespástico en algunas enfermedades neurológicas¹. Se administra por vía oral y se recomienda aumentar la dosis de forma paulatina (se usa a dosis de 5-20 mg cada 6-12 horas)¹. En caso de episodio aislado de hipo sin tratamiento previo se puede utilizar la metoclopramida a dosis de 10 mg. En pacientes con hipo persistente de pocos días sin tratamiento previo: iniciar metoclopramida (10 mg cada 6 horas) junto con un inhibidor de la bomba de protones como omeprazol 20 mg cada 24 horas, si no objetivamos respuesta a lo previo se puede utilizar la gabapentina (iniciar con 100mg cada 24h e ir aumentando hasta 300 mg cada 48h en personas de menos de 80 años y con buen estado general); en caso de mejoría tras

7 días sin episodios de hipo, ir disminuyendo la dosis de gabapentina paulatinamente.

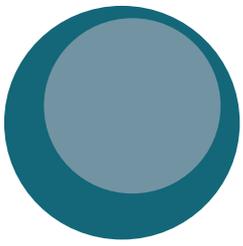
En casos refractarios al tratamiento farmacológico, se podrán intentar ciertas maniobras quirúrgicas, como la frenectomía, el bloqueo del nervio frénico izquierdo o la interrupción de la transmisión mediante la estimulación eléctrica transcutánea del nervio frénico cervical⁴.

CONCLUSIÓN

Consideramos que el caso clínico presentado ilustra el manejo del hipo persistente, destacando que debemos descartar alteraciones a nivel torácico como la compresión del nervio frénico, dentro de la etiología del singulto. Además, queremos resaltar la posibilidad de iniciar el abordaje desde Atención Primaria con herramientas como la radiografía de tórax y la ecografía clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encinas Sotillos A, Cañones Garzón PJ y Grupo de habilidades en patología digestiva de la SEMG, editor. El hipo: Actuación y tratamiento. Sociedad Española de Medicina General y de Familia; 2001:40-44.
2. Alfaro Almajano P, Cañamares Orbis B y Remacha T. Protocolo diagnóstico y terapéutico del hipo persistente. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2020 Feb 8; 13(3):163-166.
3. Capponi M, Accatino L y Accatino Luigi J. Hipo o Singulto: Fisiopatología y enfrentamiento del paciente. Rev. memoriza. 2010; 6:25-31. Disponible en: <https://www.memoriza.com/>
4. Goñi Murillo M. Actitud ante un paciente con hipo en Atención Primaria. Medicina de Familia - SEMERGEN.2006 mayo; 32(5):233-236.
5. Benítez Rosario M, Alonso Babarro A, González Guillermo T. Protocolo de tratamiento en cuidados paliativos. Medical Dosplus. 2023; 5 (5.4): 209-2017



ROTACIÓN EXTERNA

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN LA ISLA DE LANZAROTE

■ Hernando Nieto R.¹, Millán Hernández E.², Sanz Lozano M.³, Roviralta Abildúa B.³

⁽¹⁾ Residente de tercer 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 tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria del CS Pozuelo San Juan.

Cuando un residente decide realizar una rotación externa lo hace con el objetivo de mejorar su formación como profesional.

MIS OBJETIVOS

1. Abordaje del Paciente Pluripatológico en un Hospital comarcal, sin la mayoría de los especialistas hospitalarios de presencia

En un hospital comarcal donde la presencia de especialistas hospitalarios puede ser limitada, es fundamental desarrollar un enfoque integral y colaborativo para el manejo del paciente pluripatológico. Esto implica:

- Optimización de Recursos: Se debe priorizar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, utilizando la experiencia y habilidades del personal médico y de enfermería general para brindar una atención de calidad a los pacientes con múltiples patologías.
- Enfoque Multidisciplinario: A pesar de la falta de especialistas, se debe fomentar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de estos pacientes. Esto implica la colaboración estrecha entre médicos generales, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para abordar todas las necesidades del paciente de manera integral.
- Protocolos de Manejo: Se deben establecer protocolos claros y actualizados para el manejo de condiciones comunes en pacientes pluripatológicos, incluyendo la gestión de enfermedades crónicas, la prevención de complicaciones y la coordinación de la atención entre diferentes servicios y niveles de atención médica.
- Educación Continua: Es fundamental proporcionar formación continua al personal de salud en el hospital comarcal, para garantizar que estén actualizados

en los últimos avances en el manejo de pacientes pluripatológicos y puedan ofrecer una atención de alta calidad y segura.

- Derivación oportuna: Aunque el hospital puede carecer de especialistas en ciertas áreas, se debe facilitar la derivación oportuna de pacientes que requieran evaluación o tratamiento especializado a centros de referencia cercanos, garantizando así que reciban la atención adecuada en el momento adecuado.

2. Manejo de las urgencias más frecuentes en un hospital comarcal, siendo este el único en toda la Isla

En un contexto donde un hospital comarcal es el único recurso disponible en toda la isla, es esencial desarrollar capacidades sólidas para el manejo de urgencias, incluyendo:

- Disponibilidad de Recursos Críticos: A pesar de ser el único hospital en la isla, se debe garantizar la disponibilidad de los recursos críticos necesarios para estabilizar a los pacientes en situación de emergencia. Esto puede incluir equipos de ventilación mecánica, medicamentos para el manejo agudo del dolor y la hipertensión, así como acceso a pruebas de diagnóstico rápido, como electrocardiogramas y pruebas de laboratorio básicas.
- Coordinación con Servicios de Emergencia Externos: Es fundamental mantener una estrecha coordinación con los servicios de emergencia externos, como servicios de ambulancia y unidades de rescate, para garantizar una respuesta rápida y efectiva ante situaciones de emergencia en la isla.
- Planificación de Transferencias: En casos donde la atención especializada no esté disponible en el hospital comarcal, se debe tener un plan establecido para la transferencia segura y oportuna de pacientes a centros de referencia en otras islas o en el continente, asegurando así que reciban la atención adecuada según sus necesidades.

3. Conocer el Sistema Sanitario de Otra Comunidad Autónoma

Para comprender el sistema sanitario de otra comunidad autónoma, es importante realizar las siguientes acciones:

- **Comparación con el Propio Sistema:** Se deben identificar similitudes y diferencias entre el sistema sanitario de la comunidad autónoma objetivo y el sistema propio. Esto incluye aspectos como la financiación, la gestión de recursos humanos y materiales, la atención primaria versus la atención especializada, y los modelos de atención integrada.
- **Interacción con Profesionales Locales:** Se puede establecer contacto con profesionales de la salud locales, incluyendo médicos, enfermeras, gestores sanitarios y autoridades de salud pública, para obtener información de primera mano sobre el funcionamiento del sistema sanitario y los desafíos que enfrenta.
- **Análisis de Políticas y Normativas:** Se debe analizar la legislación y las políticas de salud vigentes en la comunidad autónoma objetivo, incluyendo aspectos como la cobertura sanitaria, la regulación de servicios de salud, la atención a poblaciones vulnerables y la prevención de enfermedades.

Al abordar estos objetivos, se puede mejorar significativamente la capacidad de los profesionales de la salud para brindar una atención integral y de calidad a los pacientes en diferentes contextos y entornos sanitarios.

DESARROLLO DE LA ROTACIÓN EXTERNA

La rotación duro 4 semanas y durante esta pudimos aplicar todos los objetivos descritos. En el caso del hospital de Lanzarote la urgencia se dividía en dos partes una zona de consulta en donde disponían de una sala de aerosoles, sala de curas, sala de yesos y un número limitado de camas adicional al box pediátrico. Y por otro lado una zona de semicríticos y críticas con posibilidad de monitorización continua junto con la zona de preingreso. Durante las 2 primeras semanas estuve en el área de consultas y las dos últimas en la otra sección de la urgencia.

Poco a poco durante mi estancia fui aprendiendo la cartera de servicio de la comunidad autónoma que difiere a la mía como por ejemplo en el tema de las muletas. En la comunidad de Madrid si el paciente las necesita, este acude a la farmacia y las compra. En Canarias el servicio de salud las presta y luego se devuelven, pero debido a la alta afluencias de turistas

la realidad es que casi nadie las devuelve. Otro aspecto que me llamo la atención es el hecho de que dado que en la isla no se dispone de todos los especialistas hospitalarios, en lugar de que se desplace al especialistas varios días al mes, es el paciente y un acompañante el que se desplazó en avión a otra isla para acudir a la consulta con el especialistas, todo ello financiado. Por otro lado, desde la urgencia también se derivaba en helicóptero a la isla de referencia todo aquello para lo que no contábamos con recursos, por ejemplo, una trombectomía de un ictus.

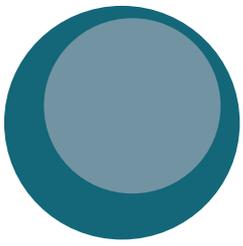
La llegada de inmigrantes a Canarias es cada vez mayor, en el caso de Lanzarote cuando llega una, de los dos UVIs móviles de la isla acude al lugar para valorar a los pacientes y los que necesiten atención hospitalaria son trasladado y eran atendidos en nuestro servicio.

CONCLUSIÓN

En conclusión, cuando un residente decide realizar una rotación externa, lo hace con el objetivo de mejorar su formación como profesional, y los objetivos específicos que se plantea para ello son fundamentales para alcanzar dicho propósito. En el caso de abordar el paciente pluripatológico en un hospital comarcal con limitaciones de especialistas, es esencial desarrollar un enfoque integral y multidisciplinario, optimizando recursos, estableciendo protocolos de manejo y facilitando derivaciones oportunas. Además, el manejo de urgencias en un hospital comarcal único en toda la isla implica asegurar la disponibilidad de recursos críticos, coordinación con servicios externos y planificación de transferencias para casos especializados.

Por otro lado, conocer el sistema sanitario de otra comunidad autónoma permite ampliar la perspectiva y comprender las diferencias y similitudes con el sistema propio, enriqueciendo así el conocimiento y la experiencia del residente. En el caso específico de la rotación externa en el Hospital de Lanzarote, se logró aplicar y desarrollar los objetivos planteados, experimentando de primera mano cómo se enfrentan los desafíos específicos de un entorno hospitalario insular, incluyendo la coordinación de traslados de pacientes, el manejo de inmigrantes y la adaptación a las particularidades del sistema sanitario de Canarias.

En resumen, la rotación externa en el Hospital de Lanzarote durante cuatro semanas brindó una experiencia integral y enriquecedora, permitiendo al residente aplicar los conocimientos teóricos en un entorno real, adaptarse a nuevas dinámicas y desafíos, y contribuir al cuidado de los pacientes, todo ello con el objetivo último de mejorar su formación y habilidades como profesional de la medicina.



INCIDENTES CRÍTICOS

1. DILEMA DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE ANTICOAGULADO: MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES PROTECTORES

■ González Araujo I¹., Crespo Oñate A²., Martínez Armas A³, Cáliz Rodríguez C⁴, Llorente de Santiago L⁵., Ciria de Pablo C⁶.

⁽¹⁾ R3 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

⁽²⁾ R3 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

⁽³⁾ R4 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

⁽⁴⁾ R3 MFyC. C.S. Galapagar (Madrid).

⁽⁵⁾ R2 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

⁽⁶⁾ Especialista MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

DESCRIPCIÓN

Varón de 86 años, acudía a consulta programada en centro de salud para control posterior tras alta por insuficiencia cardiaca hace 72 horas desde la cual, refería dolor en miembro inferior derecho desde punta de pie hasta región inguinal que había incrementado progresivamente de intensidad posterior a largo paseo en el campo con su perro. Negaba otros síntomas asociados como disnea, fiebre, edemas. Entre sus antecedentes personales destacaba: FA permanente anticoagulado con Dabigatrán.

Inicialmente, la exploración física estaba un poco sesgada, ya que, siendo un paciente anticoagulado, en principio no me planteé un posible defecto de perfusión vascular distal, me orienté más hacia la posibilidad de un dolor muscular por fatiga tras su paseo. Sin embargo, durante la exploración desataba una asimetría de pulsos tibiales posteriores por lo que, hice uso del ecógrafo de la consulta donde se objetivaba a nivel de la arteria poplítea derecha contenido hipoecogénico homogéneo con aumento de calibre y discreto flujo periférico.

Siendo derivado paciente a urgencias hospitalarias para ampliar estudios, diagnóstico y tratamiento definitivo.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Hasta qué punto un interrogatorio dirigido puede condicionarte de entrada a descartar posibles diagnósticos? ¿Todo factor protector excluye posibles consecuencias? ¿El ecógrafo en consulta de atención primaria resulta una herramienta prescindible o imprescindible?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

1. No descartar diagnósticos a priori hasta realizar una exploración física completa.
2. Desarrollar el interrogatorio dirigido y exhaustivo ya que es clave para realizar diagnósticos.
3. Mejorar habilidades ecográficas para lograr diagnósticos precoces.
4. Desarrollar habilidades para una comunicación eficaz y asertiva en pacientes psiquiátricos.

MÉTODOS

1. Actividades de formación ecográficas.
2. Revisión de casos clínicos.
3. Búsqueda de actualizaciones científicas.
4. Consulta de libros de texto
5. Consulta de publicaciones formación continuada
6. Búsqueda bibliográfica
7. Consulta de protocolos/guías prácticas.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE:

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

He aprendido que el poseer tratamiento para evitar posibles patologías no excluye padecerlas, qué si bien

de entrada no es la primera opción diagnóstica, no debemos descartarla hasta realizar todas las pruebas pertinentes. También, que aunque los pacientes infravaloren los síntomas y los relaciones con actividades cotidianas y acudan con una posible opción diagnóstica, no debemos condicionarnos hasta nosotros haber estudiado todas las posibles patologías que pueda estar padeciendo.

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

El mejor procedimiento ha sido el uso del ecógrafo como herramienta diaria de trabajo para el diagnóstico rápido y oportuno de gran cantidad de patologías.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

Me ha motivado a buscar formación continuada en el área de ecografía puesto que me ha demostrado en múltiples oportunidades en la consulta, ser una herramienta accesible, rápida, sencilla y muy útil para establecer diagnósticos certeros y esclarecer dudas entre diagnósticos diferenciales, incluso, me ha motivado a solicitar una rotación externa en ecografía de urgencias y primaria.

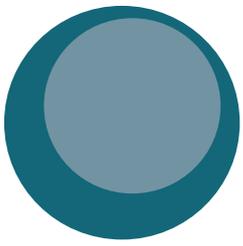
¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

1. Práctica clínica: cada vez que tengo oportunidad y el tiempo en consulta me lo permite, realizo ecografías diagnósticas y formativas a mis pacientes.
2. Entrevista clínica: es y siempre será nuestra herramienta más útil para diagnosticar.
3. Examen físico completo: ningún elemento de la exploración es de mayor o menos importancia.
4. Buena relación médico-paciente: el paciente, aun cuando estaba "seguro" de que era muscular, se dejó guiar y decidió seguir recomendaciones ya que es un paciente de años en el cupo.

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

Falta muchísimo por aprender y muchas áreas por desarrollar; por ejemplo:

1. Formación continuada en diagnóstico ecográfico.
2. El manejo de la ecografía de forma habitual y rutinaria para lograr establecer diagnósticos con la ecografía clínica que me permitan iniciar tratamientos de forma precoz.
3. Conocer a mayor profundidad factores de riesgo y protectores para diversos grupos de patologías.



INCIDENTES CRÍTICOS

2. EMPATÍA Y COMUNICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA: EL CAMINO HACIA LA CONFIANZA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

⁽²⁾ R4 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

⁽³⁾ R2 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

⁽⁴⁾ R3 MFyC. C.S. Guadarrama (Madrid).

⁽⁵⁾ R3 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

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

Fortaleciendo la Empatía y la Comunicación en la Práctica Médica: Un Camino hacia la Confianza y el Consentimiento Informado

DESCRIPCIÓN

Durante mi turno en Urgencias, me encontré con un paciente que presentaba dolor abdominal agudo y fiebre. Evalué al paciente y sospeché que podía tener apendicitis aguda. Realicé los estudios correspondientes, incluyendo un examen físico, análisis de sangre y una ecografía abdominal.

Durante la interacción con el paciente, noté que mostraba ansiedad y resistencia a aceptar el diagnóstico y el plan de tratamiento propuesto. Manifestaba preocupación por las posibles complicaciones quirúrgicas y prefería un enfoque conservador sin cirugía.

Intenté explicarle al paciente la necesidad de la apendicectomía como el tratamiento estándar para la apendicitis aguda y resalté los beneficios de una intervención temprana. Sin embargo, el paciente continuaba expresando sus dudas y resistencia hacia la cirugía.

Ante esta situación, decidí tomar un enfoque más empático y centrado en el paciente. Escuché activamente sus preocupaciones y respondí a sus preguntas de manera clara y comprensible. Además, busqué el apoyo de otros profesionales con más experiencia que yo, incluyendo al cirujano de guardia, para ofrecer al paciente información adicional y abordar las preocupaciones desde diferentes perspectivas.

A través de una comunicación asertiva y un enfoque colaborativo, logré establecer una relación de confian-

za con el paciente y su familia. Juntos, revisamos los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento disponibles y exploramos estrategias para reducir los temores del paciente.

Finalmente, el paciente y aceptó la necesidad de la apendicectomía y dio su consentimiento informado. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo puedo mejorar mis habilidades de comunicación y empatía para abordar situaciones en las que los pacientes expresan resistencia y dudas frente a los diagnósticos y planes de tratamiento propuestos? ¿Qué estrategias puedo implementar para establecer una relación de confianza con los pacientes y ayudarles a tomar decisiones informadas y aceptar los tratamientos recomendados?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

1. Desarrollar estrategias para abordar la resistencia y las preocupaciones de los pacientes frente a los diagnósticos y planes de tratamiento propuestos.
2. Mejorar mis habilidades de comunicación asertiva y empatía para establecer una relación de confianza con los pacientes y ayudarles a tomar decisiones informadas.
3. Reconocer la importancia de trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para brindar un enfoque integral y centrado en el paciente.

MÉTODOS

1. Revisión del caso con compañeros
2. Talleres
3. Sesión clínica
4. Búsqueda bibliográfica
5. Tutorización
6. Aprendizaje asistido por ordenador

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

He aprendido que es fundamental desarrollar habilidades de comunicación asertiva y empática para abordar situaciones en las que los pacientes expresan resistencia y dudas frente a los diagnósticos y planes de tratamiento propuestos. También he aprendido que establecer una relación de confianza con los pacientes es clave para ayudarles a comprender la información médica, tomar decisiones informadas y aceptar los tratamientos recomendados. Además, he comprendido la importancia de adaptar mi enfoque y lenguaje a las necesidades individuales de cada paciente, brindando apoyo emocional y ofreciendo opciones para su participación en el proceso de toma de decisiones médicas.

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

El mejor procedimiento para aprender ha sido la tutorización y supervisión por parte de profesionales experimentados en situaciones similares. Al recibir orientación y retroalimentación directa de mis colegas y superiores, he podido reflexionar sobre mis acciones y recibir consejos específicos sobre cómo mejorar mis habilidades de comunicación y empatía. Además, he dedicado tiempo a la lectura de literatura especializada ("Comunicación en el entorno médico" de Patricia Clavel, y "La empatía en la práctica médica" de Helen Riess) y la búsqueda de recursos en línea que me han proporcionado estrategias y técnicas adicionales para abordar situaciones de resistencia por parte de los pacientes. Aunque no puedo especificar fechas exactas, he invertido tiempo regularmente durante los últimos meses en la búsqueda de conocimiento y la aplicación de técnicas aprendidas en situaciones clínicas reales.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS).

Algunas de las evidencias que he registrado incluyen: Feedback de colegas y supervisores: He recopilado

el feedback recibido de mis colegas y supervisores durante las sesiones de tutorización y supervisión. Estos comentarios me han ayudado a identificar mis fortalezas y áreas de mejora en la comunicación médica. Evaluaciones de pacientes: He solicitado retroalimentación directa de los pacientes sobre mi desempeño en términos de comunicación y empatía. Sus opiniones y comentarios han sido valiosos para comprender cómo perciben mi habilidad para brindar un apoyo emocional y una comunicación clara. Observación de compañeros: He tenido la oportunidad de observar a colegas que son más experimentados en la comunicación médica durante su interacción con los pacientes. He tomado notas de las estrategias y técnicas que utilizan y he tratado de aplicarlas en mi propia práctica.

Estas evidencias me han permitido evaluar mi progreso y ajustar mi enfoque para seguir mejorando en la comunicación y empatía con los pacientes.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

1. Comunicación efectiva: Me esfuerzo por establecer una comunicación clara y comprensible con mis pacientes. Utilizo un lenguaje sencillo y evito términos médicos complicados para asegurarme de que comprendan la información que les estoy proporcionando.
2. Empatía y escucha activa: Presto atención a las preocupaciones y emociones de mis pacientes. Les brindo un espacio seguro para expresar sus inquietudes y les demuestro comprensión y empatía. Esto me ayuda a establecer una relación de confianza y a abordar sus necesidades de manera más efectiva.
3. Educación del paciente: Dedico tiempo a explicar a los pacientes sobre su condición médica, los tratamientos recomendados y los posibles resultados.
4. Manejo de resistencias: Si un paciente muestra resistencia o dudas sobre un tratamiento propuesto, trato de abordar sus preocupaciones de manera respetuosa y comprensiva. Escucho sus puntos de vista y les proporciono información adicional que pueda ayudar a aclarar sus inquietudes. Si es necesario, involucro a otros miembros del equipo médico para ofrecer una perspectiva adicional y discutir alternativas.

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

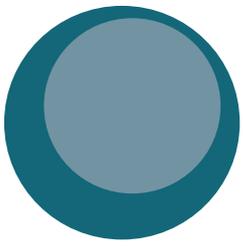
Aún me queda mucho por aprender para mejorar mi práctica médica. Algunas áreas en las que me gustaría seguir desarrollándome incluyen:

1. Habilidades de resolución de conflictos: Me gustaría fortalecer mis habilidades para manejar situaciones de conflicto con los pacientes de manera efectiva. Esto implica aprender técnicas de comunicación y ne-

gociación que me permitan abordar las discrepancias y encontrar soluciones mutuamente satisfactorias.

2. Mejora de mis habilidades de diagnóstico: Deseo profundizar en mi capacidad para reconocer y diagnosticar condiciones médicas complejas y poco comunes. Esto implicará estudiar casos clínicos, participar en sesiones de formación y actualización médica, y buscar oportunidades para aprender de médicos con experiencia en el campo.

Para incorporar estos aspectos en mi desarrollo profesional, planeo participar en cursos, talleres y conferencias relacionados con estas áreas de mejora. También buscaré oportunidades para trabajar con mentores y profesionales experimentados que puedan brindarme orientación y apoyo en mi crecimiento profesional. Además, seguiré leyendo literatura especializada y manteniéndome al día con los avances y las mejores prácticas en el campo médico.



INCIDENTES CRÍTICOS

3. “ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA: AJUSTANDO LA ESCALERA ANALGÉSICA EN URGENCIAS”

- Martínez Armas A¹., Cáliz Rodríguez C²., Crespo Oñate A³., González Araujo I⁴., Llorente de Santiago L⁵.
(¹) R4 MFyC. C.S. Hoyo del Manzanares (Madrid).
(²) R3 MFyC. C.S. Guadarrama (Madrid).
(³) R3 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).
(⁴) R3 MFyC. C.S. Hoyo del Manzanares (Madrid).
(⁵) R2 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

DESCRIPCIÓN

En una de mis primeras guardias como médico residente en urgencias, me enfrenté al reto de tratar a una paciente con un intenso cólico renoureteral que no mostraba mejoría con el tratamiento analgésico estándar. A pesar de seguir la progresión habitual de la escalera analgésica de la OMS, pasando de analgésicos no opioides a opioides menores, la paciente seguía en un estado considerable de dolor y comenzó a mostrar signos de irritabilidad y estrés. Esta situación me llevó a cuestionar el protocolo establecido y la eficacia de los fármacos que tenía a mi disposición. Ante la urgencia del cuadro y la ausencia de alivio de la paciente, me vi en la necesidad de revisar de manera exhaustiva la bibliografía actual para tomar la decisión más acertada.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo se debe gestionar adecuadamente la escalera analgésica en el entorno de urgencias, asegurando el alivio efectivo del dolor del paciente, y qué pasos deben seguirse cuando no se observa mejoría con los tratamientos convencionales?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Comprender a fondo cada escalón de la escalera analgésica de la OMS, aplicándolo de manera efectiva desde el primer contacto con el paciente.
2. Aprender a identificar rápidamente la ineficacia de un escalón terapéutico y tomar decisiones informadas sobre la progresión a un tratamiento más potente.
3. Estar familiarizado con la gama de fármacos disponibles en mi hospital y sus respectivas indicaciones, efectos secundarios, y posibles interacciones.

MÉTODOS

- Realización de sesiones clínicas con simulaciones de casos para practicar la toma de decisiones en tiempo real.
- Consultas interdisciplinarias con especialistas en manejo del dolor para obtener una perspectiva más amplia del tratamiento.
- Aprovechamiento de plataformas de aprendizaje digital para acceder a cursos y talleres especializados en farmacología y manejo del dolor.
- Discusiones en grupo con otros residentes sobre casos desafiantes para compartir conocimientos y estrategias.
- Estudio meticuloso de la literatura médica más reciente para mantenerme actualizado sobre las mejores prácticas.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

A través de la experiencia directa y la revisión exhaustiva de la literatura, he aprendido que el manejo efectivo del dolor requiere una aplicación dinámica y reflexiva de la escalera analgésica de la OMS. He descubierto que no todos los pacientes responden de manera uniforme a los analgésicos estandarizados y que la individualización del tratamiento es clave. Además, he obtenido una comprensión más profunda de cómo los factores psicológicos, como la ansiedad y la irritabilidad, pueden influir en la percepción del dolor y, por ende, en la respuesta al tratamiento. Esta comprensión me ha llevado a considerar enfoques multimodales que abordan tanto los aspectos fisiológicos como emocionales del dolor.

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

El método más valioso para mi aprendizaje ha sido participar en un curso especializado sobre comunicación y manejo del dolor, que se centró en la implementación práctica de la escalera analgésica. Además, el intercambio de experiencias con colegas durante las sesiones clínicas ha sido inmensamente útil. Estas discusiones me han permitido reflexionar sobre diversas situaciones clínicas y aprender de los enfoques y errores de otros profesionales.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

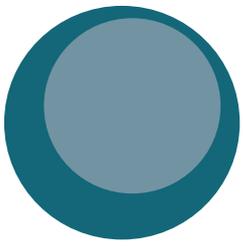
Como evidencia de mi compromiso con el aprendizaje continuo, asistí al curso “Comunicación y Manejo del Dolor” del 21-22 de noviembre de 2022, donde especialistas en manejo del dolor compartieron sus conocimientos y técnicas avanzadas. Allí aprendí no solo sobre la selección de fármacos, sino también sobre la importancia de comunicar efectivamente el plan de tratamiento al paciente, lo cual puede mejorar significativamente su cumplimiento y resultados.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

En la práctica, ahora abordo el tratamiento del dolor con un enfoque más holístico. Esto incluye la utilización meticulosa de la escalera analgésica de la OMS y la consideración cuidadosa de la elección de los fármacos para lograr una sinergia farmacológica óptima. Además, me he vuelto más atento a las necesidades emocionales de mis pacientes y cómo estas pueden impactar su experiencia de dolor, lo que me permite personalizar aún más mi enfoque terapéutico.

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

Reconozco la necesidad de mejorar en la diferenciación de los tipos de dolor y en la aplicación de la escala visual analógica del dolor (EVA) para una evaluación más precisa. Además, me propongo fortalecer mi capacidad para anticipar y gestionar las interacciones medicamentosas y los efectos secundarios. Para abordar estas áreas, tengo planificado inscribirme en talleres adicionales sobre farmacología del dolor y buscar oportunidades de mentoría con expertos en manejo del dolor. Continuaré con revisiones bibliográficas periódicas y participaré en simulaciones de casos clínicos para aplicar estos conocimientos en un entorno controlado y aprender de manera práctica.



INCIDENTES CRÍTICOS

4. NAVEGANDO POR LA INCERTIDUMBRE Y LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA

■ Cáliz Rodríguez C¹., Llorente de Santiago L²., González Araujo I³., Crespo Oñate A⁴., Martínez Armas A⁵., Casaseca García P⁶.

⁽¹⁾ R3 MFyC. C.S. Galapagar (Madrid).

⁽²⁾ R2 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

⁽³⁾ R3 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

⁽⁴⁾ R3 MFyC. C.S. Torrelodones (Madrid).

⁽⁵⁾ R4 MFyC. C.S. Hoyo de Manzanares (Madrid).

⁽⁶⁾ Especialista en MFyC Centro de salud de Torrelodones (Madrid).

DESCRIPCIÓN

Durante mi rotación en Medicina Interna se me asignó una adjunta de dicha especialidad que me acompañaría durante la rotación, veríamos juntos a sus pacientes de la planta y los días de consulta la acompañaría. Un día que mi adjunta estaba de saliente de guardia, el resto de los adjuntos se repartieron sus pacientes y yo los vi supervisada por ellos. Una de sus pacientes, que ingresó por una reagudización de su EPOC en el contexto de un fenotipo mixto asma-EPOC, el día anterior se quejaba de distensión abdominal, molestias y estreñimiento, se le realizó una radiografía de abdomen en la que observamos niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal. Se avisó a la cirujana de guardia por sospecha de obstrucción intestinal y esta nos indicó realizar una nueva prueba de imagen al día siguiente y en función de esto actuar, pues no estaba clara la indicación de realizar un TC de abdomen urgente. Mi impresión fue que la cirujana de guardia tenía una sospecha alta de obstrucción intestinal y estaría pendiente de la paciente. Se le puso un enema que no fue efectivo. Al día siguiente (cuando la adjunta con la que yo rotaba estaba de saliente) comenté esto con el médico al que se le asignó la paciente, pero a él no le impresionó de gravedad y escribió en el evolutivo que la exploración de la paciente no tenía criterios de alarma en ese momento. En la radiografía abdominal de control se veía de manera dudosa gas distal y una ligera disminución de los niveles hidroaéreos, persistiendo la dilatación de asas y la presencia de abundantes heces en colon derecho. Cuando pregunté a la paciente cómo se encontraba, esta se quejó mucho de molestias abdominales y yo no encontré una diferencia sustancial en la exploración abdominal respecto a la previa. El adjunto ese día se fue después de que yo leyera el evolutivo que él había escrito (normalmente los escribía yo y me los corregían) y con el que no estaba del todo de acuerdo. Después de esto a lo

largo de la mañana volví a visitar a la paciente para ver cómo se encontraba y persistían las molestias y la distensión abdominal. Era viernes y la paciente no sería visitada hasta el lunes por su médica habitual, quedando a cargo de los médicos de guardia que no conocían su caso tan en profundidad. Me preocupé mucho por la posibilidad de que se produjera una perforación intestinal pero no fui capaz de pedir ayuda a otro internista que se encontrara en ese momento en la planta o realizar una nueva interconsulta a Cirugía General porque estos días había mucha carga asistencial en Medicina Interna y no quería molestar, tenía miedo de que mi pregunta fuera percibida como desconfianza hacia el criterio y la experiencia del internista que escribió el evolutivo que evidentemente tenía mucha más experiencia y conocimientos que yo. Me fui a casa con mucha preocupación por la paciente y con dudas sobre si debería haber actuado de forma diferente y cómo.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo debería haber actuado de manera diferente ante este conflicto? ¿Cómo puedo comunicarme de manera asertiva para no sentirme insegura en estas situaciones?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Aprender a comunicarme sin sentir que la reacción ante mi opinión es mi responsabilidad. Adquirir experiencia y criterio clínico como para sentir más seguridad en mi sospecha clínica. Aprender a gestionar la incertidumbre y no trasladar mi preocupación por situaciones que se producen en el trabajo a mi vida personal y mis momentos de ocio.

MÉTODOS

- Tutorización.
- Revisión del caso con compañeros.
- Consulta de libros de texto.
- Búsqueda bibliográfica.
- Consulta de publicaciones, formación continuada.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿QUÉ HAS APRENDIDO?

Lo primordial es la seguridad del paciente y debo anteponer esto a otras cuestiones como la reacción que puedan tener otros compañeros ante mis preguntas o mi insistencia. Debo aprender a gestionar la incertidumbre y adquirir experiencia mediante el estudio y mi práctica diaria para no sentirme insegura en situaciones similares. Quiero perfeccionar mis habilidades comunicativas para saber transmitir mi preocupación o mi diferencia de opinión a otros compañeros sin sentir que pueda parecer que cuestiono su profesionalidad o su criterio clínico, especialmente cuando son profesionales con mucha más experiencia que yo y a los que admiro.

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

Reflexionar sobre este incidente con mi tutora, que me ha dado su opinión sobre este incidente y me

ha sabido aconsejar y reforzar mi interés por adquirir las habilidades mencionadas en el apartado anterior. Me ha recomendado literatura relacionada con esto y cuya lectura he realizado. Estos libros son: “la asertividad. Expresión de una sana autoestima” de Olga Castanyer y “Comunicación no violenta. Un lenguaje de vida” de Marshall Rosenberg.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

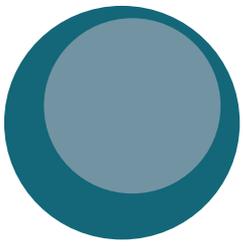
La diferencia de opinión no tiene por qué generar un conflicto si se transmite de manera adecuada. Debe primar la seguridad y el bienestar del paciente siempre. La reacción de otros a mis actos no son mi responsabilidad siempre que sea respetuosa.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

Intento comunicarme con mis compañeros cuando tenemos diferencias de opinión y no dejar de decir ciertas cosas por miedo a generar un conflicto, ya que me sirve para entender por qué actúan de una determinada manera profesionales con más experiencia que yo y de los que tengo mucho que aprender.

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

Seguiré estudiando y trabajando como hasta ahora para ir adquiriendo de manera progresiva estas habilidades y la experiencia necesaria para que estas situaciones no me generen tantas dudas clínicas.



INCIDENTES CRÍTICOS

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

Vigilancia y cuidado en urgencias: reflexiones sobre un caso de insuficiencia respiratoria en paciente anciano

■ González Araujo I¹., Martínez Armas A²., Llorente de Santiago L³, Crespo Oñate A⁴., Cáliz Rodríguez C⁵, Casaseca García P.⁶

⁽¹⁾ R3 MFyC. C.S. Hoyo del Manzanares (Madrid).

⁽²⁾ R4 MFyC. C.S. Torreldones (Madrid).

⁽³⁾ R2 MFyC. C.S. Guadarrama (Madrid).

⁽⁴⁾ R3 MFyC. C.S. Torreldones (Madrid).

⁽⁵⁾ R3 MFyC. C.S. Hoyo del Manzanares (Madrid).

⁽⁶⁾ Especialista en MFyC Centro de salud de Torreldones (Madrid).

DESCRIPCIÓN

En una guardia atendí un paciente de 80 años con insuficiencia respiratoria crónica. El paciente había sido visto en varios sitios, por lo que la historia clínica era dudosa y el tratamiento no estaba claro. El paciente refería encontrarse bien y no sorprendía de gravedad clínica. Como las pruebas eran anodinas, decidimos dejar en observación durante la noche con oxígeno y revalorar por la mañana. Fue una guardia con un gran volumen de pacientes, por lo que permaneció en una zona sin vigilancia estrecha y no fue revisado por enfermería durante la noche como debe ser.

A la madrugada, cuando fuimos a explorarle y ver como evolucionada, lo encontramos muerto. Ha sido el primer paciente que he atendido yo que ha fallecido en las urgencias, me quedé con dudas de si el diagnóstico y tratamiento fue correcto.

Lo comenté con varios adjuntos y todos coincidieron en que el manejo había sido correcto. Revisando la historia, el paciente ya presentaba historia cardiológica debido a la insuficiencia respiratoria. Si que se comentó con personal de enfermería para el manejo en general de los pacientes que permanecen en observación, que sean más vigilados.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

¿Cómo de estrecha ha de ser la vigilancia de un paciente respiratorio?

¿Criterios de gravedad de una insuficiencia respiratoria crónica?

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

Con este caso he aprendido:

- Manejo de un paciente respiratorio grave
- Criterios de gravedad/vigilancia de un paciente respiratorio
- Manejo de frustración y tristeza tras la muerte de un paciente.

MÉTODOS

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

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

He aprendido que es mejor ser prudente y dejar en observación al paciente antes que darle el alta con dudas. También he aprendido el manejo de los sentimientos en la práctica clínica y a hacer una buena historia clínica, completa.

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

Comentar el caso con compañeros con más experiencia, que te ayudan a ver los fallos y a quitar importancia a lo que no está en nuestra mano.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE (DE LAS EVIDENCIAS)

Se realizó una sesión clínica con enfermería y los facultativos que atendimos a ese paciente, en diciembre de 2022, para valorar errores y mejorar la asistencia.

¿CÓMO APLICAS EL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA?

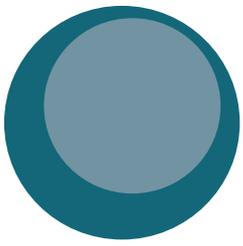
Tras este caso repase mucho el tema, por lo que estoy más formada a la hora de atender pacientes con insuficiencia respiratoria y a la hora de manejar mis emociones cuando los pacientes no evolucionan como nos gustaría.

También he aprendido a ser prudente y no tener prisa en altar a pacientes con patología crónica, si no dejar evolucionar un poco.

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

Seguir mejorando en el manejo de las emociones, comunicando a mi tutora y los adjuntos mis dudas e inseguridades.

Continuar mi formación en pacientes con patología respiratoria, buscando un curso enfocado a este tipo de pacientes y consultando publicaciones de los últimos protocolos y datos importantes.



INCIDENTES CRÍTICOS

6. TRIAJE TELEFÓNICO

- Ferre Sánchez C.
Especialista en MFyC. C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte.

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE:

Al inicio de la jornada de la tarde, recibo una llamada de la familiar de un paciente asmático pluripatológico de 50 años y múltiple consumidor de tóxicos (cocaína, cannabis, alcohol...). Al inicio de la conversación me dice que su marido está con disnea y tos (sin fiebre, sin dolor torácico ni otra sintomatología). A su vez, me comentan que ha estado ingresado hasta hace 2 días en el hospital por una neumonía por COVID, requiriendo a su vez ingreso en la UCI. Desde entonces, afirmaba que se fue de alta sin sensación de estar mejor, que se desaturaba pese a tener aporte suplementario de oxígeno domiciliario.

Ante dicha situación, le comento a la familiar del paciente, que es necesario que acuda al Servicio de Urgencias y que, si no puede trasladarse ella, que llame inmediatamente a la ambulancia. Al principio se muestra reticente puesto que no quiere que su marido vuelva a ingresar ante la negativa del paciente, pero finalmente llama a la ambulancia.

Durante dicho traslado, el paciente sufre una parada cardiovascular y fallece tras 45 minutos de RCP sin éxito.

Posteriormente, la familiar acude en actitud defensiva al centro de salud a informar de lo sucedido. Se le explica de manera razonada cual es la actitud y el protocolo para seguir en las urgencias vitales y que en el caso de su paciente como ella dijo en primer lugar “Nunca se tendría que haber dado de alta en

esas condiciones”. Finalmente, la paciente tras ser atendida por una crisis nerviosa razona y entiende la situación y pide perdón por su actitud defensiva.

OBJETIVO DEL APRENDIZAJE

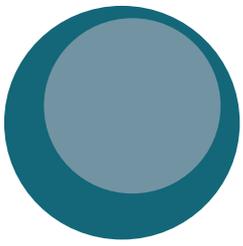
Reflexionar acerca del protocolo de los avisos domiciliarios en Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

Es importante tener claro cuál es el objetivo de los avisos domiciliarios en Atención Primaria y hasta donde se puede esperar para derivar al Hospital. En ese caso, este paciente se hubiera beneficiado de una derivación al Hospital previa a lo ocurrido.

Más allá de tener claros los principios de derivación, es necesario transmitir el mensaje a la población de no esperar a consultar cuando la situación de compromiso de vía aérea está comprometida desde múltiples ámbitos. En el caso de este paciente era obesidad mórbida, asmático, dependiente de corticoide, consumidor de múltiples tóxicos...).

Finalmente, es absolutamente indispensable remarcar la importancia de las herramientas de comunicación (verbales y no verbales). Es primordial transmitir mensajes claros y sencillos, “Deben ir al Hospital, si tiene falta de aire, no pueden esperar más”.



INCIDENTES CRÍTICOS

7. LA POLIFARMACIA NO ES INOCUA

■ Ferre Sánchez C.¹, Álvarez de la Torre, E.²

⁽¹⁾ Especialista en MFyC., C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte.

⁽²⁾ Especialista en MFyC, C.S. Cerró del Aire, Majadahonda.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a consulta un hombre de 45 años con antecedentes personales de migraña crónica, cefalea tensional, síndrome ansioso depresivo en tratamiento con ISRS (actualmente sertralina, previamente escitalopram) y con historia de abusos previos a Sertralina y a otros fármacos¹. Es valorado por presentar cefalea de 7 días de evolución que no cede con analgesia convencional, ni con triptanes. Presenta empeoramiento súbito el día previo, haciéndose opresiva a nivel holocraneal “como si fuera un casco” y con aparición de fiebre y mialgias.

En los días previos consumió GHB y estuvo en una fiesta de Chemsex¹ consumiendo mefedrona, asociando visión borrosa con acúfenos bilaterales, varios episodios de vómitos, sensación de rigidez de nuca con irradiación cervical anterior y claudicación de la pierna derecha a nivel proximal.

Con relación a la exploración física, paciente estable hemodinámicamente, taquicárdico, sudoroso y con temperatura corporal de 37,5°C.

La exploración neurológica destaca parálisis facial derecha central, fuerza disminuida en miembros superiores e inferiores derechos con claudicación en maniobras de Barré y Barré invertido con rigidez de nuca con Kerning y Brudzinski dudosamente positivos.

Se llevaron a cabo numerosas pruebas complementarias, analítica de sangre con leucocitosis con reactantes de fase aguda y elevación sutil de CK.

La analítica de orina revelaba tóxicos positivos para benzodiacepinas, anfetaminas y opiáceos. El TAC

craneal y angioTAC sin signos de isquemia, stop de gran vaso e imágenes compatibles con abscesos cerebrales y por último, la punción lumbar arrojaba valores dentro de la normalidad con tinción Gram sin microorganismos

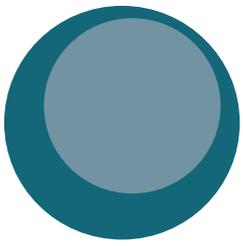
En primer lugar, orientamos este caso como si pudiera ser una infección del Sistema Nervioso Central o un accidente isquémico transitorio, pero ante la normalidad de las pruebas, finalmente conseguimos identificar que se trataba de un síndrome serotoninérgico secundario a sertralina¹, abuso de drogas frecuente y reciente consumo de anfetaminas.

OBJETIVO DEL APRENDIZAJE

Valorar al paciente de manera integral y hacer hincapié en los antecedentes personales y en el consumo de tóxicos y fármacos en la anamnesis.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN FINAL

Es importante tener claro que se trata de un paciente consumidor de drogas de manera habitual con asistencia a fiestas chemsex de manera puntual, así mismo presenta episodios de migraña crónica con mal control del dolor pese a tratamiento preventivo. Por tanto, es obligatorio descartar posibles efectos adversos o que pudiera tratarse de una interacción farmacológica en el consumo abusivo de sustancias de un paciente, sin olvidar las patologías más frecuentes que se correlacionan con la sintomatología.



INCIDENTES CRÍTICOS

8. NO TODO SON AGUJETAS

■ Ferre Sánchez C.
Especialista en MFyC, C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude de nuevo a la consulta una mujer de 42 años por cuadro de inicio hace 5 días de dolor en costado izquierdo, de características pleuríticas e intensidad creciente a lo largo de los días siguientes. Niega dolor retroesternal. El dolor no se modifica con la actividad física. Niega disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, nicturia o edema. Niega clínica abdominal o urinaria. No síndrome constitucional. No fiebre ni distermia. No síncope, no hemoptisis. En las anteriores ocasiones en su estancia en el Centro de Salud (atendido de Urgencias por otros médicos) se le realizó ECG sin alteraciones significativas y se le aconsejó toma de antiinflamatorios con relación a posible dolor muscular secundaria a sobreesfuerzo en el gimnasio.

Ante la negativa remisión de síntomas, y el incremento de preocupación dados los antecedentes de varios casos de cardiopatía isquémica precoz en familia por línea materna, una tía con muerte súbita cuya causa desconocida y un hermano con antecedente de TVP.

Durante la anamnesis, reinterrogamos al paciente quien realizó a finales de diciembre un vuelo de cinco horas durante el que no se levantó. No cirugías ni ingresos. No nuevos tratamientos salvo uno estético de radiofrecuencia.

En cuanto a la exploración física, estaba estable hemodinámicamente, afebril.

Tensiones arteriales 95/58 mmHg, frecuencia cardíaca 67 lpm. SpO2 98% basal. Eupneica sin trabajo respiratorio y con auscultación cardiopulmonar sin signos de alarma. Sin afectación de miembros distales.

Finalmente, ante el mal control del dolor con analgesia y la normalidad de las pruebas, decido derivar al hospital más cercano para realizar prueba de imagen.

Se realiza una radiografía de tórax observando condensaciones en ambos senos costofrénicos en relación a infartos pulmonares y en el angioTAC se observa tromboembolismos pulmonares múltiple segmentario bilateral con infartos pulmonares establecidos subsegmentarios en la porción lateral en los segmentos laterales de los lóbulos inferiores. Sin signos de sobrecarga de cavidades cardíacas derechas. Engrosamiento de las paredes

bronquiales de los lóbulos inferiores, a valorar posibilidad de proceso inflamatorio crónico del árbol bronquial.

Ingresa durante 24 horas en planta de Medicina Interna por embolia aguda de pulmón segmentaria bilateral no provocada (favorecida por viaje en avión) de riesgo bajo. Se inicia anticoagulación a dosis plenas con HBPM ajustada a peso con buena evolución.

OBJETIVO DEL APRENDIZAJE

Diagnóstico diferencial del dolor torácico.

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar que no todo dolor torácico en paciente joven sin antecedentes personales de interés ni patología cardiovascular tiene que ser tomado como una contractura o un dolor torácico atípico sin signos de alarma. Ante la segunda visita por la continuidad de sintomatología pese a antiinflamatorios, es imprescindible valorar si el diagnóstico es el adecuado y proceder en función de lo previo.

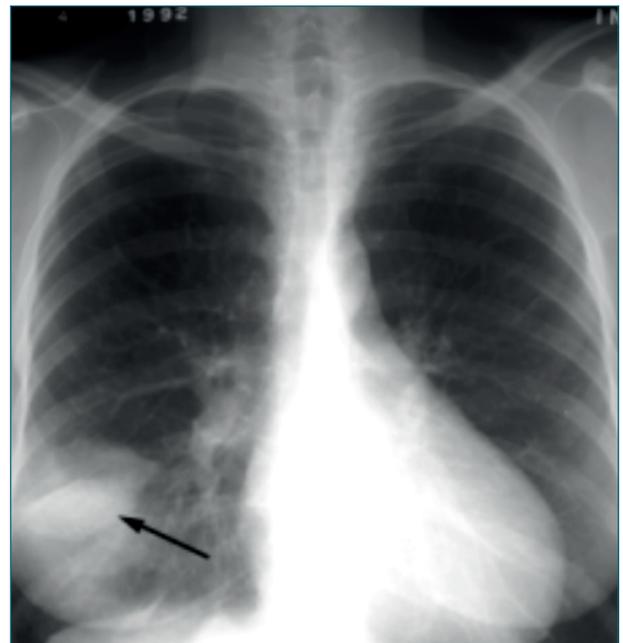
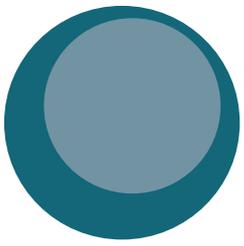


Figura 1. Rayo X del caso.
Imagen con consentimiento del paciente.



INCIDENTES CRÍTICOS

9. ¿PAPÁ, POR QUÉ HABLAS TAN RARO?

■ Ferre Sánchez, C.
Especialista en MFyC. C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte, Madrid.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a la consulta de Atención Primaria de Urgencias un varón de 37 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Comenta desviación de comisura bucal de 4 horas de evolución y dificultad para emisión del habla de meses de evolución de manera esporádica. Ha presentado cefalea en agosto y el fin de semana pasado, que se autolimitó con analgesia convencional. No interrupción del sueño. Niega alteración en lectoescritura. No ha presentado pérdida de fuerza ni de sensibilidad. No cuadro infeccioso los días previos. Niega otra sintomatología acompañante.

En cuanto a la exploración neurológica: Glasgow 15/15. No presenta nistagmo. Habla sin alteraciones aparentes. Campos visuales sin afectación. Presenta borramiento de surco nasogeniano izquierdo y desviación de comisura a la derecha. Fuerza y sensibilidad globalmente conservada. No disimetría ni disdiadococinesia. Marcha normal. Resto de exploración neurológica sin alteraciones significativas.

Ante los hallazgos en la exploración derivó de manera inmediata al Hospital de referencia, donde se le realiza TAC de Urgencia y una RMN, objetivando una lesión intraparenquimatosa frontal derecha que asocia edema y desplazamiento de la línea media. Posteriormente, se le realiza una craneotomía frontotemporal derecha y se recoge una biopsia de la lesión confirmando glioma de alto grado.

Se comenta en comité de tumores donde se desestima para nueva intervención quirúrgica, se plantea radioterapia y quimioterapia.

Al mes y medio, comienza a experimentar crisis focales y dolor incontrolable con opioides, secundario al proceso neoplásico, por lo que se le aumenta el tratamiento corticoide y se desestima nueva administración de radioterapia. Finalmente, el paciente fallece a los dos meses y medio del inicio del diagnóstico.

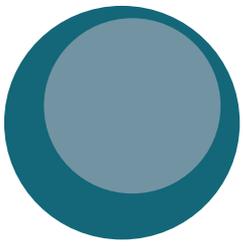
OBJETIVO DEL APRENDIZAJE

Instaurar en la población general el conocimiento de los síntomas de alarma de las cefaleas.

Concienciar que es necesario consultar ante una cefalea unilateral localizada en un punto concreto y que no cede con analgesia. También se consideran signos de alarma, que se desencadena con esfuerzo físico, tos o cambio postural y que presente fiebre o complicaciones.

CONCLUSIÓN

Es importante resaltar el consultar al médico de Atención Primaria ante cefaleas que cumplan cualquiera de los puntos de alarma previamente mencionados y ante la mínima sospecha derivar a las urgencias hospitalarias para evitar el retraso del diagnóstico.



INCIDENTES CRÍTICOS

10. NOTIFICACIÓN EN EL RELOJ DIGITAL

■ Ferre Sánchez C.
Médico especialista de MFyC, C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte, Madrid.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, antecedentes personales de ansiedad y migraña. Acude a Urgencias de PAC rural a las 3:30 am tras despertarse para ir al baño y sentir dolor torácico paraesternal izquierdo de características: no opresivo, no irradiado, sin cortejo vegetativo, de 20 segundo de duración, auto limitado, con notificación en alarma de reloj digital: “Se detecta arritmia”. Niega dolor torácico actual, palpitaciones, disnea ni mareo. Estas semanas con mayor estrés del habitual, está entrenando para un “ironman”, esta tarde ha hecho ejercicio intenso. Dos episodios hace seis meses.

En cuanto a la exploración física es anodina, sin auscultar soplos y con pulsos a todos los niveles presentes y simétricos. Glucemia, tensión arterial y saturación de oxígeno en valores normales.

Trabaja como autónomo en almacenes de peluquería. Visitas recurrentes a Urgencias por palpitaciones y dolor torácico, con pruebas complementarias (ECG, HOLTER, AS) siempre normales, diagnosticada de crisis de ansiedad y dada de alta con benzodiacepinas. En estudio por Cardiología de Medicina Privada, Holter de 2022 y ecocordio normales.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Solicitamos que nos muestre el aviso del reloj, que refiere “arritmia”.

Se realiza ECG de 8 derivaciones objetivando BAV completo, con ritmo de escape a 70lpm, de unos 8 segundos de duración, sin clínica referida por el paciente; hemodinámicamente estable.

Al minuto vuelve a ritmo sinusal a 75lpm, con PR alargado, sin otras alteraciones de la repolarización.

Posteriormente, vuelve a confirmar el BAV completo.

Se informa de necesidad de traslado en UVI móvil a Urgencias Hospitalarias, donde finalmente se le colocó un marcapasos durante ingreso.

OBJETIVO DE APRENDIZAJE

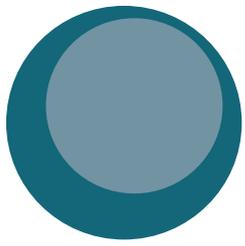
Identificación de signos de alarma en dolores torácicos.

Verificar que clase de dolor torácico o arritmia es necesario derivar a las urgencias hospitalarias.

CONCLUSIÓN

Destacar que en Atención Primaria jugamos un papel fundamental en el diagnóstico de las arritmias y el manejo de la inestabilidad del paciente. Ambos factores pueden cambiar el pronóstico vital.

Así mismo, este caso clínico es un buen ejemplo del avance de la tecnología para la salud.



INCIDENTES CRÍTICOS

11. BOTÓN PULMONAR

- Rouco-Regueira M.I.^a; Sierra Santos L.^a; Mei Fernández Rouco N.^b; Cuesta Sierra H.^b; Romero Barzola M.Y.^c.
(^a) Médica de familia del C.S. San Agustín de Guadalix.
(^b) Estudiante de enfermería. Universidad Autónoma de Madrid.
(^c) Médica de familia. Médico del Servicio de Urgencias. Médica de la Comunidad de Madrid. SUMMA 112.

DESCRIPCIÓN

Acude a la consulta de Atención Primaria un paciente de 64 años que presenta tos de tres meses de evolución que comenzó tras una infección respiratoria vírica, ya resuelta.

No presenta fiebre ni síntomas infecciosos respiratorios en la actualidad.

Es fumador de un paquete al día desde hace veinte años como único antecedente de interés.

A la exploración presenta una saturación del 99% de oxígeno y un electrocardiograma normal. En la auscultación se percibe un murmullo vesicular conservado a 13 respiraciones por minuto. Todo el resto de las exploraciones es normal.

Ante la persistencia de la tos tras tres meses se solicita radiografía de tórax.

Al recibir la radiografía sin informe sorprende una imagen en el polo superior derecho de un nódulo localizado con una disminución de densidad central,

nódulo único y de aspecto sólido que nos hizo sospechar una neoplasia (Figura 1).

Tras acercar la imagen visualizamos orificios centrales en el nódulo que aparentaban ser un posible botón (Figura 2).

En la radiografía lateral del tórax (Figura 3) se observa una localización fuera del tórax posiblemente por alguna prenda de ropa del paciente, el cual al ser preguntado afirma que se le realizó la radiografía sin quitar la camisa.

ELABORACIÓN DE LA PREGUNTA

1. ¿Es realmente importante una depurada técnica para la realización de la radiografía?
2. ¿Los médicos deben seguir la visualización de la radiografía siguiendo estrictamente los protocolos de las distintas imágenes tanto para la radiografía de tórax postero anterior como lateral?
3. ¿Es necesario que las placas de tórax sospechosas de malignidad sean informadas por radiólogos?

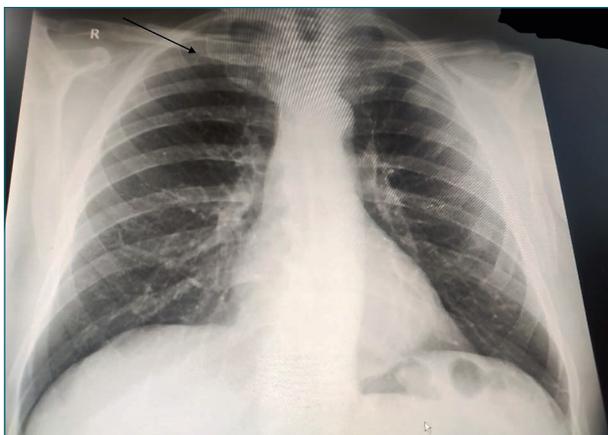


Figura 1. Radiografía de tórax PA, dónde se aprecia imagen nodular en polo superior derecho.



Figura 2. Radiografía tórax PA, con ampliación sobre la imagen sospechosa.

* *Imágenes con consentimiento del paciente.*

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Repasar los protocolos de realización y optimización de la técnica, con el fin de evitar elementos que puedan distorsionar la lectura de la radiografía¹.

Incidir en la preparación del paciente por los técnicos de radiología.

Seguir un protocolo claro de lectura de radiografía.

Enfatizar la necesidad de formación de los médicos de familia en colaboración conjunta con los radiólogos.

MÉTODOS

1. Consulta de protocolos en la realización de radiografías y de orden de correcta lectura de una radiografía.
2. Sesiones clínicas con los especialistas.
3. Aprendizaje asistido por ordenador.
4. Consulta libros de texto.
5. Búsqueda bibliográfica.

ADQUISICIÓN DEL APRENDIZAJE

¿Qué has aprendido?

Evitar conclusiones precipitadas utilizando protocolos².

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

La consulta y puesta en común con compañeros. La solicitud del informe al especialista, para ver más

allá del artefacto dada la dificultad de interpretación de la prueba³.

REGISTRO DEL APRENDIZAJE

Se recomienda la colaboración entre médico, enfermera y radiólogo, para una mejor interpretación de las radiografías y reconocimiento de artefactos, que eviten confusión diagnóstica y/o errores².

En nuestro día a día, es importante la colaboración dentro del equipo, sobre todo, los consensos en el trato al paciente, juntamente con enfermería, para una atención coordinada y más efectiva.

¿CÓMO SE APLICA EL APRENDIZAJE A LA PRÁCTICA?

Mediante la aplicación de protocolos y la colaboración conjunta de todo el equipo (médico/enfermera).

¿QUÉ FALTA POR APRENDER? ¿QUÉ HARÍAS PARA INCORPORARLO?

Cursos de reciclaje con los especialistas y revisión de radiografías, mediante sesiones clínicas en el centro de salud³.

CONCLUSIONES

Con la llegada del informe radiológico y al volver a revisar la radiografía, se detectan bronquiectasias periféricas de pared gruesa sin asociar foco consolidativo en segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo.

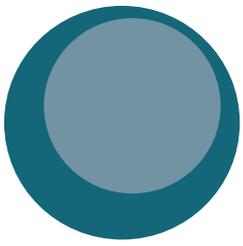
Antiguas fracturas de arcos costales anteriores izquierdos y luxación acromioclavicular izquierda.

Pérdida de espacio inter somático en espacios discales de columna dorsal, media y escoliosis.

Se solicita interconsulta a neumología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mora P. Optimización de la técnica radiográfica del tórax PA. Acta med costarric 2002; 44: 149-154.
2. Legorburu Toña M, Diez Fores P, Onís González E, Saenz Aguirre M, García de Andoin Sojo C, Alonso Sánchez I. Nada es lo que parece: hallazgos que simulan patología en la radiografía de tórax. Póster presentado en: 35 Congreso Seram; 2021; edición virtual.
3. Giménez Palleiro A M. Información básica de la RX de tórax. Med. resp. 2017; 10: 25-39.



1. ÍNDICE DE TRIGLICERIDOS GLUCOSA PARA DETERMINAR LA INSULINIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. ESTUDIO RETROSPECTIVO EXPLORATORIO

■ María Tablado M.A.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
GdT Diabetes de SoMaMFyC.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación entre el índice de ITG (Índice triglicéridos glucosa) con la necesidad de insulización una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2 el índice de triglicéridos glucosa (ITG) como marcador de Resistencia a la Insulina (RIn) para demostrar que aquellos que tuvieron que ser insulinizados tenían una RIn medida con este índice mayor a los no insulinizados.

Método: Los criterios de inclusión los pacientes con diagnóstico T90 (diabetes mellitus) de un solo cupo médico de atención primaria, que tenían al menos una determinación de triglicéridos y glucosa y una historia clínica activa en el último año. Los criterios de exclusión: pacientes con un registro defectuoso y aquellos no diabéticos tipo 2. Variables: las determinaciones de glucosa y triglicéridos más próximas al diagnóstico y las actuales y las compararemos entre los insulinizados y los que no lo han sido en el momento actual.

Resultado: Todos los participantes presentaron RIn (Resistencia insulínica definida por $ITG > 8,8$). No hubo diferencias estadísticas entre los distintos grupos. Si tuviéramos que establecer un punto de corte para la insulización basado en este estudio sería 9.40.

Conclusiones: La RIn medida como ITG es fácil de realizar en atención primaria. Es muy alto en los pacientes de esta cohorte. Puede ser útil para determinar el momento en que debo insulinar a mis pacientes.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Metabólico. Diabetes Mellitus, Resistencia a la Insulina, Triglicéridos, Glucosa, Insulina.

INTRODUCCIÓN

La resistencia a la insulina (RIn) está entre las hipótesis causales del llamado Síndrome Metabólico (SMet). Las evidencias actuales y la literatura al res-

pecto refieren la existencia de una tendencia a la disglucemia, diabetes, hipertensión y dislipemia en un perfil de pacientes en que en líneas generales también es frecuente la obesidad tanto en forma de aumento de peso como de perímetro abdominal, siendo estos pacientes en su mayoría resistentes a la insulina^{1,2}

El SMet es una incapacidad de los tejidos periféricos de utilizar la insulina de forma adecuada la misma ante la presencia de glucosa en el torrente sanguíneo tras las ingestas habituales que conduciría a largo plazo a complicaciones (vasculares, nefrológicas, metabólicas hepáticas, hipertensión)^{3,4,5}

Los islotes pancreáticos con el tiempo pueden dejar de hacer su función con el tiempo (hiperglucemia e hipoinsulinemia), una especie de diabetes secundaria al daño pancreático.

Si añadimos a lo expuesto anteriormente que existen los “muy resistentes a la insulina” con necesidades de esta mayor a 200 UI/día, estamos ante un reto diagnóstico de forma precoz de los pacientes RIn⁶

Para hacer el diagnóstico de RIn tenemos datos directos como el “clamp glucémico” de difícil realización y baja sensibilidad. Similar sensibilidad tiene el índice HOMA IR que utiliza la cantidad de insulina en sangre basal como referencia, considerándolo una forma indirecta de diagnóstico^{7,8}. En nuestro medio nunca utilizaríamos estas determinaciones como screening^{9,10}

En distintos estudios se ha visto que tanto en pacientes sanos, pacientes prediabéticos y DM tipo 2 el índice triglicéridos/ glucosa ITG (logaritmo neperiano del producto de ambos dividido por 2, es otra forma indirecta de conocer la RIn con una sensibilidad muy similar al HOMA IR, pero con un coste mucho más bajo y asequible (ambas determinaciones, glucosa y triglicéridos, las realizamos de forma rutinaria en este tipo de pacientes). De hecho, están incluidas en las pruebas propuestas en las actividades preventivas PAPPs^{11,12,13,14}

Muchos de estos pacientes van a ser conocidos por nosotros justo cuando debutan como diabetes 2 o cuando debemos intensificar el tratamiento para la misma (insulinización)¹⁵.

Proponemos un estudio piloto para “explorar” la posible relación entre el ITG y la necesidad de insulinización. Proponemos a modo exploratorio este estudio la posibilidad de que el ITG sea predictor de la insulinización de los pacientes con diabetes tipo 2 independiente de su diagnóstico como SMet, admitiendo que la resistencia a la insulina en fases avanzadas que suelen corresponder a la insulinización es más difícil de valorar (islotos agotados que no producen insulina).

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir la asociación entre un Índice triglicéridos glucosa (ITG) > 8,8 en una analítica previa y la posterior necesidad de insulinización en pacientes con diabetes tipo 2.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Describir el índice triglicéridos/glucosa en pacientes con DM y con DM tratados con insulina.

Estudiar la relación del índice con HTA, control metabólico; Enfermedad renal crónica y

DISEÑO.

Diseño descriptivo piloto transversal retrospectivo.

MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO

Población diana: los pacientes diagnosticados de DM CIAP(T90) de un solo cupo médico. Aproximadamente 150 personas. Los criterios de inclusión: Pertenecer al CIAS de un solo médico del CS Perales de Tajuña, mayores de 18 años, tener episodio abierto CIAP T90 (Diabetes Mellitus), tener al menos una determinación analítica que incluye Triglicéridos y glucosa basal en ayunas en una misma extracción (mismo día., los criterios de exclusión fueron: ausencia de actividad en la historia clínica en los últimos 2 años, pacientes mal diagnosticados de Diabetes Mellitus (no cumplen los criterios ADA al respecto), Diabetes tipo 1.

La extracción de datos de la historia electrónica de los pacientes se realizó inicialmente a través de Consulta web (aplicativo o cuaderno de mando en atención primaria) de los pacientes con episodio abierto CIAP T90 (diabetes mellitus de un solo cupo médico). Una vez identificados los pacientes que cumplen los criterios de inclusión, se obtendrán los datos relativos a las

variables de estudio a través de AP Madrid (historia clínica de atención primaria de la Comunidad de Madrid). Los datos obtenidos de la historia clínica se incorporarán disociados a un fichero que contendrá solo datos seudonimizados relleno una tabla Excel. Bajo custodia del investigador principal. Si no hay ningún dato registrado en el tiempo establecido para cada una de las variables en el estudio, se considera missing.

Al tratarse de un estudio piloto exploratorio consideramos como muestra el total de los pacientes HTA de un solo cupo, aproximadamente 150 personas (20% en tratamiento con insulina).

Variable principal: Índice triglicéridos glucosa (ITG) calculado como $\text{Ln}(\text{glucosa mg/dl} \times \text{triglicéridos mg/dl} / 2)$, utilizando los datos de triglicéridos y de glucosa basal de una misma analítica (mismo día de extracción). Se obtuvieron los datos de triglicéridos y glucosa de la analítica más próxima al diagnóstico de DM (M1), la analítica más actual posible analítica en el momento de la realización del estudio (M2) y en el caso de los pacientes con insulina la analítica más próxima a la insulinización (M3)

Otras variables: edad, sexo, peso en Kg, talla en cm, año diagnóstico de Diabetes, HTA, Dislipemia, Diabetes Gestacional previa, Obesidad, Evento cardiovascular tipo Ictus, Evento cardiovascular tipo cardiopatía isquémica, Insuficiencia cardíaca, Fibrilación auricular, Enfermedad Renal Crónica.

Variables bioquímicas (todas las analíticas serán de una misma extracción y muestra de orina (mismo día):

Glucosa basal en ayunas en mg/dL, HbA1c en %, Colesterol total en mg/dL, Colesterol HDL en mg/dL, Colesterol LDL en mg/dL, Triglicéridos en mg/dL, TFGe (Filtrado glomerular por CKD EPI), CAC (Cociente albúmina creatinina primera micción).

Medicación actual: antihiper glucemiante: insulina, iDPP4, iSLT2, pioglitazona, metformina, AR GLP1.

Análisis estadístico:

Se realiza análisis estadísticos Descripción de variables cualitativas en porcentaje y cuantitativas en media y DS. Análisis bivariado: variable cuantitativa (ITG) con variable dicotómica (DM insulina/DM no insulina) “t “Student.

RESULTADOS

Total, posibles analizables 117. Eliminados 20: 14 con registro deficiente o ausente, 2 diabetes tipo 1, 4 no cumplían criterios de Diabetes Mellitus.

Analizados 97 pacientes (Tabla 1), 42% Mujeres. 76 sin insulina (78%), Edad media (70.9 años), el 2013

Tabla 1. Características de los participantes seleccionados

	Total DM (DS)	DM sin insulina (DS)	DM con insulina (DS)
n	97	76	22
Edad (años)	70.9 (13.4)	70.15 (6,36)	73.23 (2,82)
Mujeres	41 (42%)	33 (51%)	8 (36%)
Año Media diagnostico DM	2013	2015	2008
HTA	71 (73%)	53 (70 %)	18 (81%)
Dislipemia	59 (60%)	44 (57%)	15 (68%)
Ictus	10 (10%)	6 (8%)	4 (18%)
Cardiopatía Isquémica	13 (13%)	11 (14%)	2 (1%)
Insuficiencia Cardiaca	6 (6%)	5 (6%)	1 (1%)
Fibrilación Auricular	10 (10%)	8 (10%)	2 (1%)
Enfermedad Renal Crónica	43 (44%)	33 (43%)	10 (45%)
HbA1c (%)	8 (34.15)	7.8 (32.74)	8.5 (0.35)
Colesterol Total (mg/dL)	175 (24.74)	182 (0)	148 (26.16)
Colesterol HDL (mg/dL)	47 (12.72)	47 (7.77)	44 (14.14)
Colesterol LDL (mg/dL)	98 (5.65)	103 (2.12)	77 (36.06)
Filtrado ml/mn/1,73m ²	72 (19.09)	71 (19.79)	72 (10.6)
CAC (mg/g)	63 (75,66)	53 (75.66)	100 (0)
Glucosa M1 (mg/dL)	153 (90.5)	150 (4,94)	165 (75,66)
Glucosa M2 (mg/dL)	136 (2,8)	130 (60,1)	155 (3,53)
Glucosa M3 (mg/dL)			184 (89,909)
Triglicéridos M1 (mg/dL)	183 (48,79)	186 (151,32)	173 (52,32)
Triglicéridos M2 (mg/dL)	157 (31,11)	162 (28,99)	136 (19,09)
Triglicéridos M3 (mg/dL)			156 (59,39)
Índice Triglicéridos Glucosa M1	9.26 (0.06)	9.25 (0,68)	9.30 (0.07)
Índice Triglicéridos Glucosa M2	9.10 (0,29)	9.08 (0,53)	9.13 (0,26)
Índice Triglicéridos Glucosa M3			9.40 (1,12)

fue el año con más frecuencia de diagnósticos de DM. Comorbilidades: HTA 73%, Dislipemia 60%, Ictus 10%, Cardiopatía Isquémica 13%, Insuficiencia Cardiaca (6%), Fibrilación Auricular (10%), Enfermedad Renal crónica (44%).

Colesterol total media 175 mg/dl, Colesterol HDL total media 47 mg/dl, Colesterol LDL total media 98 mg/dl, Filtrado media CKD EPI 72 ml/mn/1,73m², CAC primera micción 63 mg/g. Triglicéridos totales M1 183 mg/dl, Triglicéridos totales M2 157 mg/dl, Triglicéridos totales M3 156 mg/dl, Glucosa total M1 153 mg/dl, Glucosa total M2 136 mg/dl, Glucosa total M3 184. mg/dl

Índice triglicéridos glucosa total M1 9.26. Índice triglicéridos glucosa total M2 9.06. Índice triglicéridos glucosa total M3 9.40.

Solamente 4 pacientes estaban sin tratamiento farmacológico. Al menos un 45% de los insulinizados recibían un segundo fármaco. El fármaco más prescrito en los no insulinizados fueron los iDPP4 e iSGLT2 (Tabla 2).

Al analizar la relación entre ITG y la insulinización (Tabla 3). Media ITG M1 sin insulina 9.24, media ITG M1 insulinizados 9.290 p>0,01; Media ITG M2 sin insulina 9.08, con insulina 9.13 p>0.01.

¿La decisión de insulinizar con que criterios? Son los criterios clínicos.

En los pacientes insulinizados: ITG M1 9,290 vs ITG M3 9.39 p>0.01. Media ITG M2 9.13, ITG M3 9.39 p>0.01.

Tabla 2. Medicación de los pacientes de la cohorte

	DM sin Insulinia (76)	Insulinizados (21)
iSLT2	33	10
iDPP4	35	9
Sulfonilureas	5	0
Pioglitazona	12	2
Metformina	28	8
Acarbosa	1	0
Insulina		21
Sin tratamiento farmacológico	4	

CONCLUSIONES

Pese a las claras limitaciones para poder realizar una inferencia estadística el ITG no se puede establecer como marcador de riesgo o factor pronóstico por no ser un estudio de seguimiento, sino simplemente de asociación entre dos parámetros por las características del tipo de estudio (exploratorio, sin seguimiento), un solo cupo médico, ausencia de determinaciones analíticas, problemas de registro o mala clasificación de la Diabetes Mellitus hemos conseguido una muestra aparte de las pérdidas (17% del total) de 97 pacientes.

Nuestro objetivo era demostrar que aquellos pacientes con Diabetes tipo 2 que son insulinizados son además más resistentes a la insulina (determinándolo con el índice de triglicéridos glucosa y su punto de corte 8,8). De los resultados se deduce que todos los participantes de la cohorte eran Resistentes a la Insulina (RIIn) por $ITG > 8,8$. No existiendo diferencia estadística entre los pacientes insulinizados y los no insulinizados

respecto al ITG ni en el momento 1 (diagnóstico), ni en el momento 2 (actual). Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en el propio grupo de insulinizados antes y después de la misma. Entendemos que una muestra mayor distribuida más homogénea con la población, o el uso del HOMA IR pueden obtener otros resultados, incluso diferencias estadísticas.

Tampoco la posible “intensidad de resistencia a la insulina” medida por ese parámetro es menor en ambos grupos por lo que el parámetro ITG no vale como predictor de insulinización.

Llama la atención en esta cohorte la alta prevalencia de HTA (71%), de dislipemia (60%) y de Enfermedad Renal Crónica (44%) con distribución similar en ambos grupos.

Si tuviéramos que establecer un punto de corte para la insulinización basado en este estudio sería 9.40 muy por encima del determinante del SMet (8.8). ¿Es la diabetes establecida y más en concreto la diabetes que precisa insulina el factor más determinante para el SMet? ¿Podría ser útil un índice tan sencillo de obtener en atención primaria clave para decidirnos a insulinizar a los pacientes? Proponemos nuevos estudios para responder estas cuestiones.

ÉTICO LEGAL

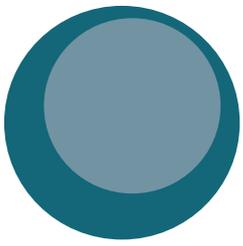
El estudio obtuvo el consentimiento para su realización de la Comisión Local de Investigación Sureste de SERMAS. Se consideró no necesario recabar el consentimiento informado de los pacientes por ser un estudio retrospectivo, sin intervención y cuyo resultado no altera el manejo de estos pacientes.

Tabla 3. Contraste de Hipótesis (t de student)

	Momento 1	Momento 2
Media ITG sin insulina	9.24	9.08
Media ITG con insulina	9.29	9.13
Estadístico t	-0.27	-0.31
P (dos colas)	>0.01	>0.01
	Momento 1 vs momento 3	Momento 2 vs momento 3
Media ITG sin insulina	9.24	9.08
Media momento insulinización	9.39	9.39
Estadístico t	-0.79	-1.93
P (dos colas)	>0.01	>0.01
	Momento 1 vs Insulinización mismo grupo	
Media ITG M1	9.13	
Media ITG insulinización	9.39	
Estadístico t	-1.53	
P (dos colas)8.54	>0.01	

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Salinas, C. A., Rojas, R., Gómez-Pérez, F. J., Valles, V., Ríos-Torres, J. M., Franco, A., Olaiz, G., Rull, J. A., & Sepulveda, J. (2003). Analysis of the Agreement Between the World Health Organization Criteria and the National Cholesterol Education Program-III Definition of the Metabolic Syndrome. *Diabetes Care*, *26*(5), 1635-1635. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1635>
2. Alberti, K. G. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*, *366*(9491), 1059-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67402-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67402-8)
3. Adeva-Andany, M. M., Martínez-Rodríguez, J., González-Lucán, M., Fernández-Fernández, C., & Castro-Quintela, E. (2019). Insulin resistance is a cardiovascular risk factor in humans. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *13*(2), 1449-1455. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.02.023>
4. Hill, M. A., Yang, Y., Zhang, L., Sun, Z., Jia, G., Parrish, A. R., & Sowers, J. R. (2021). Insulin resistance, cardiovascular stiffening and cardiovascular disease. *Metabolism*, *119*, 154766. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2021.154766>
5. Sarafidis, P. A., & Ruilope, L. M. (2006). Insulin Resistance, Hyperinsulinemia, and Renal Injury: Mechanisms and Implications. *American Journal of Nephrology*, *26*(3), 232-244. <https://doi.org/10.1159/000093632>
6. Buchanan, T. A., Watanabe, R. M., & Xiang, A. H. (2010). Limitations in Surrogate Measures of Insulin Resistance. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *95*(11), 4874-4876. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-2167>
7. DeFronzo, R. A., Tobin, J. D., & Andres, R. (1979). Glucose clamp technique: a method for quantifying insulin secretion and resistance. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, *237*(3), E214. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.1979.237.3.E214>
8. Wallace, T. M., Levy, J. C., & Matthews, D. R. (2004). Use and Abuse of HOMA Modeling. *Diabetes Care*, *27*(6), 1487-1495. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.6.1487>
9. Lee, S.-H., Park, S.-Y., & Choi, C. S. (2022). Insulin Resistance: From Mechanisms to Therapeutic Strategies. *Diabetes & Metabolism Journal*, *46*(1), 15-37. <https://doi.org/10.4093/dmj.2021.0280>
10. Wondmkun, Y. T. (2020). Obesity, Insulin Resistance, and Type 2 Diabetes: Associations and Therapeutic Implications. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity : Targets and Therapy*, *13*, 3611-3616. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S275898>
11. Lee, D. Y., Lee, E. S., Kim, J. H., Park, S. E., Park, C.-Y., Oh, K.-W., Park, S.-W., Rhee, E.-J., & Lee, W.-Y. (2016). Predictive Value of Triglyceride Glucose Index for the Risk of Incident Diabetes: A 4-Year Retrospective Longitudinal Study. *PLOS ONE*, *11*(9), e0163465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163465>
12. Orozco-Beltrán, D., Brotons Cuixart, C., Alemán Sánchez, J. J., Banegas Banegas, J. R., Cebrían-Cuenca, A. M., Gil Guillen, V. F., Martín Rioboó, E., & Navarro Pérez, J. (2020). Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. *Atención Primaria*, *52*, 5-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.08.002>
13. Simental-Mendía, L. E., Rodríguez-Morán, M., & Guerrero-Romero, F. (2008). The Product of Fasting Glucose and Triglycerides As Surrogate for Identifying Insulin Resistance in Apparently Healthy Subjects. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, *6*(4), 299-304. <https://doi.org/10.1089/met.2008.0034>
14. Unger, G., Benozzi, S. F., Perruzza, F., & Pennacchiotti, G. L. (2014). Índice triglicéridos y glucosa: un indicador útil de insulinorresistencia. *Endocrinología y Nutrición*, *61*(10), 533-540. <https://doi.org/10.1016/J.ENDONU.2014.06.009>
15. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*. (2022). *Diabetes Care*, *45*(Supplement_1), S125-S143. <https://doi.org/10.2337/dc22-S009>



2. 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.A.

⁽¹⁾ Especialista en MFyC. C.S. Los Ángeles.

⁽²⁾ Especialista en MFyC. C.S. Goya.

⁽³⁾ Especialista en MFyC.

RESUMEN

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 socio-demográfico 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 normal (1). 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 accidentes (2).

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 meses (3).

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 trastornos (4). Algunos estudios sugieren que las personas más jóvenes perciben mayor perjuicio con la falta de sueño que las ancianas, por lo que estas consultan menos (5).

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 validada (8).

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 vida (1). 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 médico (2). En otros países como Estados Unidos, el insomnio afecta a 25 millones de personas produciendo una importante morbilidad asociada (9). 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/obesidad (2). Respecto a la edad, la población anciana es más vulnerable a los efectos deletéreos sobre la salud mental que presenta el insomnio (5).

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 COVID-19 en cada ciudad y el insomnio (11).

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 semanales de consumo de plataformas 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 circadiano (5), y establecer un perfil clínico- sociodemográfico de otras características asociadas que ya han mostrado previamente su relación con el sueño (2).

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 población (12).

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 puntos (7).

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 benzodiazepinas 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

Tabla 1. 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 COVID-19
<i>*Variable principal</i>	

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.

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 edad, 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% 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.

Tabla 2. 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				0,938
Sexo femenino	18 (46,15)	22 (50)	22 (50)	
Sexo masculino	21 (53,85)	22 (50)	22 (50)	
Estado civil				<0.001
Con pareja	10 (25,64)	29 (65,91)	33 (73,33)	
Sin pareja	29 (74,36)	15 (34,09)	12 (26,67)	
Situación laboral				<0.001
En activo	27 (69,23)	36 (81,82)	5 (11,11)	
No activo	12 (30,77)	8 (18,18)	40 (88,89)	
Variables físicas				
IMC				0,006
Bajo peso	2 (5,13)	0 (0)	1 (2,22)	
Normopeso	25 (64,10)	21 (48,84)	11 (24,44)	
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				0,806
Insomnio	5 (16,67)	8 (20,51)	9 (23,08)	
No insomnio	25 (83,33)	31 (79,49)	30 (76,92)	
Polifarmacia				<0.001
Sí	2 (5,13)	3 (6,82)	17 (37,78)	
No	37 (94,87)	41 (93,18)	28 (62,22)	

Tabla 3. 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			0,698
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)	
Sexo			0,303
Sexo femenino	45 (45,92)	17 (56,67)	
Sexo masculino	53 (54,08)	13 (43,33)	
Estado civil			0,430
Con pareja	57 (58,16)	15 (50)	
Sin pareja	41 (41,84)	15 (50)	
Situación laboral			0,979
En activo	52 (53,06)	16 (53,33)	
No activo	46 (46,94)	14 (46,67)	
Variables físicas			
IMC			0,206
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)	
Variables clínico-asistenciales			
Salud mental			0,012
Trastorno mental	13 (13,27)	10 (33,33)	
No trastorno mental	85 (86,73)	20 (79,49)	
Polifarmacia			0,116
Sí	14 (14,29)	8 (26,67)	
No	84 (85,71)	22 (73,33)	
Consumo de BZD/AD			0,014
Sí	9 (9,18)	8 (26,67)	
No	89 (90,82)	22 (73,33)	

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 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 benzodicepinas.

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 1 (16) (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 socioeconómico (17).

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 se* o con patologías de base tradicionalmente asociadas al insomnio, probablemente haya confluído 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 benzodiazepinas 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 benzodiazepinas o anti-depresivos, no considerando otros grupos farmacológicos utilizados eventualmente por los pacientes con los trastornos del sueño como pueden ser los anti-histamínicos 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 sueño (18) así como otras condiciones o enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el insomnio (19) 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. Sarraís 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). *Atención Primaria*. 2019 Dec;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 Jun 15;14(06):1017-24.
6. Bastien C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307.
7. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res*. 2003 Sep;55(3):263-7.
8. Gómez-Benito J, Ruiz C, Guilera G. A Spanish version of the athens insomnia scale. *Qual Life Res*. 2011 Aug 6;20(6):931-7.
9. Perez MN, Salas RME. Insomnia. *Contin Lifelong Learn Neurol*. 2020 Aug;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 Dec 30;39(3):399-404.
11. Kong G, Kong D, Shi L. Sleeplessness in COVID-19 pandemic: Lockdown and anxiety. *J Asian Econ*. 2022 Jun;80:101460.
12. Torrens I, Ortuño M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Actitudes ante el insomnio de los médicos de AP de Mallorca. *Atención Primaria*. 2016 Jun;48(6):374-82.
13. Zhang B, Wing Y-K. Sex Differences in Insomnia: A Meta-Analysis. *Sleep*. 2006 Jan;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 Feb 19;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 May;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 Publica*. 2013 Aug;87(4):317-29.
17. Grandner MA, Patel NP, Gehrman 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 May;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 Feb;3(1):6-19.
19. Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalter K, Trenkwalder C, Young P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. *Dtsch Arztebl Int*. 2019 Oct 11;

Anexo 1

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.

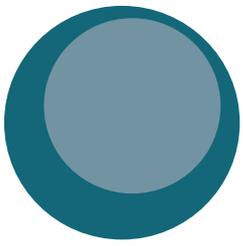
0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

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.



3. PREVALENCIA DE PERIODONTITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO

■ Ramos del Río L.¹, García Pascual J.N.², Quijano Fernández M.A.³, Álvarez Domínguez C., Gefaell Larrondo I.⁵, Calvo García L.¹.

⁽¹⁾ Médico de Familia y Comunitaria, C.S. Federica Montseny, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid.

⁽²⁾ Médico de Familia y Comunitaria, C.s. Arganda-Felicidad, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor y al Anciano de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC).

⁽³⁾ Médico y odontóloga en C.S. Arganda del Rey, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid. Especialista en Programas preventivos bucodentales a nivel individual y comunitario.

⁽⁴⁾ Enfermera e higienista dental, Centro de Continuidad Asistencial Arganda del Rey, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid.

⁽⁵⁾ Fundación de Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria (FIIBAP). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud RICAPPS-(RICORS), Madrid.

RESUMEN

Objetivo: describir la prevalencia de periodontitis en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) moderado en Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio descriptivo transversal en un centro de salud de la Comunidad de Madrid, desde octubre 2019 a marzo 2020.

Participantes: pacientes de 40 y 65 años de edad con un RCV SCORE moderado $\geq 1\%$ y $< 5\%$ (n:103).

Variables: sociodemográficas, número de casos periodontitis en pacientes con RCV moderado, tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión arterial e higiene dental

Resultados: Se reclutaron 100 pacientes con RCV moderado. Edad media de 54,49 años. La prevalencia de periodontitis (puntuación ≥ 3 en el Examen Periodontal Básico [EPB]) fue de un 79% (IC95% 69,71-86,51). Presentaron periodontitis un 54,4% de los hombres, el 39,2% de fumadores, el 57% de los pacientes con hipercolesterolemia y un 25,3% de los hipertensos. Se objetivó una asociación entre el índice de placa y la periodontitis presentando un OR 10.56 (IC95% 3.52-31.67).

Conclusiones: La prevalencia de periodontitis en pacientes con RCV moderado fue superior a 2/3 de la población. La enfermedad periodontal podría prevenirse, con una adecuada educación al paciente sobre dicha patología. Dada la implicación que la periodontitis tiene a nivel sistémico, es importante que tanto los médicos de familia como los odontólogos de AP

trabajen de manera bidireccional para identificar a esos pacientes con mayor riesgo cardiovascular, puesto que se beneficiarían de un seguimiento estrecho por su parte.

PALABRAS CLAVE: periodontitis, factores de riesgo cardiovascular, Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria de carácter crónico, generada por una placa microbiana que estimula una serie de respuestas inflamatorias en los tejidos periodontales que inducen la destrucción tisular, y se traducen en un conjunto de signos clínicos tales como: inflamación gingival, bolsa periodontal, pérdida de la inserción y del hueso alveolar, así como recesión gingival e incremento de la movilidad de las piezas dentarias. En Europa, se estima que el 50% de la población adulta presenta periodontitis, y si nos centramos en España afecta a uno de cada tres adultos^{1,2}.

Debido a su carácter inflamatorio, y ante la sospecha de la implicación sistémica que dicha inflamación podría conllevar, se han realizado múltiples estudios que han relacionado la periodontitis con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y con múltiples patologías crónicas tales como: diabetes, enfermedades respiratorias y la enfermedad cardiovascular establecida³⁻⁸.

En el año 2021 se publicó la *Nueva guía europea sobre prevención de Enfermedad cardiovascular en la práctica clínica*⁹. Esta guía hace referencia a varios estudios que han relacionado la enfermedad

periodontal con la aterosclerosis y la enfermedad cardiovascular. Resalta tres aspectos claves a tener en cuenta en cuanto a la prevención de los eventos cardiovasculares (ECV): la importancia de la identificación de los FRCV, de la clasificación del riesgo cardiovascular (RCV) y sobre todo de la prevención de la enfermedad aterosclerótica.

Para identificar el RCV en prevención primaria, las guías europeas proponen la escala SCORE, que estima el riesgo de sufrir una primera complicación aterosclerótica en 10 años, según la edad, el sexo, los hábitos de consumo de tabaco, la concentración de colesterol total y la presión arterial sistólica (PAS). Establece cuatro categorías de riesgo: bajo (SCORE <1%), moderado (SCORE \geq 1% y < 5%), alto (SCORE \geq 5% y < 10%) y muy alto (SCORE \geq 10%). Actualmente, esta escala tiene una limitación etaria hasta los 65 años, aunque recientemente se ha propuesto la escala SCORE OP para determinar el riesgo RCV en pacientes que superen dicha edad⁹.

En otro artículo reciente¹¹ se menciona el hecho de que una mala salud dental está asociada con el desarrollo de enfermedades sistémicas, poniendo como ejemplo el riesgo de la endocarditis posterior a un procedimiento dental, así como la asociación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, y enfermedad arterial periférica.

El mecanismo desencadenante parece ser la inflamación sistémica mediante la producción y aumento

de mediadores asociados a la aterosclerosis como la Proteína C Reactiva y el Fibrinógeno. Asociado a un aumento de los niveles de colesterol (LDL, TG, VLDL; etc.).

La relación entre aquellos pacientes con RCV moderado y periodontitis no ha sido descrita en España en atención primaria. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de periodontitis en pacientes con RCV moderado en AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio descriptivo transversal, de prevalencia.

Ámbito de la investigación: centro de salud Arganda del Rey, Arganda del Rey (Madrid).

Población de estudio: pacientes de una consulta de medicina de familia del centro de salud de Arganda del Rey con edad comprendida entre 40 y 65 años.

Muestreo: se trata de una consulta que tiene 610 pacientes con edad comprendida entre 40 y 65 años. De éstos, 103 sujetos tienen un riesgo SCORE \geq 1% y < 5%. Por ello, se estudió a esa población

Desde octubre de 2019 a marzo de 2020 se realizó la recogida de voluntarios en el estudio. Se les entregó un consentimiento informado y se les citó en la agenda de odontología.

EPB 0: No hay bolsas >3.5mm, ni cálculos, ni sangrado al sondaje. Es necesario un examen periodontal básico pero no un tratamiento.
EPB 1: No hay bolsas >3.5mm, ni cálculos, pero sí sangrado al sondaje. Necesita de examen periodontal básico y tratamiento mediante una correcta higiene oral.
EPB 2: No hay bolsas >3.5mm, sí presenta cálculos y restauraciones sobrecontorneadas. Necesita de examen periodontal básico y con radiografías periapicales. Tratamiento: Higiene oral + eliminación de placa (cálculo o sarro supra y subgingival).
EPB 3: Bolsa de 4-5 mm. Necesita de examen periodontal básico y con radiografías periapicales. Tratamiento: Higiene oral + eliminación de placa (cálculo o sarro supra y subgingival)+ raspado y alisado radicular (RAR).
EPB 4: Bolsa de 6 mm o más. Necesita un examen periodontal complejo y radiografías periapicales. Tratamiento complejo: especialista periodoncia.

Figura 1. Necesidad de seguimiento y tratamiento según código obtenido durante el examen periodontal básico (EPB).

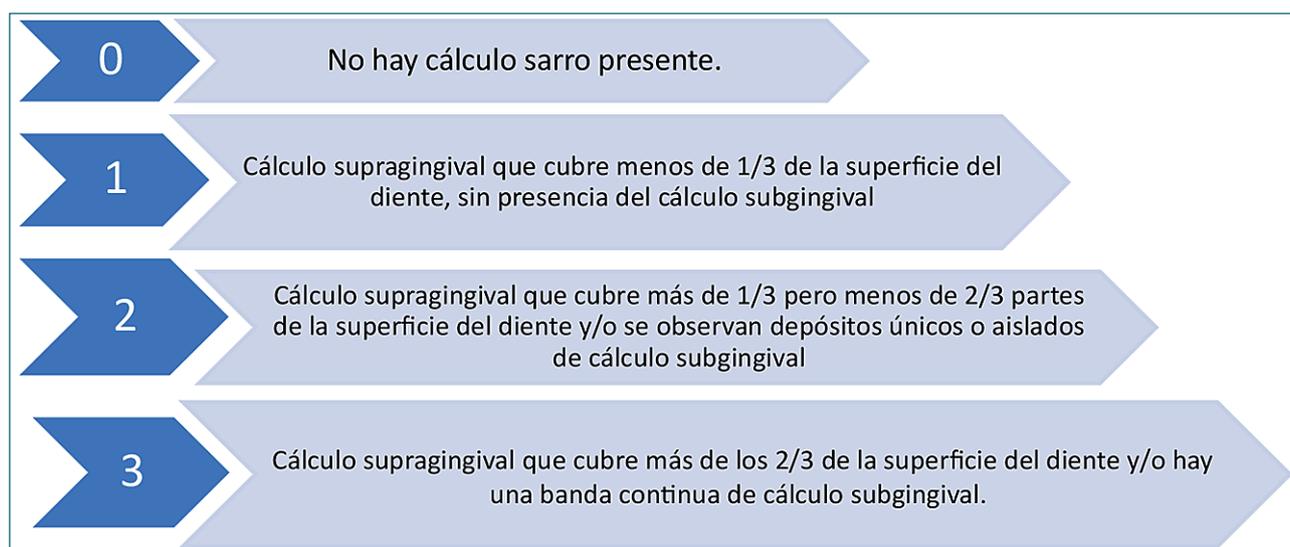


Figura 2. Índice de cálculo (placa bacteriana) de Greene y Vermillion.

Criterios de inclusión: Pacientes en edades comprendidas entre 40 y 65 años con una puntuación SCORE $\geq 1\%$ y $< 5\%$, adscritos al centro de salud de Arganda del Rey.

Criterios de exclusión: Pacientes con un SCORE $< 1\%$ o superior a 5% y/o pacientes diabéticos, ya que por definición tendrían un riesgo SCORE alto, superior al 5% .

Variable resultado: Presencia de periodontitis (pacientes que presenten un código ≥ 3 en el examen periodontal básico EPB) [Figura 1] en pacientes con RCV moderado (SCORE $\geq 1\%$ y $< 5\%$).

Variables sociodemográficas: Sexo y edad.

Variables clínicas: Tabaco (Sí/No), hipercolesterolemia (Sí/No), hipertensión arterial (Sí/No), e higiene bucodental (índice de placa de Greene[figura 2]).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis univariado de las variables utilizando la media y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos según la distribución de los datos para las variables cuantitativas. Las variables categóricas se analizaron con porcentajes y números absolutos.

La prevalencia de periodontitis se definió como el número de casos de periodontitis en pacientes con RCV moderado entre 40-65 años.

Se realizó un análisis bivariado de las variables sociodemográficas, enfermedades crónicas y la higiene dental según el índice de placa en función de la

presencia o no de periodontitis, para valorar dichas diferencias, se empleó la Chi cuadrado para las variables categóricas, y la t de Student o el ANOVA para las variables cuantitativas.

Se realizó una regresión logística para conocer la asociación de la higiene dental y la periodontitis y se ajustó por las variables confusoras (tabaco y edad).

Para dar respuesta a los objetivos, se utilizaron estimaciones puntuales y los intervalos de confianza al 95% considerando la significación estadística con una $P < 0.05$.

Para el análisis se utilizó el programa SPSS 21 y STATA 18.

RESULTADOS

De los 103 pacientes pertenecientes a esa consulta de medicina de familia, 3 fueron excluidos al no acudir a la consulta de odontología para que se les realizara el EPB. Siendo finalmente la muestra de 100 pacientes. El 53% de los pacientes eran hombres. La edad media era 54,49 años con una desviación estándar (DE) de 7,037 años. El 36% de los pacientes eran fumadores; el 61% padecían de hipercolesterolemia y el 60% de hipertensión arterial (HTA).

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con y sin periodontitis según su puntuación en el EPB, así como la presencia de periodontitis según la higiene dental (índice de placa).

Los hombres presentaban mayor porcentaje de periodontitis (54.4% , $n=43$) que las mujeres.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas. Higiene dental (índice de placa). Presencia de periodontitis

Características	Total	Periodontitis	Sin Periodontitis	P Value
Sexo				
Mujer ^a	47(47,0)	36(45,6)	11(52,4)	0,45*
Hombre ^a	53(53,0)	43(54,4)	10(47,6)	
Tabaco				
Fumador ^a	36(36,0)	31(39,2)	5(23,8)	0,11 *
No fumador ^a	64(64,0)	48(60,8)	16(76,2)	
Hipercolesterolemia				
Con colesterol ^a	61(61,0)	14(67,0)	47(59,0)	0,52 *
Sin colesterol ^a	39(39,0)	7(33,0)	33(41,0)	
Tension arterial				
Hipertensión ^a	60(60,0)	15(71,0)	45(57,0)	0,23*
Sin Hipertensión ^a	40(40,0)	6(29,0)	34(43,0)	
Índice de placa				
Valor 0 ^o	3(3,0)	0 (0)	3 (100)	< 0,001*
Valor 1 ^a	31(31,1)	17(54,80)	14 (45,20)	
Valor 2 ^a	42(42,0)	38 (90, 50)	4 (9,50)	
Valor 3 ^a	24(24,0)	24 (100)	0 (0)	
a: (n, %).	*T Chi cuadrado			

Respecto al resto de las variables clínicas presentaban periodontitis: el 39,2% de los pacientes fumadores, el 67% de los pacientes con hipercolesterolemia y un 71% de los pacientes hipertensos. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Se llevó a cabo una regresión logística entre el índice de placa y la presencia o no de periodontitis en la que se observó una OR 10.56 (IC95% 3.52-31.67).

Al ajustar por las variables confusoras (tabaco y edad), no hubo grandes cambios en la OR 10.64 (IC95% 3.46-32.76) (p<0.001).

En la tabla 2 se muestra que la prevalencia de periodontitis en pacientes que tenían un SCORE moderado fue de un 79% (IC95% 69,71-86,51).

DISCUSIÓN

En este estudio evaluamos la enfermedad periodontal en pacientes con riesgo cardiovascular moderado (n:100). El 39,2% de los pacientes fumadores, el 57% de los pacientes con hipercolesterolemia y un 25,3% de los pacientes hipertensos padecían enfermedad periodontal, aunque no se observaron diferencias con aquellos que no tenían enfermedad periodontal.

Así mismo, aquellos pacientes que obtenían peores puntuaciones en la higiene dental (índice de placa 2-3), presentaban un porcentaje mayor de enfermedad periodontal.

A pesar de que existe una asociación entre el índice de placa y la periodontitis presentando un OR 10.56

Tabla 2. Examen periodontal básico (EPB)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntuación EPB	1	4	4,00%	4,00%	4,00%
	2	17	17,00%	17,00%	21,00%
	3	47	47,00%	47,00%	68,00%
	4	32	32,00%	32,00%	100,00%
	Total	100	100,00%	100,00%	

(IC95% 3.52-31.67), los intervalos de confianzas obtenidos fueron muy amplios, probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

Aunque existen múltiples estudios en los que se menciona la asociación entre la enfermedad periodontal y múltiples patologías crónicas¹¹⁻²¹, cuando se realizó este estudio en el año 2020, no se encontraron en la literatura estudios que se hubieran centrado en la enfermedad periodontal, dentro de ámbito de Atención Primaria. Sin embargo, recientemente ha sido publicado el *Informe de consenso del Taller Conjunto de la Federación Europea de Periodoncia (EFP) y el brazo europeo de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA Europe)*²². En dicho informe, además de relacionar la periodontitis de manera indirecta con enfermedades no contagiosas, señalaban que la prevalencia de periodontitis en la mayoría de las naciones de la Unión Europea oscilaba entre el 45% y el 50%, sin hacer distinción entre el riesgo cardiovascular. En nuestro estudio se objetivó una prevalencia mayor, siendo del 79%, al centrarnos en una población con un riesgo cardiovascular moderado y siendo una muestra muy pequeña.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Este estudio ha sido realizado en un ámbito de práctica clínica, lo cual hace que las condiciones de estudio fueran reales. Es necesario señalar que se ha seleccionado una muestra específica en base al SCORE obtenido por lo que solo puede compararse con grupos con el mismo RCV, sería susceptible de abrir nuevas líneas de investigación, ya que el porcentaje de periodontitis en este grupo es mucho más alto que en la población general tanto en Europa como en España.

En el sistema informático utilizado en los centros de salud de la Comunidad de Madrid, la atención recibida al paciente se codifica mediante la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2).

Este hecho, no se tuvo en cuenta a la hora de realizar el estudio y no se ha podido comprobar si todos esos pacientes que fueron explorados por el odontólogo de AP y que presentaban la enfermedad, se les abrió a posteriori un episodio con la codificación CIAP D82 (enfermedad de los dientes/periodontitis).

A esto hay que añadir que también existe la posibilidad de un error de codificación, pacientes que, presentando periodontitis, se les ha asignado un CIAP-2 erróneo, como el CIAP D19 (síntomas de los dientes) por lo que podría estar infraestimado el dato de la enfermedad periodontal.

APLICABILIDAD Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Existe un elevado porcentaje de pacientes que padecen periodontitis y que podría prevenirse con una adecuada información al paciente sobre la enfermedad; así como de las medidas a tomar para prevenir su aparición o paralizar su progresión, ya que no es reversible la enfermedad una vez instaurada.

Del mismo modo, dada la implicación que la periodontitis tiene a nivel sistémico, es importante la coordinación entre los médicos de familia y los odontólogos de Atención Primaria para identificar a esos pacientes con mayor riesgo cardiovascular.

La periodontitis parece un factor de riesgo incipiente y debería de plantearse si el screening de ésta, además de promover las medidas de mayor higiene de la boca, sería una medida coste efectiva en atención primaria. A su vez, sería importante plantear la relación entre la periodontitis y los eventos cardiovasculares a largo plazo, en Atención Primaria, para plantear en estos pacientes un tratamiento más agresivo de los FRCV.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de periodontitis es de más de 2/3 de la población con RCV moderado por lo que estos pacientes se podrían beneficiar de un seguimiento estrecho por parte de Odontología con una mayor coordinación con medicina de familia.

Se trata de una patología que podría prevenirse mediante una adecuada información al paciente sobre la existencia de dicha enfermedad; así como de las medidas que se pueden tomar para prevenir su aparición o una vez instaurada, paralizar su progresión, dado que no tiene tratamiento curativo.

Del mismo modo, dada la implicación que la periodontitis tiene a nivel sistémico, es importante que tanto los médicos de familia como los odontólogos de Atención Primaria trabajen de manera bidireccional para identificar a esos pacientes con mayor riesgo cardiovascular.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a la Dra. Sara Ares Blanco por su paciencia y dedicación a la hora de ayudar a sus compañeros a inmiscuirse en el mundo de la investigación y atreverse a publicar. Así como a todos los profesionales del centro de salud de Arganda del Rey que estuvieron conmigo esos cuatro años de formación, con mención especial la Dra. Julia García, mi tutora de residencia, y a la Dra. María Ángeles Quijano, quien plantó la semilla de este proyecto.

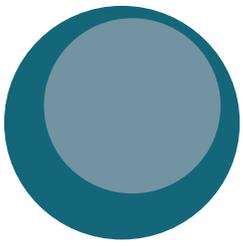
PUNTOS CLAVE

- Existe una asociación entre la enfermedad periodontal y los factores de riesgo cardiovasculares.
- El mecanismo que sigue la periodontitis para producir daño a nivel cardiovascular se basa en la inflamación sistémica.
- Es importante una colaboración bidireccional entre odontología y medicina de familia para poder identificar a estos sujetos con mayor riesgo cardiovascular.
- Una vez instaurada la periodontitis, solo se puede detener la progresión, pero no es reversible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo-Pérez M. Revista Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Epidemiología de las enfermedades gingivo-periodontales. Capítulo 1. <http://rcoe.es/articulo/59/epidemiologia-de-las-enfermedades-gingivo-periodontales17>.
2. López-Silva MC, Díaz-Iglesias P, Seoane-Romero JM, Quintas V, Méndez-Brea F, Varela-Centelles P., Actualización en medicina de familia: patología periodontal, SEMERGEN - Medicina de Familia, Volume 43, Issue 2, 2017, Pages 141-148, SSN 1138-3593, <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.005>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359316000848>)
3. Macedo-Paizán ML, Vilela-Martín JF., "Is There an Association between Periodontitis and Hypertension?", *Current Cardiology Reviews* (2014) 10: 355. <https://doi.org/10.2174/1573403X10666140416094901>
4. Lockhart P, Bolger A, Papapanou P, Osinbowale O, Trevisan M, Levison M, et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012 ;125(20):2520.
5. Pischon N, Pischon T, Gülmez E, et al. Periodontal disease in patients with ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2010;69:34-38.
6. Pogodina A, Kolesnikova L, Valyavskaya O, et al. Periodontal health status is associated with daily blood pressure levels in adolescents with hypertension. *Archives of Disease in Childhood* 2019;104:A181.
7. Kuwabara M, Motoki Y, Ichiura K, et al. Association between toothbrushing and risk factors for cardiovascular disease: a large-scale, cross-sectional Japanese study. *BMJ Open* 2016;6:e009870. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009870
8. Gross AJ, Paskett KT, Cheever VJ, et al. Periodontitis: a global disease and the primary care provider's role. *Postgraduate Medical Journal* 2017;93:560-565.
9. Frank L.J. Visseren*, François Mach*, Yvo M. Smulders, David Carballo, Konstantinos C. Koskinas, Maria Bäck, Athanase Benetos, Alessandro Biffi, José Manuel Boavida, Davide Capodanno, Bernard Cosyns, Carolyn Crawford, Constantinos H. Davos, Ileana Desormais, Emanuele Di Angelantonio, Oscar H. Franco, Sigrun Halvorsen, F.D. Richard Hobbs, Monika Hollander, Ewa A. Jankowska, Matthias Michal, Simona Sacco, Naveed Sattar, Lale Tokgozoglu, Serena Tonstad, Konstantinos P. Tsoufis, Ineke van Dis, Isabelle C. van Gelder, Christoph Wanner, Bryan Williams, y Grupo de Documentos Científicos de la ESC Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica
10. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos-Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar-Álvarez F, Elosua R et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado 2019 Ene 03] ; 90: e20009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100308&lng=es. Epub 24-Nov-2016.
11. Carrizales-Sepúlveda EF, Ordaz-Farías A, Vera-Pineda R, Flores-Ramírez R. Periodontal Disease, Systemic Inflammation and the Risk of Cardiovascular Disease. *Heart Lung Circ.* 2018 Nov;27(11):1327-1334. doi: 10.1016/j.hlc.2018.05.102. Epub 2018 Jun 2. PMID: 29903685.
12. Singer RH, Stoutenberg M, Feaster DJ, Cai J, Hlaing WM, Metsch LR, Salazar CR, Beaver SM, Finlayson TL, Talavera G, et al. The association of periodontal disease and cardiovascular disease risk: Results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *J Periodontol.* 2018 Jul; 89(7):840-857. Epub 2018 Jul 20.
13. Lockhart P, Bolger A, Papapanou P, Osinbowale O, Trevisan M, Levison M, et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association? A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012 ;125(20):2520. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e31825719f3>
14. Gema JB, Guillermo MP. Cardiopatías y enfermedades periodontales: ¿Existen evidencias de asociación? / Heart and periodontal diseases: Does evidence exist of association? *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa) 2005 ;10(3):215 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000300005
15. Górski B, Nargiełło E, Grabowska E, Opolski G, Górski R The Association Between Dental Status and Risk of Acute Myocardial Infarction Among Poles: Case-control Study.. *Adv Clin Exp Med.* 2016 Sep-Oct;25(5):861-870. doi: 10.17219/acem/58866. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28028948>

16. Kweider, M., Lowe, G. D. O., Murray, G. D., Kinane, D. F., & McGowan, D. A. (1993). Dental Disease, Fibrinogen and White Cell Count; Links with Myocardial Infarction? *Scottish Medical Journal*, 38(3), 73-74. <https://doi.org/10.1177/003693309303800304>
17. Eunice Virtanen, Tapio Nurmi, Per-Östen Söder, Stella Airila-Månsson, Birgitta Söder, and Jukka H. Meurman Apical periodontitis associates with cardiovascular diseases: a cross-sectional study from Sweden <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504601/> Omaira Luis Delgado (1), José Javier Echeverría García (2), Leonardo Berini Aytés (3), Cosme Gay Escoda (4)
18. Rydén L, Buhlin K, Klinge B y colaboradores: Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction: A Report From the PAROKRANK Study *Circulation* 133(6): 576-583, Feb 2016 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.020324>
19. Xu S, Song M, Xiong Y, Liu X, He Y, Qin Z The association between periodontal disease and the risk of myocardial infarction: a pooled analysis of observational studies. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017 Feb 1; 17(1):50. Epub 2017 Feb 1.
20. Contreras A, Ramírez J., Relación entre Periodontitis y Enfermedad Cardiovascular, *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, Volumen 2, Issue 2, 2009, Pages 91 -97, [https://doi.org/10.1016/S0718-5391\(09\)70153](https://doi.org/10.1016/S0718-5391(09)70153) (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539109701533>)
21. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración http://www.cuidatusencias.es/wp-content/uploads/2016/01/Dossier-EPB_ENERO_20141.pdf
22. Herrera D, Sanz M, Shapira L, Brotons C, Chapple I, Frese T, Graziani F, Hobbs R, Huck O, Hummers E, Jepsen S, Kravtchenko O, Madianos P, Molina A, Urgan M, Vilaseca J, Windak A, Vinker S. Association between periodontal diseases and cardiovascular diseases, diabetes and respiratory diseases: Consensus report of the Joint Workshop by the European Federation of Periodontology (EFP) and the European arm of the World Organization of Family Doctors (WONCA Europe), *Journal of Clinical Periodontology*, June 2023, Volume 50, Issue 6 Pages 819-841



CASOS CLÍNICOS

1. QUERATITIS HERPÉTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

■ R. Hernando Nieto R¹., Millán Hernandez E²., Urtarte Arroyo S.M³., Corella Fructuoso P³., Gallego Sánchez M.A².

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

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

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

INTRODUCCIÓN

Una queratitis implica la alteración de la capa epitelial de la córnea sin dañar el estroma. Estas pueden ser consecuencia de muchas causas, desde un cuerpo extraño, un traumatismo, el mal uso de las lentes de contacto o hasta una infección viral. Dependiendo de la causa algunas tienen morfología característica que puede llegar a ser diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: molestias oculares

Enfermedad actual: Mujer de 35 años que acude al centro de salud por dolor ocular, en ojo derecho, desde hace 72 horas. La paciente refiere que el cuadro clínico comienza hace 3 días, con dolor ocular de predominio nocturno durante los 2 primeros días y siendo constante en las últimas 24 horas a lo largo del todo el día. Ha estado tomando analgesia de primer escalón (ibuprofeno y paracetamol) sin mejoría, por lo que acude de urgencias al centro de salud. Por otro lado, nos comenta que tiene la sensación de cuerpo extraño en dicho ojo que mejora parcialmente con lágrimas artificiales. Niega traumatismo u otra sintomatología acompañante.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas conocidas
- Factores de riesgo cardiovascular:
- Hábitos tóxicos: fumadora de un paquete diario desde los 15 años.
- Colitis ulcerosa en tratamiento con enemas de mesalazina sin brotes en el último año.
- No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés.

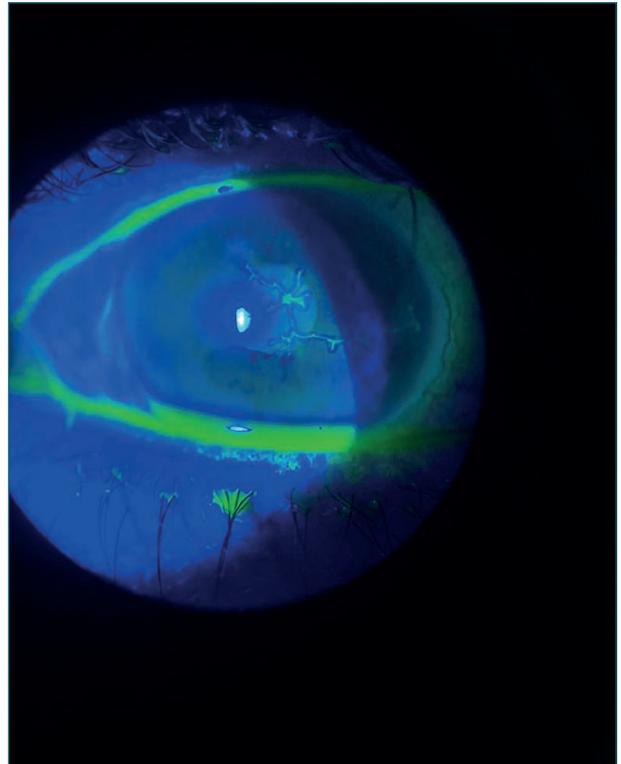


Figura 1. Fotografía del caso clínico tomada con consentimiento del paciente

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva ligera hiperemia conjuntival en ojo derecho no presente en ojo izquierdo. Ausencia de signos de quemosis conjuntival. No secreciones purulentas en el momento de la exploración. Tras la tinción con fluoresceína y se objetiva un defecto epitelial con forma de dendrita (como se observa en la imagen).

JUICIO CLÍNICO

- Queratitis herpética

EVOLUCIÓN

Ante los hallazgos obtenidos en la exploración física del centro de salud, se decide enviar a la paciente a las urgencias de oftalmología del hospital de referencia para valoración de la úlcera corneal. Dado que se trata de una úlcera dendrítica típica de las queratitis herpéticas y ante la ausencia de datos de sobreinfección desde la urgencia del hospital se decide cobertura con aciclovir tópico al 3% y oral 400 mg cada 4 horas los 5 primeros días. Tras ello se mantiene el aciclovir oral 2 días más cada 6 horas y el tópico 5 días más cada 24 horas. Además de lágrimas artificiales a demanda.

Para el dolor se indica analgesia de primer escalón, paracetamol cada 8 horas alterno con metamizol cada 8 horas. Junto con cicloplejico en caso de persistencia del dolor cada 8 horas.

DISCUSIÓN

La incidencia de queratitis herpética oscila entre los 15 y los 20 casos por cada 100.000 pacientes, siendo esta nada despreciable¹.

Para llegar al diagnóstico de una queratitis herpética es necesario una observación detallada del ojo junto tras el uso de fluoresceína (tinte temporal utilizado para la visualización de las lesiones corneales). Si no utilizamos este tinte sería imposible la visualización de las lesiones herpéticas oculares. Las queratitis herpéticas además suelen adoptar una morfología característica que puede ser diagnóstica, en forma de dendrita (como se observa en la imagen ocular de nuestro paciente^{1,2}).

BIBLIOGRAFÍA

1. Koganti R, Yadavalli T, Naqvi RA, Shukla D, Naqvi AR. Pathobiology and treatment of viral keratitis. *Exp Eye Res.* 2021 Apr;205:108483.
2. Labib BA, Chigbu DI. Clinical Management of Herpes Simplex Virus Keratitis. *Diagnostics (Basel).* 2022 Sep 29;12(10):2368.

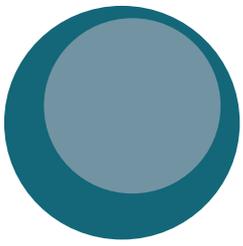
Respecto al tratamiento lo ideal es iniciarlo tan pronto como no sea posible. El tratamiento implica el uso de antivirales tanto tópicos como orales, como se realizó en nuestro paciente. Es bien conocido el dolor secundario a las infecciones por herpes por eso se suele dejar a los pacientes además de la analgesia habitual de primer escalón un tratamiento con ciclopléjico para dilatar la pupila y disminuir el dolor secundario a la ulceración corneal provocada por el virus herpes^{1,2}.

Se pueden utilizar como adyuvantes al tratamiento y con el único objetivo de disminuir las molestias oculares ocasionadas por la queratitis tanto lágrimas artificiales a demanda como agentes que fomenten la reepitelización de la úlcera corneal¹.

CONCLUSIÓN

Las molestias oculares o la sensación de cuerpo extraño son unos síntomas muy inespecíficos con un diagnóstico diferencial muy amplio. Cuando asocian hiperemia conjuntival y dolor ocular el diagnóstico diferencial se reduce. Habitualmente con una buena anamnesis dirigida y el uso de tintes corneales somos capaces de diferenciar aquellas patologías oculares que requiere atención inmediata de las que no.

En el caso de la queratitis herpética el dolor suele estar presente en la mayoría de los pacientes^{1,2}. Así como la aparición de la úlcera en forma de dendrita objetivable tras la tinción de la córnea ocular con fluoresceína². Tras el diagnóstico de queratitis herpética el tratamiento está indicado iniciarlo lo más temprano posible^{1,2}.



CASOS CLÍNICOS

2. SEROMA DE MOREL-LAVALLÉE

- Urraco Nieto L.¹, Caballero Encinar N.², Martín Vizcaíno R.³ y Gutiérrez Mateo M.⁴.
(^{1, 3, 4}) Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
(³) Médica adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria
C.S. Getafe Norte, Getafe, Madrid.

PRESENTACIÓN

El seroma de Morel-Lavallée es una enfermedad poco frecuente descrita por primera vez por el cirujano francés que le dio su nombre en 1963. Se caracteriza por la formación de una cavidad rellena de líquido serohemático entre el tejido celular subcutáneo y la fascia muscular subyacente, secundaria a un traumatismo.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años que acude de Urgencias al centro de salud por caída hace una semana con traumatismo en cara lateral de muslo derecho y aparición de hematoma posterior que dos días antes de la consulta comenzó a “fluctuar” y a aumentar de tamaño. A la exploración física, se objetiva hematoma en resolución con tumefacción de 8 x 6 cm en cara lateral de muslo derecho sin signos de infección ni de inflamación (no calor ni eritema ni dolor a la palpación) ni afectación neurovascular.

Ante la clínica y la exploración, se solicita ecografía y se recomienda tratamiento sintomático con analgesia, frío local y reposo relativo.

Estando pendiente de la realización de dicha ecografía, a los dos días acude a Urgencias del hospital de referencia, donde le valora el cirujano plástico de guardia, que solicita analítica sanguínea sin alteraciones significativas. Se realiza drenaje de 110 mL de líquido serohemático sin signos de sangrado activo y se coloca un vendaje compresivo durante unos días.

Unos días después del drenaje, se le realiza la ecografía programada donde se objetiva una colección anecoica de aproximadamente 8 cm en sentido longitudinal x 1,5 cm de espesor máximo, en plano entre tejido celular subcutáneo y fascia de músculos adyacentes, sin vascularización, ni tabicaciones, compatible con seroma-hematoma de Morel-Lavallée.

Ante los resultados y la persistencia del hematoma, se decide realizar nueva consulta a cirugía plástica, quie-



Figura 1. Tomada del caso clínico con autorización del paciente

nes deciden valorar nuevamente en consulta, retomar tratamiento sintomático durante dos meses con reevaluación posterior. Finalmente, dan de alta al paciente tras buena evolución con tratamiento conservador.

REVISIÓN

El seroma de Morel-Lavallée se produce por la creación de una cavidad rellena de líquido serohemático por cizallamiento entre la hipodermis y la fascia muscular subyacente por la ruptura de las arterias perforantes y el plexo linfático¹ tras un traumatismo directo^{2,3}. Tiene más prevalencia en mujeres, con una proporción 12:1, en probable relación a una mayor cantidad de grasa⁴.

Típicamente localizada en extremidades inferiores, con predominio en región trocantérea tras traumatismos de alta energía en pelvis o coxis en pacientes politraumatizados. También puede producirse por traumatismos de baja energía sin fractura (contusión directa) secundarias a lesiones deportivas.

Se caracteriza por dolor, impotencia funcional, derrame linfático y hemorragia subcutánea con tumoración y hematoma que puede aparecer horas o días después del trauma. El problema es que se trata de una sintomatología muy inespecífica, retrasando el diagnóstico hasta varios meses y varios años generando complicaciones, como infecciones o fenómenos de necrosis cutánea. Por lo que cobra especial importancia el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado³.

El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física, donde destaca una región de tejido blando fluctuante y dolorosa al tacto, con un aumento de movilidad de la piel sobre la lesión. Debido al aumento de tensión sobre la piel, pueden verse petequias o signos de necrosis cutánea.

Sin embargo, también tenemos que plantearnos otras lesiones con origen postraumático. Se realizará diagnóstico diferencial con patologías como necrosis grasa, hematomas secundarios a coagulopatías y sarcomas de partes blandas con hemorragia interna.

Para continuar el estudio de la tumefacción, la prueba de imagen más costo-efectiva, sobre todo en Atención Primaria, es la ecografía de partes blandas. Por otro lado, la resonancia magnética es la prueba que mejor permite delimitar la lesión, valorar su contenido y establecer la cronicidad en base al estado de los tejidos blandos circundantes¹, aunque esta no se puede solicitar desde las consultas de Atención Primaria directamente.

Para el tratamiento podemos encontrar varias modalidades. La primera línea de tratamiento es el conservador en lesiones de pequeño y mediano calibre sin fracturas óseas acompañantes. Se basa en la realización de un vendaje compresivo aproximadamente tres semanas, analgesia con antiinflamatorios no esteroideos y aplicación de hielo local.

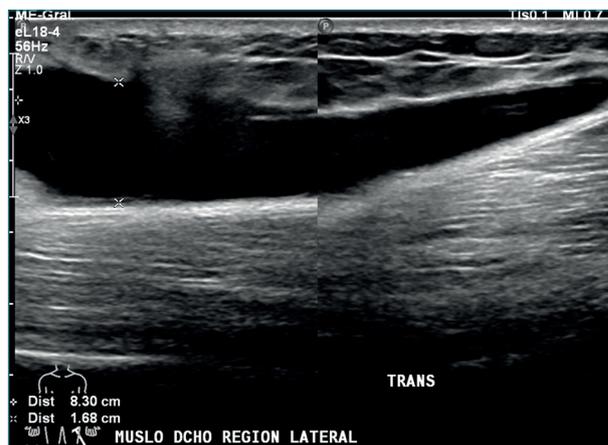


Figura 2. Tomada del caso clínico con autorización del paciente

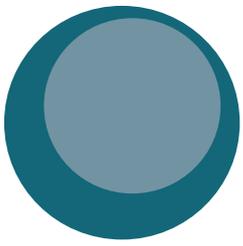
En caso de fallo de tratamiento conservador, se recomienda derivación hospitalaria para iniciar medidas más invasivas, siendo el siguiente escalón el drenaje por succión. Si pese a eso, la evolución fuese tórpida se pueden aplicar medidas más agresivas como drenaje abierto con desbridamiento de tejido afectado, fasciotomías, inyección de agentes esclerosantes o suturas miofasciales que reduzcan el tamaño de la cavidad.

PUNTOS CLAVE

- Se trata de una patología con sintomatología inespecífica y muy infradiagnosticada.
- La prueba más costo-efectiva en Atención Primaria es la ecografía de partes blandas.
- La primera línea de tratamiento de esta patología es la conservadora, aunque es importante controlar la evolución para evitar complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lubinus Badillo F, Davin Hurtado Ortiz K et al. Morel-Lavallée: Una lesión de fácil diagnóstico si es reconocida. Rev. Colomb. Radiol [Internet]. 2016 [citado el 11 de octubre de 2023];27(3): RV12-RV15. Disponible en: http://contenido.acronline.org/Publicaciones/RCR/RCR27-3/14_Morel%20Valle.pdf
2. Pablo Márquez B, Serra Gallego M, González Chavero D, Arevalo Genicio A. Seroma de Morel-Lavallée. Semergen [Internet]. 2014 [citado el 11 de octubre de 2023]; 40 (6):350-1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-seroma-morel-lavallee-S1138359314000069>
3. Herreros Sáenz M, Albañil Ballesteros M^R et al. Seroma de Morel-Lavallée. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Sep [citado el 11 de octubre de 2023]; 21(83): 271-273. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300016&lng=es
4. Suarez Perdomo S, Santana Rocamora P y Quevedo Curbelo J. No soy un seroma cualquiera, me llamo Morel-Lavallée. AMF [Internet]. 2023 [citado el 12 de diciembre de 2023]; 19(9); 3442. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/no-soy-un-seroma-cualquiera-me-llamo-morel-lavallee>



CASOS CLÍNICOS

3. EL TABACO TAMBIÉN SE ORINA

■ Ferre Sánchez C.
Especialista en MFyC. C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte.

Motivo de Consulta: Hematuria.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas.
- Fumadora de 15 cigarrillos al día durante 15 años, con IPA de 11.25.
- Diabetes Mellitus tipo 1 en tratamiento de insulina.

Tratamiento Habitual: Abasaglar 50-0-0; Apidra según precise.

ANAMNESIS

Mujer de 29 años que consulta por disuria y hematuria diarias de tres meses de evolución. Refiere hematuria con coágulos visibles al final de la micción^{1,2}. Asocia tenesmo vesical sin polaquiuria. No fiebre ni sensación distérmica. No dolor abdominal ni dolor lumbar. No hay otra clínica. No polaquiuria, si ha presentado tenesmo vesical. No fiebre ni sensación distérmica. Amenorrea desde hace 7 años tras disminución de peso en estudio por ginecología.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general. Normocoloreada. Hemodinámicamente estable.

Abdomen: depresible, molestias a la palpación de hipogastrio. Puñopercusión renal bilateral negativa.

Ginecológica: genitales externos y vagina de aspecto normal, sin restos hemáticos. Cérvix macroscópicamente normal. Tacto bimanual: sin alteraciones

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análisis de sangre con bioquímica, hemograma y coagulación normales.

Análisis de orina con abundantes hematíes, células sombra y bacterias, sin nitritos, leucocitos escasos. Proteinuria abundante.

Eco-Transvaginal: útero regular en AVF con endometrio lineal. Anejos ecográficamente normales. No hay líquido libre en pelvis.

Ecografía abdomen completo: Lesión polipoidea sésil de 1,2 cm en cara superior vesical, que sugiere lesión polipoidea neoplásica.

Anatomía patológica: células aisladas compatibles con carcinoma urotelial de bajo grado no infiltrante.

Citologías: negativas para malignidad.

TAC abdominal: no afectación ganglionar ni metástasis evidentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cistitis inespecífica, litiasis renal, glomerulonefritis membranosa vs diabética, tumor de origen urológico (maligno vs benigno)

JUICIO CLÍNICO

Lesión neoplásica compatible con carcinoma urotelial de bajo grado no infiltrante

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y DISCUSIÓN FINAL

- Resección transuretral de lesión polipoidea en cara superior de vejiga. Se realiza resección transuretral de la lesión con extirpación completa. Se verifica ausencia de infiltración de capa muscular. Seguimiento periódico por parte de Urología y médico de atención primaria.

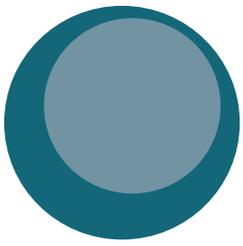
- Abandono de hábito tabáquico, causante de múltiples afectaciones y neoplasias, no sólo a nivel pulmonar o cardiovascular.

No se debe banalizar sintomatología de alarma, como es la hematuria, por tratarse de pacientes jóvenes.

Es necesario incidir en el abandono del hábito tabáquico en edades tempranas, tanto por patología a largo plazo como en un futuro cercano^{1,2}. Asimismo, es indispensable incentivar a los médicos de Atención Primaria para llevar a cabo actividades de promoción de la salud como son los talleres de tabaquismo en colegios y en universidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomoyuki, Shirai: Etiology of Bladder Cancer. *Seminars in Urology*, vol XI. Nº 3, 113-126, 1993.
2. Catalona, William J.: Tumores Uroteliales en el Tracto Urinario. *Campbell Urología*, sexta edición, tomo 2, cap. 28, 1090-1130, 1992



CASOS CLÍNICOS

4. PENSAMIENTOS EXPRESADOS DE MANERA CUTÁNEA

■ Ferre Sánchez C.
Especialista en MFyC. C.S. Condes de Barcelona.

Motivo de Consulta: Lesiones costrosas eritematocostrosas.

ANTECEDENTES PERSONALES

Intolerancia a diazepam por temblor, prematuridad a las 34 S, síndrome de Nissen a los 3 años por reflujo gastroesofágico severo, síndrome de Arnold-Chiari grado I, hipertensión intracraneal secundaria a hormona de crecimiento a los 11 años, síndrome de ovarios poliquísticos.

Antecedentes Psiquiátricos: En tratamiento psicológico en diferentes periodos de su vida por inseguridades sociales e infantilidad y seguimiento en Centro de Salud Mental por distimia.

Antecedentes familiares: Padre cáncer de próstata.

Tratamiento actual: Escitalopram 10 mg (1-0-0).

ANAMNESIS

Paciente de 22 años, que acude acompañada de su madre y consulta por lesiones cutáneas eritematocostrosas de más de 2 meses de evolución en antebrazos, cara anterior de muslos y pubis. No presenta fiebre ni sensación distérmica. Ha probado tratamientos tópicos sin mejoría (ozanex). La paciente no refiere haber recibido traumatismo en dicha zona ni contacto con animales domésticos. No hay prurito ni supuración.

Durante la entrevista, la paciente presenta oscilaciones en el discurso con introducción de ideas inconexas respecto al motivo de consulta. Muestra excesiva preocupación por la muerte, citando frases como “voy a irme con mi padre” (en el contexto del reciente fallecimiento de éste).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso 73 kg Talla 1.50



Figura 1. Tomada del caso clínico con autorización del paciente

Lesiones papulosas eritematocostrosas, algunas de ellas impetiginizadas.

Placas alopécicas en cuero cabelludo en región frontal.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente, orientada auto y alopsíquicamente. Aspecto descuidado. Actitud infantil. Lenguaje fluido, espontáneo y discurso coherente. Ánimo angustiado. Inestabilidad emocional, sentimientos de vacío y baja autoestima. Baja tolerancia a la frustración. Autolesiones con finalidad ansiolítica. Amenazas autolíticas movilizadoras del entorno. Niega ideación, planificación o impulsividad autolítica. Sueño y apetito conservado.

JUICIO CLÍNICO

Tricotilomanía con impetiginización de lesiones secundarias.

Alteración de conducta.

Rasgos disemocionales de la personalidad coincidiendo con un probable trastorno límite¹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

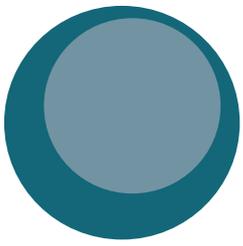
- Ciclotimia
- Trastorno bipolar
- Depresión mayor
- Trastorno de la alimentación: bulimia

OBSERVACIONES Y CONCLUSIÓN

En este caso clínico hemos revisado la correlación de las manifestaciones sistémicas directamente relacionadas con las enfermedades psiquiátricas. El trastorno límite se reconoce por un miedo intenso de abandono, relaciones inestables, cambio rápido de valores, comportamiento impulsivo, baja tolerancia al estrés, amenazas o conductas suicidas o autolesiones (como es el caso de la tricotilomanía) y grandes cambios de humor, afectando asimismo a sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157:472.



CASOS CLÍNICOS

5. PSEUDOMELENAS: LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ANAMNESIS Y DE UNA BUENA EXPLORACIÓN

■ Retuerto Larumbe S¹, Fernández Antolín E², Macho Ortiz A³, Echavarría Moretó MT³, Echarrí Larrea E³, González de la Fuente I⁴.

⁽¹⁾ Médico Adjunta MFyC. Médico suplente en AP, médico titular de urgencias hospitalarias. C.S. Paseo Imperial (Antonio Leyva). Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

⁽²⁾ Médico Adjunta MFyC. C.S. Justicia.

⁽³⁾ MFyC. C.S. Justicia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

⁽⁴⁾ Médico Adjunta MFyC. Médico titular de urgencias hospitalarias, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

BREVE INTRODUCCIÓN

Se expone a través de este caso clínico como realizar una correcta anamnesis y una buena exploración física puede ser indispensable en caso de sospecha de hemorragia digestiva aguda.

EXPOSICIÓN

Mujer de 74 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de hipotiroidismo, trastorno de personalidad histriónico y trastorno ansioso depresivo.

Acude a urgencias derivada por su médico de Atención Primaria por clínica compatible con melenas de unos días de evolución: la paciente refiere heces negras pastosas y malolientes.

Además, relata dolor abdominal generalizado intermitente de tiempo de evolución, sin asociar diarrea, vómitos o fiebre.

Refiere consumo de antiinflamatorios hace un mes y medio por cuadro catarral, así como intento autolítico con ansiolíticos hace un mes. Niega consumo de hierro oral. Niega consumo de otros alimentos o fármacos que puedan haber tintado heces de color negro.

Se revisa historia clínica hospitalaria: tiene una visita a urgencias hace 5 días por ingesta con finalidad autolítica de 3 comprimidos de trazodona 100 mg, por lo que en urgencias administran carbón activado. Se contrasta dicha información con la paciente, quien minimiza dicha información, alegando no recordar bien dicho episodio.

Se realiza exploración física en urgencias:

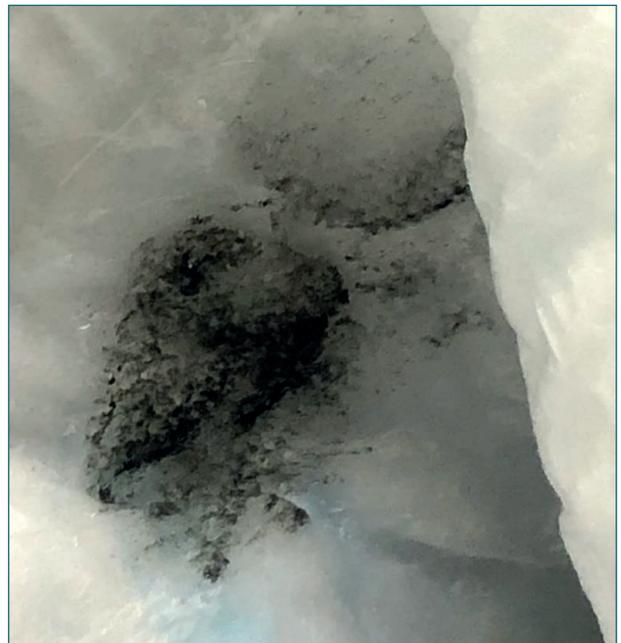


Figura 1. Restos encontrados tras tacto rectal. Tomada del caso clínico con autorización del paciente

Paciente estable a su llegada a urgencias, tensión arterial de 120/81 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm, afebril, SatO₂ 97%.

Buen estado general, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con ruidos hidroaéreos normales, blando y depresible, sin masas, sin dolor a la palpación, sin irritación peritoneal.

Se realiza posteriormente tacto rectal en el que se objetiva ausencia de masas en región perianal, esfínter normotónico, hemorroide interna a las VI sin dolor a la palpación y dedil de guante tintado de sustancia negra no pastosa ni maloliente (*Imagen 1*).

Se solicitan pruebas complementarias:

Electrocardiograma anodino, analítica de sangre sin anemia (Hemoglobina 13.8 g/dl, hematocrito 41.8 %), plaquetas en rango, sin coagulopatía, función renal sin alteraciones (creatinina, BUN y urea), bilirrubina en rango, iones en rango, gasometría venosa en rango y radiografía de tórax sin alteraciones agudas.

Tras revisar el caso clínico se concluye que el diagnóstico en este caso más probable es el de pseudomelenas por ingesta de carbón activado hace 5 días.

Se decide alta a domicilio tras descartar patología que justifique su permanencia en el servicio de urgencias.

REVISIÓN

La hemorragia digestiva aguda es una potencial emergencia médica que debe ser valorada con inmediatez hasta conocer la gravedad de la misma. Puede ser clasificada en hemorragia alta y hemorragia baja en función del origen del sangrado. El paciente puede presentar hematemesis, melenas o hematoquecia^{1,2}.

Las melenas son el tipo de hemorragia digestiva más frecuente: el sangrado suele originarse generalmente por encima del ligamento de Treitz. En este contexto la sangre se digiere a su paso por el intestino y se

expulsa por el ano en forma de heces negras, pastosas y malolientes.

En ocasiones pueden ser confundidas con heces negras, pero no melénicas, que han sido teñidas por otras sustancias. En esa categoría podemos citar alimentos como la tinta del calamar o el regaliz, y fármacos, como el hierro o el bismuto.

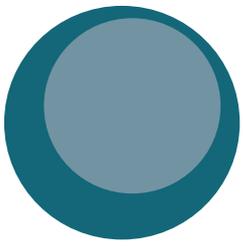
Otro material que no es tenido tan en cuenta como los previos es el carbón activado. Se trata de un polvo negruzco de estructura porosa que, al administrarse por vía oral, absorbe a su paso por el sistema gastrointestinal fármacos y toxinas, evitando así su absorción sistémica. Todo ello lo convierte en un tratamiento eficaz en caso de intoxicaciones y es muy usado en los servicios de emergencia³.

Estas pseudomelenas deben ser identificadas ya sea por la anamnesis o por la exploración física directa de las heces, ya que no presentan las características típicas citadas previamente en cuanto a la consistencia y al olor.

Es muy importante que el profesional sanitario haga hincapié en orientar bien el caso desde el principio, ya que en caso de sospechar melenas las pruebas complementarias incluyen una endoscopia, que no deja de ser una técnica invasiva con riesgos y que no debería ser realizada salvo que fuese indispensable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson ID. Hematemesis, Melena, and Hematochezia. En: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editores. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3Ed. Boston: Butterworths; 1990. 439-442.
2. Rockey DC. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. Uptodate [Internet]. Feldman M, Travis AC MD; 13 Jul 2022 [Actualizado Dic 2023, Consultado 20 Ene 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=causes%20of%20upper%20gastrointestinal%20bleeding%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Carbón activo. Vademecum [Internet] 19 Ene 2016 [Consultado 30 Ene 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-carbon+activo-v03ab+m1-es>



CASOS CLÍNICOS

6. DOCTORA, HOY NO HE IDO A BAILE

■ Ferre Sánchez C.
Médico especialista de MFyC. C.S. Condes de Barcelona, Boadilla del Monte.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 75 años independiente para actividades básicas de la vida diaria y sin antecedentes personales de interés que acude por dolor en cadera izquierda a su médico de atención primaria con episodios de tiritona y escalofríos, disminución de apetito y malestar general con fiebre 39° de un día de evolución^{1,2,3}. Comenta que lo que le llamó la atención es que no podía levantarse del sillón para ir a baile, “el dolor se le irradiaba desde la zona superior del abdomen hasta la cadera”.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Hipotensa y taquicárdica, sudorosa y con febrícula. Presenta dolor abdominal generalizado con sospecha de irritación peritoneal, sin masas ni megalias, pulsos femorales presentes y simétricos.

Pelvis y cadera con limitación ligera a la flexión, pero con buena movilización y sin datos de complicación.

Ante los hallazgos clínicos, consultamos analítica del día anterior en el centro de Salud con amilasa 822 U/L, GGT 1235 U/L, GOT 144U/L, Bilirrubina 5,4mg/dl.

Se deriva a Urgencias con sospecha de patología de la vía biliar, donde se realiza analítica completa con acidosis metabólica y lactato venoso de 11,4, leucocitosis con neutrofilia, hiperbilirrubinemia directa de 6,6, hiperamilasemia de 1500 y transaminasas de GOT 400 y GGT 2300. Se solicita TAC abdominal urgente ante fallo orgánico en contexto de pancreatitis/colangitis identificándose dos litiasis en colédoco intrapancreático que condicionan dilatación retrógrada de la vía biliar (colédoco de hasta 12mm) sin

signos de pancreatitis. No se evidencian alteraciones óseas a nivel de pelvis.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Ante la situación de inestabilidad hemodinámica, se inicia fluidoterapia y antibioterapia intravenosa y se realiza drenaje biliar urgente. Finalmente, la paciente es dada de alta sin complicaciones al séptimo día postingreso.

JUICIO CLÍNICO

Sepsis secundaria a colangitis aguda litiásica (Criterios de Tokyo 2/3).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

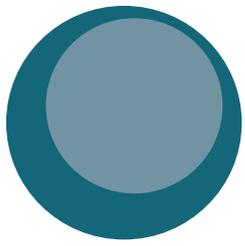
- Posible fractura de ramas isquiopubianas
- Pancreatitis aguda

DISCUSIÓN FINAL

Conviene mencionar la importancia de realizar exploraciones físicas abarcando abdomen completo y musculoesquelético en el caso de que la historia clínica sea un poco inespecífica y pueda llevar a diagnósticos erróneos. Es imprescindible descartar signos de alarma en los dolores abdominales (fiebre, irritación peritoneal, pulsos femorales...). Resaltamos el buen criterio de derivación inmediata a Urgencias para realizar prueba de imagen inmediata ante el diagnóstico de sospecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orellana Soto P. Presentación, diagnóstico y terapéutica de la col-angitis aguda. *Med leg Costa Rica*. 2014;31(1):84-93 Takada T. Tokyo Guidelines 2018: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis/acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):1-2
2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007; 14:15.
3. Kiriyaama S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25:17.



CASOS CLÍNICOS

7. ESCOMBROIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CON LESIONES ATÍPICAS

- Gómez Adiego I.J.¹, Gómez Pérez B.², Fouz López M.C.³.
^(1,2) Médico residente de MFyC
⁽³⁾ Médico adjunto de MFyC
C.S. Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La escombroidosis es una intoxicación alimentaria causada por la ingestión de pescado contaminado con altas concentraciones de histamina, habitualmente por mantenerlo a una temperatura inadecuada. Se expone el caso de un varón que presenta lesiones cutáneas atípicas filiformes, al que se diagnostica de escombroidosis. Se aborda la importancia de esta entidad, su diagnóstico diferencial y el manejo desde Atención Primaria¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 48 años sin antecedentes médicos relevantes, que consultó inicialmente de urgencias por aparición súbita de un exantema cutáneo pruriginoso en tronco y región distal de las extremidades superiores, unos 20 minutos después de la ingesta de un tartar de atún, siendo diagnosticado de urticaria y tratado con rupatadina.



Figura 1. Lesiones que presentaba el paciente inicialmente.
Imágenes con consentimiento del paciente

Acudió a nuestra consulta a las 48 horas por falta de mejoría de las lesiones cutáneas (Figura 1). Teniendo en cuenta el aspecto filiforme de las lesiones, planteamos el diagnóstico diferencial con urticaria, reacción alérgica al pescado, escombroidosis, dermatitis flagelada o fitofotodermatitis (Figura 2)^{2,3}. Las lesiones no eran características de una urticaria al no presentar habones ni ser evanescentes. El aspecto filiforme podría recordar al de la dermatitis flagelada típica de la ingesta de setas shiitake o tratamientos como la bleomicina o al de las fitofotodermatitis. En la anamnesis, no refería ingesta de setas, tratamiento farmacológico ni exposición a productos vegetales y exposición solar concomitante. Se realizó una determinación de IgE específica frente a *Anisakis simplex* que fue negativa.

Teniendo en cuenta el antecedente de la ingesta de pescado y el tiempo de aparición de las lesiones, se diagnosticó de escombroidosis. Debido a que presentaba molestias y preocupación por la evolución de las lesiones, sin presentar síntomas graves ni desear la toma de tratamiento corticoideo sistémico, se acordó con el paciente probar el uso de corticoide tópico. Unos días más tarde, ante la ausencia de eficacia se decidió suspender su uso, manteniendo el tratamiento antihistamínico hasta la resolución progresiva del cuadro (Figura 3).

REVISIÓN

La escombroidosis es una de las intoxicaciones alimentarias más frecuentes en nuestro medio; en Estados Unidos y Europa constituye hasta el 40% de los brotes de toxiinfección alimentaria⁴. Generalmente se produce por una conservación del pescado (de la familia Scombridae y Sombrosocidae, como son el atún, la caballa y el bonito; así como otros no escómbridos como el pez espada, la sardina, el arenque y el salmón) a temperaturas inadecuadas; estas condiciones favorecen el crecimiento de diferentes bacterias, produciendo la conversión de histidina, presente en la carne del pescado, a histamina por medio de distintas enzimas. Por ello, es fundamental la prevención de la escombroidosis mediante una adecuada refrigeración del pescado; lo ideal es mantenerlo a una temperatura $\leq 0^{\circ}\text{C}$ para evitar tanto el crecimiento de las bacterias como la activación de la histidina decarboxilasa.

Entre los signos y síntomas que pueden manifestar los pacientes se incluyen el enrojecimiento de la piel y de la conjuntiva ocular, prurito, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, cefalea, palpitations e hipotensión. Por lo general, la afección suele ser leve o moderada y tiende a resolverse de manera espontánea en un período de 12-48 horas, aunque en ocasiones, como en este caso, puede prolongarse.



Figura 2. Lesiones secundarias a dermatitis flagelada (izquierda) y a fitofotodermatitis (derecha).



Figura 3. Lesiones que presentaba el paciente en resolución.

Imágenes con consentimiento del paciente

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares, de edad avanzada o aquellos en tratamiento con isoniazida, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o medicamentos que inhiben la histaminasa pueden ser más vulnerables a la intoxicación⁵.

El diagnóstico definitivo de la escombroidosis se realiza con la medición de los niveles de histamina en el pescado responsable. Al no existir test específicos para el diagnóstico de esta patología en humanos, este se fundamenta en la historia clínica y una exploración física compatible con el cuadro; y aunque no sean diagnósticas, se puede apoyar en pruebas complementarias como la medición plasmática o en orina de histamina.

El tratamiento antihistamínico puede aliviar los síntomas y en ocasiones, puede ser necesario el uso

de broncodilatadores inhalados, corticoides e incluso adrenalina.

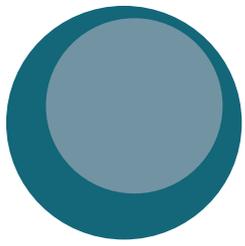
Ante un brote de escombroidosis siempre se debe notificar al departamento de sanidad para que se realice un control alimentario y evitar otros posibles casos.

CONCLUSIÓN

La escombroidosis puede manifestarse con lesiones cutáneas atípicas. Este caso subraya la importancia de la sospecha clínica, siendo fundamental la realización de una buena anamnesis para el diagnóstico de aquellos casos de presentación no habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Caravaca G, Hijas-Gómez AI, Tejedor-Alonso MÁ, Del-Moral-Luque JA, Delgado-Iribarren A, Valverde-Cánovas JF, Gil-de-Miguel Á. Food poisoning caused by scombroids: A case-control study. *J Infect Public Health*. 2019 Jul-Aug;12(4):591-593. doi: 10.1016/j.jiph.2018.09.010. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30342927.
2. Chu EY, Anand D, Dawn A, Elenitsas R, Adler DJ. Shiitake dermatitis: a report of 3 cases and review of the literature. *Cutis*. 2013 Jun;91(6):287-90. PMID: 23837150.
3. Docencia Rafalafena. Lesiones curiosas. 2010: <https://rafalafena.wordpress.com/2010/02/03/lesiones-curiosas/>
4. Guergué-Díaz de Cerio, O., Barrutia-Borque, A. and Gardeazabal-García, J. (2016) 'Escombroidosis: Abordaje Práctico', *Actas Dermo-Sifiligráficas*, 107(7), pp. 567-571. doi:10.1016/j.ad.2016.02.010.
5. Gargantilla P, Arroyo N, Montero J, Montero G. Escombroidosis: Causa Frecuente de Intoxicación Alimentaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2016;42(5):353. doi:10.1016/j.semerg.2015.05.003



CASOS CLÍNICOS

8. DOCTORA ME MUERDO LA LENGUA

■ Rodríguez García-Calvo P.¹ Martín-Fuertes Guio C.M.²

⁽¹⁾ Médico Especialista en MFyC. C.S. Gandhi (Madrid).

⁽²⁾ Médico Especialista en MFyC. C.S. Dos de Mayo - Móstoles (Madrid).

RESUMEN

La macroglosia y el síndrome constitucional engloban un diagnóstico diferencial muy extenso²⁻¹. En Atención Primaria, el primer reto al iniciar el estudio de la macroglosia, es conocer que este signo pueda estar presente en el contexto de diversas patologías localizadas o sistémicas.

Una de ellas es la amiloidosis sistémica 3-1, que constituye un grupo de enfermedades caracterizadas por la acumulación extracelular de una sustancia patológica que corresponde a la vía final del metabolismo anormal de ciertas proteínas. Es una enfermedad rara, que afecta a menos de una persona de cada dos mil³⁻². Se presenta el caso de una mujer que acude al Centro de Salud por una mordedura en la lengua, boca seca, dispepsia, estreñimiento, anorexia y pérdida de peso. En la exploración se objetiva macroglosia y tras las pruebas complementarias iniciales, se deriva a Hematología y Aparato Digestivo, con el diagnóstico de Amiloidosis Sistémica. Enfermedad con mal pronóstico, en el que el diagnóstico precoz, es clave ya que puede mejorarlo sustancialmente.

PALABRAS CLAVE: Macroglosia, síndrome constitucional, amiloidosis.

EXPOSICIÓN

Acude a la consulta de urgencias, una mujer de 52 años, con los siguientes antecedentes personales: exfumadora desde 2018, TA elevada sin confirmación con despistaje, controlada con dieta y ejercicio, refiriendo que se muerde la lengua y sensación de boca pastosa. En la exploración se ven bordes indurados en lengua, con hematoma residual, aspecto de lesiones de mordedura con sospecha de sobreinfección. Se pauta antibioterapia, se solicita análisis completo y se deriva a odontología.

Se cita en consulta programada con su MAP, para seguimiento al 5^a día y revisión de resultados. Se realiza anamnesis más detallada, refiriendo la paciente que desde hace 2-3 meses presenta pirosis, estreñimiento y pérdida de peso. Se valoran los primeros resultados de análisis en los que aparece elevación de transaminasas con perfil de colestasis: GPT 106 GOT 109 GGT 855 FA 1033 y pico de banda monoclonal, motivo por el cual bioquímica indica ampliar estudio con resultados de serologías para ac Anti Hbs + ac anti HBC + IGGCMV + AcHbe IGG+, alfafetoproteína y CEA normales, proteinograma con valores por debajo de rango y banda monoclonal de cadenas ligeras lambda 401886 (normal de 5 a 27).

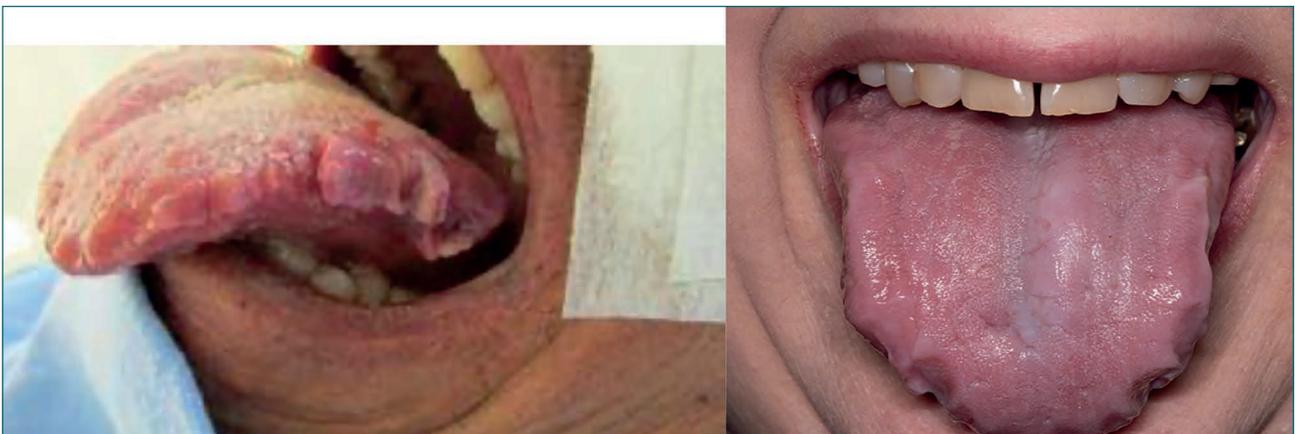


Figura 1. Imágenes con consentimiento del paciente

Se realiza e-consulta a Digestivo, que decide realizar ecografía abdominal sin alteraciones significativas.

Odontología decide derivación a la consulta de Cirugía Maxilofacial, donde realizan biopsia de la lesión con resultado: Tinción de rojo Congo positiva para amiloide en depósitos de paredes vasculares y en intersticio, capta intensamente para cadena ligera de inmunoglobulinas lambda. Compatible con amiloidosis. Se realiza biopsia de médula ósea y hepática con resultado: neoplasia células plasmáticas restricción de cadenas ligeras lambda depósitos de amiloide Congo +.

Todo ello confirma el diagnóstico de Amiloidosis Primaria con afectación hepática, renal y cardíaca.

Se decide realizar seguimiento por Hematología que inicia tratamiento con 3 ciclos de CY-Borde Daratumumab y leucoaféresis de precursores hematopoyéticos. Actualmente, la paciente se encuentra en situación de respuesta completa estricta.

REVISIÓN

La amiloidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por acumulación de depósito extracelular correspondiente a la vía final común del metabolismo anormal de ciertas proteínas, es una enfermedad rara que afecta a menos de una persona de cada 2000³⁻¹⁻². La macroglosia es un signo clínico presente en múltiples patologías, que se define como una protrusión

lingual en reposo más allá del reborde alveolar. La prevalencia en población general es desconocida, sin embargo, se estima que en población general aislada o como parte de un síndrome sería de 1 cada 12.000 personas. Existen dos grandes categorías: *macroglosia verdadera* por hipertrofia muscular o infiltración anormal de proteínas o glucógeno; y *macroglosia relativa*, término usado para describir una lengua de tamaño normal que no se adapta a la cavidad oral¹⁻².

El diagnóstico definitivo es por confirmación histológica. Siempre debe realizarse el acto diagnóstico menos invasivo. Existen tres grandes tipos de amiloidosis generalizada: AL (la más frecuente), AA y ATTR.

El tratamiento ha evolucionado considerablemente debido a tres puntos: 1) medición de cadenas ligeras de IG libres en suero, 2) descubrimiento de troponinas y péptido natriurético cerebral como factores de diagnóstico y seguimiento pronóstico de respuesta al tratamiento, 3) se disponen de tratamientos cada vez más eficaces, similares al tratamiento del mieloma.

Por todo lo expuesto anteriormente la CLAVE en atención primaria es “pensar” en esta enfermedad, ya que es muy inespecífica, y el signo de la macroglosia está relacionado con ella.

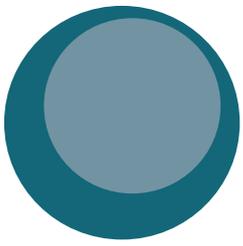
Existen pocos o ningún signo clínico específico de la amiloidosis, aunque la enfermedad es multisistémica. Adjuntamos un cuadro con todos los signos clínicos.

Tabla 1.

Organo diana	Signos frecuentes	Signos raros
Riñón	Proteinuria Síndrome nefrótico. Insuficiencia renal	Trombosis venas renales Afectación tubular
Corazón y vasos	Insuficiencia cardíaca. Trastornos del ritmo y/o conducción	Insuficiencia coronaria Embolia arterial Claudicación mandíbula
Tubo digestivo	Macroglia, disfagia Hemorragia, pseudo-obstrucción Malabsorción, perforación	Ulceración seudo -EICI
Hígado	Hepatomegalia	Hipertensión portal Ascitis, ictericia, ruptura del bazo
Nervio	Polineuropatía periférica, sensitivo-motora, vegetativa	Neuropatía craneal
Piel	Púrpura, nódulo, pápula, mácula, Aspecto esclerodermiforme	Ampolla, onicodistrofia, alopecia, discromía
Respiratorio	Tos, hemoptisis	Disnea
Osteoarticular	Poliartropatía, Sd. Túnel del carpo	Tumor óseo Fractura
Aparato urinario	Hematuria	Cólico nefrítico
Endocrino	Bocio	Hipotiroidismo Insuficiencia renal
Ojo	Miodesopsias	Disminución agudeza visual Tumor conjuntival
Ganglios linfáticos		Adenopatías

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Huidobro N, F., Cisternas G, Á., & Cabello E, P. (2020). Amiloidosis AL y mieloma múltiple: Macroglosia como primera manifestación de una combinación infrecuente. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 80(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48162020000100048>
2. Moroni L, A. M., Benavides M, A., & Retamal E, Y. (2002). Macroglosia y amiloidosis oculta. *Revista Médica de Chile*, 130(2). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872002000200012>
3. S.Georgin -Lavialle, D. Buob y G. Gateau. Tratado de medicina, 2019-06-01, Volumen 23, Número 2. Páginas 1-7.



CASOS CLÍNICOS

9. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. REVISIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

■ Díaz Canales, T.^a, García Cabañas, J.^b

^(a) Médico Residente de MFyC.

^(b) Médico Residente de MFyC.

C.S. El Espinillo. Hospital 12 de Octubre.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica (PFP) o Parálisis de Bell, es una entidad frecuente en la población, por afectación del nervio facial, la mayoría de veces de causa desconocida. Es importante diferenciarla de aquella no idiopática, así como de la parálisis facial central (PFC).

A continuación, se presenta un caso clínico de una paciente con un episodio de parálisis facial unilateral de forma aguda. A propósito del caso, se realiza una revisión del diagnóstico de esta patología y de sus posibles causas, para poder realizar un manejo precoz desde consulta de Atención Primaria, teniendo gran importancia la historia clínica completa; realizando una revisión del tratamiento que debe ser precoz para disminuir secuelas.

PALABRAS CLAVE: asimetría facial, parálisis de Bell, nervio facial.

EXPOSICIÓN

Mujer de 41 años, natural de Paraguay, sin antecedentes médicos ni uso de medicación habitual, sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a urgencias por cuadro de 24 horas de otalgia izquierda, sin otorrea, sin fiebre ni cuadro respiratorio asociado. Desde hace 5 horas presenta torcedura de comisura bucal a la derecha, con disminución de sensibilidad hemi-facial izquierda e imposibilidad de cierre ocular ipsilateral, con leve disartria. Afebril en todo momento. Niega vesículas cutáneas u otras lesiones y otra clínica asociada.

A la exploración física la paciente se encuentra afebril, normotensa, frecuencia cardiaca de 76 latidos por minuto, saturación de oxígeno 99%. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal y de miembros inferiores, sin hallazgos. Otoscopia bilateral normal, sin lesiones. Faringe normal. No presencia de lesiones

cutáneas a ningún nivel. A la exploración neurológica dificultad para el cierre de ojo izquierdo, pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos extraoculares sin alteraciones. Dificultad para la elevación ciliar izquierda, desviación de comisura bucal a la derecha. Sensibilidad disminuida hemifacial izquierda. Fuerza en extremidades 5/5. Marcha y resto de pares craneales sin alteraciones. Romberg negativo. Sin dismetría ni disdiadococinesia.

Tras la exploración de la paciente junto con los síntomas que presenta, impresiona de Parálisis facial periférica, compatible con Parálisis de Bell grado IV. Se inicia tratamiento con Prednisona a 1mg/Kg en pauta descendente durante un mes. Se le recomienda oclusión de ojo afectado por las noches con uso de gel oftálmico previo a la oclusión, y uso de lágrimas artificiales a demanda por el día. Tras el tratamiento la paciente presenta mejoría paulatina de la clínica.

REVISIÓN

La parálisis facial (PF) es la incapacidad parcial o total de realizar movimientos musculares voluntarios en un lado de la cara, por alteración del nervio facial, que no transmite órdenes nerviosas a la musculatura afectada¹.

El nervio facial, sale de la base del cráneo, atraviesa el oído medio y la glándula parótida, donde se divide en rama temporal, cigomática, bucal, mandibular y cervical, que permiten la función motora de los músculos faciales. Según la localización de la lesión existen dos tipos de parálisis: PF central (PFC) o PFP. La PFP es una patología relativamente frecuente y la mayoría de casos son idiopáticos, llamada Parálisis de Bell, pero un número apreciable de pacientes presenta alguna patología subyacente.

La parálisis de Bell es la primera causa de PFP, cursa con una disminución o ausencia de movimientos faciales. Tiene un inicio súbito y un curso autolimitado,

soliendo revertir sus síntomas, total o parcialmente, tras varias semanas o hasta 4-6 meses después, por esto es importante el tratamiento precoz².

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de la parálisis de Bell era en 2014 de 20/100.000 personas en un año, con riesgo de 1/60 de desarrollarlo a lo largo de la vida. Su pico de incidencia es entre los 15 y 40 años, sin diferencia de sexo, parece ser más alta en embarazo³.

La etiología no está clara, hay varias teorías: Infección viral por reactivación del Virus Herpes Simple 1 (VHS1) en el ganglio geniculado o Virus varicela Zoster (VVZ), siendo más habitual sin la presencia de vesículas. Otras teorías defienden que puede estar provocado por estrés y una infección de otro tipo⁴. Teoría autoinmune, podría ser una variante del Síndrome de Guillain-Barré, se ha encontrado disminución de células T supresoras y aumento de linfocitos B, con cifras elevadas de interleuquina 1, 6 y factor alfa de necrosis tumoral⁵. Causa isquémica, dado que el nervio facial tiene abundante irrigación vascular, los vasoespasmos (u otras causas de isquemia primaria, secundaria o terciaria) provocan una disminución del suministro de sangre e inflamación, lo que conllevaría una neuropatía isquémica primaria⁶. Teoría inflamatoria, numerosas líneas de investigación han sugerido que es el resultado de una desmielinización aguda por agentes inflamatorios, esta etiología está respaldada por los cambios histológicos que se producen en el nervio facial y aumento de valores medios de neutrófilos. Por exposición al frío o temperaturas extremas, la incidencia de la parálisis de Bell aumenta con la exposición aguda al frío y es mayor en lugares con grandes diferencias de temperatura diurnas, lo que indica que los cambios bruscos de temperatura pueden ser un factor de riesgo^{7, 8}.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente clínico, descartando causas alternativas de PF unilateral. Como se ha comentado, existen dos tipos de parálisis. La PFC se produce por una afectación del sistema nervioso central y suele aparecer en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares o edad avanzada. Provocará dificultades del movimiento en la mitad inferior de la cara (sin alterar la movilidad del ojo ni la ceja) por afectación del núcleo facial inferior del sistema nervioso central (SNC) en el lado contrario de la lesión (Figura 1). La PFP altera el movimiento de los músculos faciales en toda la hemicara, produciéndose un borramiento del surco nasolabial del lado patológico, desviación de la comisura labial hacia el lado sano, alteración del cierre del ojo del lado afectado y caída

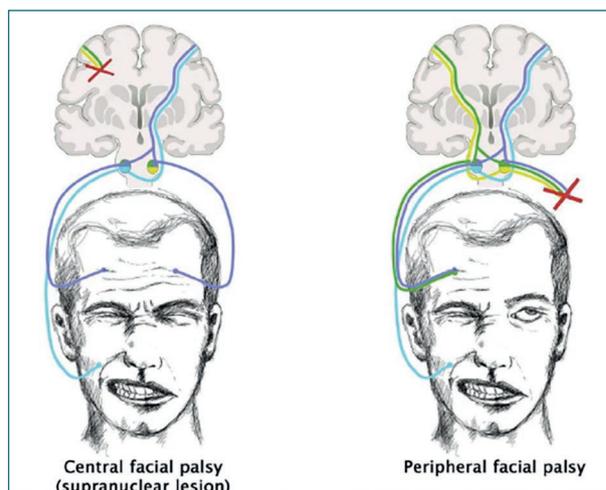


Figura 1. Diferencia de PFC (*central facial palsy*) y PFP (*Peripheral facial palsy*). Representación gráfica de síntomas y localización de lesión¹⁴.

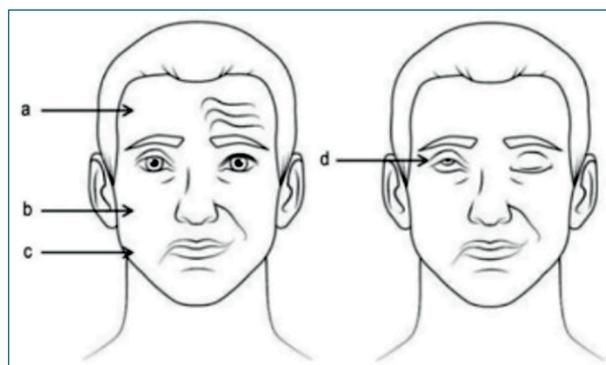


Figura 2. Clínica de la PFP derecha: a) disminución de la inervación de la frente; b) pliegue nasolabial aplanado; c) comisura de la boca caída; d) alteración del cierre del párpado con fenómeno de Bell cuando se le pide al paciente que cierre los ojos.

palpebral. Puede causar dolor alrededor del pabellón auditivo y ojo/boca seca, hiperacusia, alteración del gusto o sensitiva y pérdida de audición (Figura 1, 2).

Nos hará sospechar de una PFP idiopática (Bell) su instauración rápida, de menos de 48 horas, exploración de cabeza, cuello y oído normal y recuperación de la movilidad de la musculatura facial en unas seis semanas. Por el contrario, nos orientará hacia una PFP no idiopática la instauración lenta y progresiva, espasmos previos, afectación de una sola rama o afectación bilateral y falta de recuperación en seis semanas⁹.

La exploración física debe incluir examen neurológico, de cabeza y cuello (descartar colesteatoma, otitis media supurativa aguda, otitis media supurativa crónica u otitis media maligna), audiometría y oftalmológico, inspeccionar la piel de la zona y la parótida³.

Existen pruebas complementarias que contribuyen al diagnóstico etiológico, y demuestran y cuantifican el grado de afectación del nervio. Se agrupan en pruebas electrofisiológicas y no electrofisiológicas. Las primeras son electromiografía, electroneurografía, reflejo trigémino-facial o blink réflex, prueba de excitabilidad nerviosa, estimulación magnética transcraneal; están indicadas ante ausencia de contracción voluntaria, ya que la abolición facial es el indicador clínico de mal pronóstico. Aportan información pronóstica sobre la severidad del daño. Determinan los tres tipos clínicos de lesiones nerviosas que han podido producirse: neuroapraxia (bloqueo transitorio con parálisis incompleta y recuperación completa en tres a seis semanas donde la compresión es la causa más común), axonotmesis (degeneración walleriana periférica del nervio y posterior recuperación de forma paulatina y lenta y posiblemente incompleta, cuya etiología también puede ser la tracción o aplastamiento) y neurotmesis o corte completo de un tronco nervioso. Las segundas ayudan a determinar la etiopatogenia y complicaciones de la parálisis facial periférica: analítica completa, audiometría, tomografía axial computarizada (TAC) craneal y la resonancia magnética nuclear (RMN) (si asocian sordera, otorrea, tinnitus, afectación de otros pares craneales, traumatismo o parálisis de más de tres meses de evolución) y Prueba de Schirmer.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la PFP idiopática o de Bell, se realiza con la PFC y con aquella que presenten una causa clara. Existen causas infecciosas por Herpes zoster ótico (Ramsay-Hunt), herpes simple, citomegalovirus, Epstein Barr, VIH, virus de hepatitis, encefalitis/meningitis, Lyme, sífilis y tuberculosis. Causas yatrógenas (cirugías del ángulo pontocerebeloso, oído, parótida), traumáticas (fracturas del temporal, trauma obstétrico, heridas), tumorales (hueso temporal, tumor intrínseco del nervio, meningioma, tumor de parótida o metástasis), otológicas (colesteatoma, otitis media aguda o crónica, otitis externa maligna),

neurológicas (Guillain-Barré, distrofias, ictus, esclerosis múltiple) y Diabetes, sarcoidosis, amiloidosis, Síndrome de Melkerson-Rosenthal, Kawasaki, granulomatosis con poliangeítis, neuroborreliosis.

TRATAMIENTO

El tratamiento con corticoides ha demostrado evidencia positiva, teniendo que comenzar en las primeras 72 horas, con una pauta de 25 mg de Prednisolona durante 10 días, o con 60 mg de Prednisolona en 5 días en pauta descendente; o Prednisona 1mg/Kg/día 5 días con reducción progresiva. El uso de antivirales está relacionado con la teoría etiológica de la infección viral, según la que el uso combinado de corticoides y antivirales es beneficioso. Sin embargo, los ensayos clínicos no son concluyentes, y en algunos no se encuentran diferencias significativas con la monoterapia con corticoides. Aunque en otros han sugerido que la terapia combinada reduce el riesgo de secuelas tardías. Los antivirales son Aciclovir, valaciclovir, brivudina y famciclovir y están indicados en síndrome de Ramsay-Hunt y parálisis facial completa o grado VI con dolor intenso desde el inicio (sospecha de herpes zoster). En cuanto al tratamiento sintomático, si no se puede realizar la oclusión completa del párpado, estarían indicadas lágrimas artificiales, gel oftálmico y un protector ocular que mantenga la humedad por las noches¹⁰. La cirugía descompresiva no está recomendada en la fase aguda de la enfermedad por la falta de evidencia positiva y el riesgo de posibles complicaciones graves. Siendo una opción en situaciones cronicadas¹¹.

PRONÓSTICO

Incluso sin tratamiento tiene buen pronóstico, algunos estudios sitúan al 70% de los pacientes totalmente recuperados en 6-9 meses¹². El 13% con secuelas leves como asimetrías faciales, 4% permanecen con parálisis residual, 7% pueden desarrollar sincinesias (que junto con la disfunción autonómica residual), que podrían reflejar un patrón anormal de re-ner-

Tabla 1. Escala de House-Brackman simplificada: mide los grados de PFP 2. En los grados III y IV pueden existir discinesias.

Grado	Afectación de la movilidad	Aspecto en reposo	Cierre ocular	Función frontal
I	No hay	Simetría	Completo	Normal
II	Leve			
III	Moderada			Alterada
IV	Moderada-grave		Incompleto	Ausente
V	Grave	Asimetría		
VI	Completa			

vacación, y un 7 % de pacientes que tienden a tener episodios recurrentes, sin diferencias entre afectación ipsilateral o contralateral³. Son factores de riesgo para una mala evolución: mayor puntuación en la escala de afectación de House-Brackmann, ser un paciente anciano, ser varón o presentar un Síndrome de Ramsay Hunt¹³.

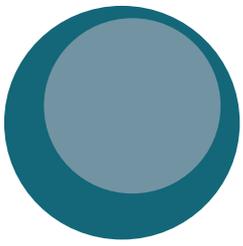
CONCLUSIONES

La parálisis facial periférica idiopática o de Bell es una entidad frecuente en la población cuya causa es desconocida, existiendo varias hipótesis acerca de la etiología. El diagnóstico es fundamentalmente clínico,

realizándose un diagnóstico diferencial con la parálisis central y la periférica de causa clara. Su inicio es súbito y debe ser tratado en las primeras horas con corticoterapia, para mejorar el pronóstico de la entidad, que en la mayoría de los casos no deja secuelas, siendo estas posibles en algunos casos, pudiendo ser necesario tratamientos más invasivos. Normalmente no es necesario realizar pruebas complementarias, pero en caso de sospecha de causas sistémicas u orgánicas conocidas o en casos de mala evolución, pueden ser necesarias para determinar el tipo de lesión nerviosa, así como el pronóstico. Por tanto, es importante conocer los síntomas de esta entidad y su tratamiento inicial para realizar un buen manejo de la patología y lograr conseguir los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. La parálisis facial: tipos, diagnóstico y tratamiento. Disponible en: <https://seorl.net/la-paralisis-facial-tipos-diagnostico-y-tratamiento/>
- 2) Bugueño Lara, R. D., Galán García-Hortelano, C., Gavilanes Plasencia, J. Patología otorrinolaringológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 9ª Edición. Madrid: MSD; 2022. [109-131].
- 3) Holland NJ, Bernstein JM. Bell's palsy. *BMJ Clin Evid.* 2014;2014.
- 4) Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol.* 2020;267(7):1896-905.
- 5) Heckmann JG, Urban PP, Pitz S, Guntinas-Lichius O, Gágyor I. The diagnosis and treatment of idiopathic facial paresis (bell's palsy). *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(41):692-702
- 6) Wang J, Dai C, Zhao H, Huang X. Establishment of animal model for ischemic facial palsy in rat. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi.* 1999; 13:464-465.
- 7) Spengos K, Sameli S, Stouraitis G, Koliass A, Koulouri O, Kokkinos Z, Makrylou I, Tsvigoulis A, Tsvigoulis G, Vassilopoulos D. Seasonal variation of Bell's palsy in Athens, Greece—hospital-based retrospective evaluation over fifteen years. *Eur Neurol.* 2006; 55:84-88. doi: 10.1159/000092779.
- 8) Hsieh RL, Wang LY, Lee WC. Correlation between the incidence and severity of Bell's palsy and seasonal variations in Taiwan. *Int J Neurosci.* 2013; 123:459-464. doi: 10.3109/00207454.2013.763804.
- 9) A.M. Garrido Calvoa, E. González Espallargasa, P J. Pinós Labordaa, I. Gil Romeab. *Medicina Integral.* Vol 36 (8): 285-293. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-una-paralisis-facial-periferica-12966>
- 10) MacIntosh PW, Fay AM. Update on the ophthalmic management of facial paralysis. *Surv Ophthalmol.* 2019;64(1):79-89.
- 11) Gantz BJ, Rubinstein JT, Gidley P, Woodworth GG. Surgical management of Bell's palsy. *Laryngoscope* 1999;109(8):1177-88.
- 12) Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol [Internet].* 1982;4(2).
- 13) Yoo MC, Soh Y, Chon J, Lee JH, Jung J, Kim SS, et al. Evaluation of factors associated with favorable outcomes in adults with bell palsy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;146(3):256.
- 14) A. Calderon. Parálisis facial central vs. Periférica. uDocz. Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/671589/paralisis-facial-central-vs-periferica>



CASOS CLÍNICOS

10. NO TODAS LAS DIARREAS SON IGUALES

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

⁽¹⁾ Residente de Tercer año de MFyC

⁽²⁾ Tutora de residentes, médico especialista en MFyC y tutora pregrado de la Universidad Francisco de Vitoria

⁽³⁾ Residente de Primer año de MFyC
CS Monterrozas

INTRODUCCIÓN

La diarrea por *Clostridium difficile* es más frecuente de lo que nos pensamos, sobre todo en ambiente hospitalario. Es la causa más frecuente de diarrea nosocomial^{1,2}. Se trata de una bacteria que forma parte de la flora habitual de algunas personas (3-5%) aumentando la presencia de esta en los pacientes hospitalizados (hasta un 20%). Siendo la incidencia de unos 228 casos por cada 100.000 personas. La presencia de *Clostridium difficile* no implica necesariamente el desarrollo de una diarrea.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: vómitos y diarrea

ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer de 40 años que acude a urgencias por dolor abdominal, diarrea y vómitos desde hace 5 días. Refiere mejoría de los vómitos y el dolor abdominal, pero persistencia de la diarrea. Describe unas 10 deposiciones diarias, sin productos patológicos y que no respetan el descanso nocturno. De consistencia líquida y con escasa tolerancia oral. La paciente contaba ciclo antibiótico con cefixima por una infección de orina, la semana previa al inicio de sintomatología. Por otro lado, negaba posibilidad de intoxicación alimentaria, pero sí contacto con personas con clínica similar (profesora de educación infantil).

ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas conocidas
- Factores de riesgo cardiovascular: ninguno
- Hábitos tóxicos: niega
- Sin enfermedades médico-quirúrgicas de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 97/68 mmHG FC 104 lpm T 37,1°C

Regular estado general, normocoloreada, normoperfundida, normohidratada

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, doloroso a la palpación difusa. No signos de irritación peritoneal

JUICIO CLÍNICO

- Diarrea por *Clostridium difficile*

EVOLUCIÓN

Ante el aspecto general de la paciente, el número de deposiciones se decidió derivar a urgencias.



Figura 1. Fotografía del caso clínico tomada con consentimiento del paciente

Durante su estancia en urgencias se le realizó a la paciente una analítica completa donde se objetivó un fracaso renal agudo de características prerrenales y secundario a las pérdidas digestivas del cuadro gastrointestinal. Por otro lado, se procesó un coprocultivo y se realizaron diferentes antígenos. El antígeno de Rotavirus fue negativo y el Antígeno de Clostridium difficile junto con su toxina fueron positivos. Se decidió ingresar a la paciente para tratamiento con antibioterapia oral junto con sueroterapia dada la mala tolerancia de la paciente al cuadro. Tras 5 días de tratamiento, ante la escasa mejoría de la paciente y la persistencia del dolor abdominal y la fiebre, se decidió realizar una colonoscopia donde se visualizó una colitis pseudomembranosa (Figura 1), siendo esta una complicación de la diarrea por Clostridium difficile. Finalmente, tras 7 días de tratamiento con vancomicina oral la paciente comienza a mejorar, quedando a los 10 días asintomática por lo que se le da el alta.

Figura 1: Imagen obtenida durante la colonoscopia del paciente, donde se aprecia una colitis pseudomembranosa.

DISCUSIÓN

La mayoría de las infecciones por Clostridium difficile son de origen nosocomial pero también existe la posibilidad de que sean por transmisión comunitaria. Como ya hemos mencionado previamente muchas personas son reservorio de Clostridium difficile. Existen una serie de factores de riesgo que hacen más probable el desarrollo de la infección, como puede ser el consumo previo de antibióticos en los 10 días previos (aunque puede ser hasta en las 10 semanas

antes), el ser mayor de 65 años, la institucionalización o el contacto con un ambiente hospitalario de manera reciente.

La clínica suele ser una diarrea líquida en ocasiones con mucosidad y suele asociar dolor abdominal y febrícula. A menudo el número de deposiciones superan las 6 al día y no suelen respetar el descanso nocturno. La clínica suele durar de 5-12 días.

Para el diagnóstico será necesario una muestra de heces, en la cual se realizará la detección un antígeno. Si este es negativo se descarta la infección, si es positivo se debe detectar la toxina. Si se detecta la toxina se confirma la infección, pero si no se detecta la toxina se debe realizar la PCR de la toxina donde se confirme o se descarte la infección en función de si es positiva o negativa.

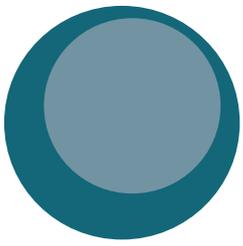
El tratamiento varía en función del episodio. En nuestro caso al tratarse de un primer episodio se utiliza el tratamiento de elección, vancomicina 125 mg cada 6 horas vías oral durante 10 días.

CONCLUSIÓN

La clínica de diarrea, vómitos y dolor abdominal es un motivo de consulta bastante frecuente en atención primaria. Aunque en la mayoría de las ocasiones se trata de una patología banal como puede ser una gastroenteritis infecciosa viral, en ocasiones podemos tener casos complejos. Por lo que debemos conocer los datos de alarma y seguir nuestro instinto profesional cuando un paciente no nos guste, bien sea por la clínica, el aspecto o la evolución tórpida de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Pardo D., Mirelis B., Navarro F. Infecciones producidas por Clostridium difficile. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(4):254-263
2. Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN, Stollman NH. ACG Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections. Am J Gastroenterol. 2021 Jun 1;116(6):1124-1147.



CASOS CLÍNICOS

11. UNA CAUSA DE DESORIENTACIÓN POCO FRECUENTE EN EL PACIENTE DIABÉTICO

■ Lorena Vallejo Puntero¹. Francisco José Román Pérez². Elena María Pérez Guerra³.

⁽¹⁾ Médico Residente de cuarto año de MFyC. Centro de Salud de Santa Bárbara (Toledo)

⁽²⁾ Médico Titular de MFyC. C.S. de Santa Bárbara (Toledo)

⁽³⁾ Médico Titular de MFyC. C.S. de Sonseca (Toledo)

INTRODUCCIÓN

La metformina es un antidiabético oral, del grupo biguanidas, que se utiliza para tratar la diabetes mellitus no insulino dependiente¹. Su mecanismo de acción se basa en la reducción de la producción de glucosa en el hígado, la disminución de su absorción intestinal, y la mejora de la sensibilidad a la insulina principalmente en tejidos periféricos². Se trata de un fármaco con un buen perfil de seguridad y una alta tolerabilidad³. Sin embargo, se asocia con una complicación infrecuente pero potencialmente grave que es la acidosis láctica, con una incidencia de 19 casos por cada 100.000 pacientes tratados por año⁴, y una mortalidad del 50%⁵. Dicha complicación se define como la presencia de un pH < 7,35, un lactato > 5 mmol/L y una pACO₂ en límites normales⁶. Es debido a que la metformina altera la depuración de lactato en el hígado por inhibición de la cadena mitocondrial^{7, 8}. El tratamiento se basa, a grandes rasgos, en la retirada de la metformina, junto con la administración de bicarbonato e intensa sueroterapia⁹.

EXPOSICIÓN

Mujer de 87 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial de larga evolución, enfermedad renal crónica estadio 3b secundaria a nefropatía diabética, fibrilación auricular, dislipemia y obesidad grado 1. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Deambula con bastón. No deterioro cognitivo. Vida completamente autónoma. Entre su medicación habitual destacó empaglifozina 5mg cada 12 horas, metformina 1g cada 12 horas, losartán/hidroclorotiazida 50/12.5 mg cada 24 horas, apixabán 5mg cada 12 horas y simvastatina 40 mg cada 24 horas.

Su familiar solicitó valoración en domicilio por episodio de desorientación temporo-espacial de cinco horas de evolución. Asoció disnea progresiva hasta hacerse de reposo. No presentó pérdida de conocimiento. No

focalidad neurológica evidente, salvo lo descrito anteriormente. No fiebre ni cuadro infeccioso aparente.

A nuestra llegada al domicilio, se evidenció tensión arterial 120/65 mmHg, saturación de oxígeno 90%, frecuencia cardíaca 95 latidos por minuto y glucemia 238 mg/dl. La paciente presentaba un glasgow de 13. Se encontraba desorientada en tiempo y espacio. Pupilas isocóricas normoreactivas sin nistagmo asociado. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos osteotendinosos normales. Marcha dificultada. Babinsky flexor bilateral. Resto de la exploración dificultada por escasa colaboración de la paciente. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no algias ni megalias, ruidos normales. Se realizó un electrocardiograma que objetivó fibrilación auricular ya conocida con respuesta ventricular en los límites normales. Ante el estado clínico que presentaba la paciente, y bajo la sospecha de un posible accidente cerebrovascular o alteración analítica grave, así como posible causa iatrogénica, se derivó a urgencias hospitalarias.

En el hospital se realizó una radiografía de tórax que resultó anodina. En la analítica destacó un fracaso renal agudo con creatinina 6 mg/dl (última hace un mes 1.2 mg/dl). Además, presentó hiperpotasemia 6.3 mmol/L, lactato 90 mmol/l e importante elevación de reactantes de fase aguda. Gasometría venosa compatible con acidosis metabólica severa. Se solicitó tomografía axial computarizada abdominopélvica que descartó foco infeccioso. El tratamiento, en primera instancia, consistió en la administración de sueroterapia, actocortina, cloruro mórfico, bicarbonato, gluconato cálcico y nebulización de salbutamol. Se realizó sondaje vesical, sin conseguir diuresis. Dada la inestabilidad de la paciente se consideró la posibilidad de cuidados a cargo de la unidad de cuidados intensivos, que, tras valoración de la paciente, desestimó ingreso a su cargo. Por todo ello, se decidió ingreso en el servicio de Nefrología con diagnóstico de acidosis láctica en probable relación con metformina y fracaso renal agudo, donde se realizó diálisis urgente como

primera medida terapéutica en el ingreso, que, posteriormente, precisó dos sesiones más de diálisis para corregir el pH y descender los niveles de lactato. Tras todo esto, se recuperó el ritmo de diuresis a las 36 horas del ingreso, mejorando los niveles de creatinina hasta la completa recuperación. La paciente mejoró de forma progresiva tanto a nivel hemodinámico como de nivel de consciencia, por lo que se decidió darle el alta tras ocho días de hospitalización.

REVISIÓN

La metformina es uno de los fármacos más empleados en el mundo para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Existe consenso en la mayoría de las sociedades científicas, así como en sus guías de práctica clínica, que la metformina es el fármaco de primera estrategia para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Además, existe evidencia científica que sugiere el uso de metformina incluso en la etapa de prediabetes. También se puede emplear en otras patologías tales como la insuficiencia cardíaca dado su carácter protector endotelial, enfermedades reumatológicas e inmunológicas por su acción antiinflamatoria, y en general, contra muchas morbilidades relacionadas con el envejecimiento.

Se ha demostrado en varios estudios clínicos que la metformina reduce los eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos. La creciente evidencia sugiere que tiene un efecto protector sobre la arteria coronaria más allá de sus efectos hipoglucémicos, por lo que proporciona una alternativa terapéutica para la prevención tanto primaria como secundaria de la enfermedad cardiovascular. Además de conseguir una reducción significativa de la hemoglobina glicosilada, así como una reducción del peso corporal, podría tener beneficio terapéutico tanto en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada como reducida.

Se trata de un fármaco combinable con cualquier otro antidiabético, incluida la insulina. Está contraindicada en condiciones clínicas específicas, tales como insuficiencia renal crónica con un filtrado glomerular inferior a 30 ml/min/1,73 m², insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria aguda, infarto agudo de miocardio o insuficiencia hepática grave. Otra contraindicación es una edad mayor de 80 años. Este rango de edad es en realidad una con-

traindicación relativa, por lo que se debe individualizar el caso en cada paciente, valorar su tasa de filtrado glomerular y demostrar que la función renal no se encuentra reducida¹⁰.

A pesar de su buen perfil de seguridad y su alta tolerabilidad se asocia con una complicación infrecuente pero potencialmente grave que es la acidosis láctica. La presencia simultánea de metformina y acidosis láctica se define como acidosis láctica asociada a metformina (MALA). MALA se determina por niveles de lactato en sangre > 5 mmol/L, pH < 7,35 y niveles de metformina en sangre > 5 mg/L, aunque este último valor no está definido en la práctica clínica.

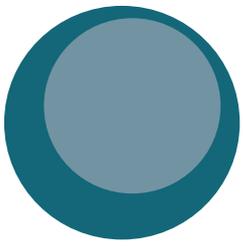
La acidosis láctica sólo debe considerarse inducida por metformina si no se puede identificar otra causa plausible o si los niveles sistémicos de metformina sugieren un papel patogénico del fármaco¹¹. La incidencia de acidosis láctica atribuida al uso de este fármaco es muy baja, y la mayoría de los casos ocurren en pacientes con afecciones que los predisponen a la hipoperfusión o la hipoxemia.

El manejo de la acidosis láctica requiere el control del agente causante, en nuestro caso, la retirada de la metformina. Sin embargo, el tratamiento causal a menudo no da como resultado una corrección rápida de anomalías graves del pH. En muchos pacientes se deben iniciar medidas adicionales para prevenir las consecuencias hemodinámicas y proarritmogénicas de la acidemia. El tratamiento es controvertido; el empleo de bicarbonato es habitual, aunque no existe evidencia científica de que se asocie a un mejor pronóstico. Además, resulta imprescindible la reposición volumétrica con soluciones electrolíticas¹². Las técnicas de reemplazo renal, entre las que destaca la diálisis, y en casos muy excepcionales el trasplante renal, parece obtener resultados beneficiosos en casos graves de acidosis asociados a metformina.

Consideramos muy adecuada la publicación de este caso puesto que, aunque es un efecto secundario muy infrecuente de los pacientes en tratamiento con metformina como hemos descrito anteriormente, sí es una complicación muy grave y potencialmente mortal. Es por ello que, su sintomatología y criterios diagnósticos, deben tenerse presente en este tipo de pacientes, puesto que las posibilidades de supervivencia aumentan sobremanera con un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana F, Pezzani MJ, Orozco R, Dreyse J, Soto L, Regueira T. Acidosis láctica asociada a metformina. Caso clínico. *Rev Med Chil.* 2017; 145: 1072-75.
2. Perel C, Grosembacher L. Metformina y sus efectos cardiovasculares. *Insuf Card.* 2021; 16(2): 60-70.
3. Rahman F, Tuba S. Lactic Acidosis Associated with Metformin in Patients with Diabetic Kidney Disease. *Med Arch.* 2022; 76(4):297-300.
4. Ashraf S, Upreti P, Karki S, Khan M, Nasr R. Metformin-Associated Lactic Acidosis: A Case Report and Review. *Cureus.* 2022; 17; 14(4):e24220.
5. Quesada L, Morell D, Barceló B, Puiguriguer J. Factores asociados a mortalidad por acidosis láctica en pacientes diabéticos tratados con metformina. *Emergencias.* 2016; 28:38-40.
6. Di Mauro S, Filippello A, Scamporrino A, Purrello F, Piro S, Malaguarnera R. Metformin: When Should We Fear Lactic Acidosis? *Int J Mol Sci.* 2022; 23(15): 8320.
7. Kamel S, Man O, Mitchell H. L-lactic acidosis: pathophysiology, classification, and causes; emphasis on biochemical and metabolic basis. *Kidney Int.* 2020; 97(1):75-88.
8. Zanza C, Facelli V, Romenskaya T, Bottinelli M, Caputo G, Piccioni A et al. Lactic Acidosis Related to Pharmacotherapy and Human Diseases. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022; 15(12):1496.
9. Matyukhin I, Patschan S, Ritter O, Patschan D. Etiology and Management of Acute Metabolic Acidosis: An Update. *Kidney Blood Press Res.* 2020; 45(4):523-31.
10. Llinás R, Alvis L, Castillo I. Evaluación de la prescripción de metformina en pacientes diabéticos tipo 2 de una institución de Atención Primaria en Salud en Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Clín Med Fam.* 2017; 10(1):12-7.
11. Mariano F, Biancone L. Metformin, chronic nephropathy and lactic acidosis: a multi-faceted issue for the nephrologist. *J Nephrol.* 2021; 34(4):1127-35.
12. Mahmood R, Maccourtney D, Vashi M, Mohamed A. A Case of Metformin-Associated Lactic Acidosis. *Cureus.* 2023; 27; 15(4):e38222.



CASOS CLÍNICOS

12. APENDICITIS EPIPLOICA

■ Mateos Fuertes T¹, Muñoz González F², Miguel Calvo I², Muñoz Sánchez B¹, Sánchez Rey V³, Barahona Fernández A⁴

⁽¹⁾ Médico residente de MFyC. C.S. Segovia.

⁽²⁾ Médico especialista en MFyC. C.S. Segovia.

⁽³⁾ Médico residente de MFyC. C.S. Lavapiés.

⁽⁴⁾ Médico residente de MFyC. C.S. Valdezarza.

INTRODUCCIÓN

Los apéndices epiploicos son pequeñas bolsas de grasa cubierta de serosa en la superficie externa del colon, que se proyectan hacia la cavidad abdominal. El colon de un adulto puede tener de 50 a 100 apéndices epiploicos.

La apendicitis epiploica es una enfermedad benigna y autolimitada, que se produce por la torsión aguda de un apéndice epiploico, que causa isquemia e infarto con necrosis grasa aséptica y trombosis venosa¹. Cursa con dolor abdominal de inicio agudo o subagudo, a menudo en la fosa iliaca izquierda. Por sus síntomas y su localización puede dar lugar a diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

El diagnóstico se basa en técnicas de imagen, especialmente la tomografía computarizada (TAC). El

tratamiento es conservador, con analgésicos y antiinflamatorios, ya que los síntomas suelen resolverse espontáneamente en pocas semanas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 74 años. Tiene como antecedentes personales, protrusión lumbar L5S1 con estenosis del canal lumbar en tratamiento con paracetamol 650 mg/8 h, hipertensión arterial con ramipril 10 mg/día e hidroclorotiazida 12,5 mg/día, y artritis reumatoide tratada con metotrexato 17,5 mg/semana y ácido fólico 5 mg/semana.

Acude a la consulta del médico de familia por dolor localizado en fosa iliaca izquierda, no irradiado, de dos días de evolución, que describe de leve intensidad,

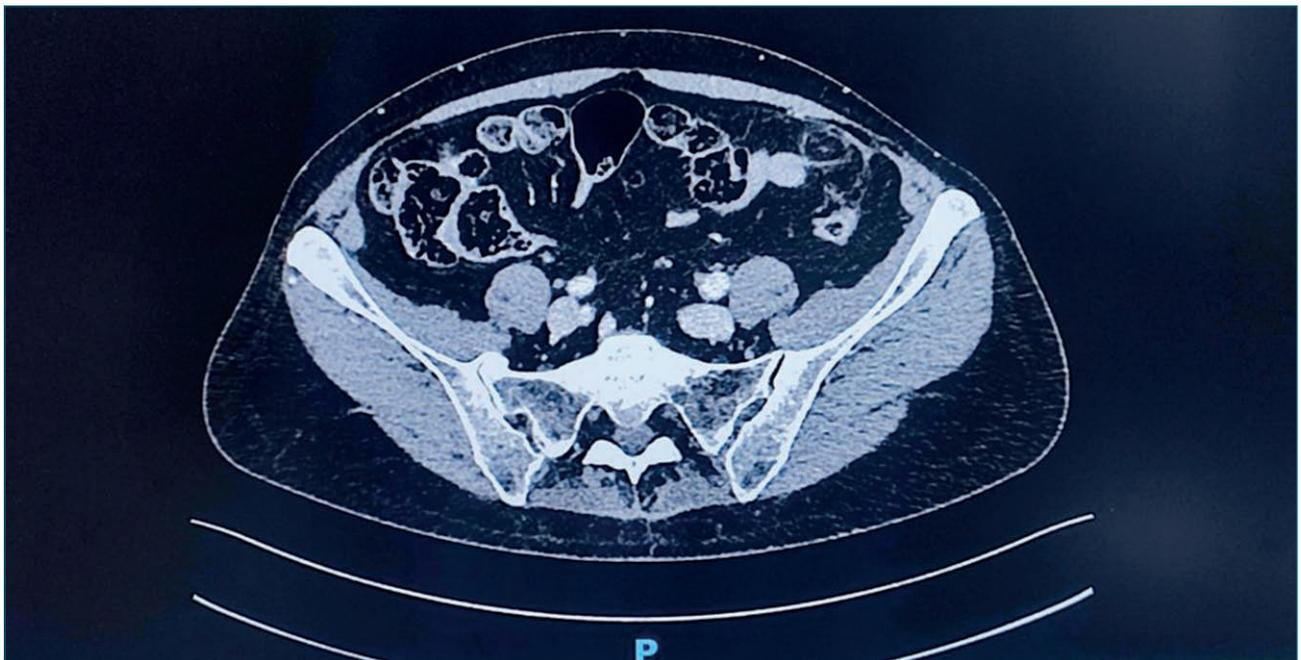


Figura 1. TAC abdominopélvico de una apendicitis epiploica.

sin otros síntomas gastrointestinales, ni miccionales, sin fiebre ni otra clínica en la anamnesis por aparatos.

En la exploración física, la paciente con buen estado general, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda y Blumberg negativo, resto de la exploración sin alteraciones. Como prueba complementaria se le hace una tira reactiva de orina, con hematuria microscópica. Se añade a su tratamiento habitual, metamizol 575 mg cada 8 horas, con observación en su domicilio y se cita para reevaluar en consulta, explicándole los posibles síntomas de alarma.

La paciente acude a la semana comentando que persiste la molestia. Al explorarla, presenta signo de irritación peritoneal en fosa iliaca izquierda, sin sintomatología general. Con el diagnóstico de sospecha de diverticulitis aguda, derivamos a urgencias del hospital.

En urgencias mantienen la sospecha clínica. El análisis de sangre presenta ligera elevación de la PCR (1,8 mg/dl), con el resto de parámetros dentro de la normalidad. Le solicitan un TAC abdominopélvico (Figura 1), que presenta en la unión del colon descendente y sigma una masa paracólica ovoidea de 22x19 mm, de densidad grasa con un borde hiperdenso y un centro hiperdenso (vaso trombosado) y alteración de la grasa adyacente, hallazgos que relacionan con apendicitis epiploica.

La paciente es dada de alta del servicio de urgencias, manteniendo el tratamiento analgésico previo con metamizol y paracetamol. Los síntomas abdominales desaparecieron a las dos semanas del inicio del cuadro.

DISCUSIÓN

Los apéndices epiploicos son formaciones grasas con forma pediculada que protruye sobre la superficie externa del colon hacia la cavidad peritoneal. Como curiosidad, fueron mencionados por Vesalio en 1543. Se desconoce su incidencia, es más prevalente entre la segunda y quinta década de la vida, siendo más frecuente en hombres. Se describen como factores de riesgo la obesidad y el ejercicio intenso. Pueden aparecer en cualquier localización del colon, más frecuente en colon transversal y en sigma.

El apéndice epiploico tiene una vena central que atraviesa el pedículo y dos arterias que dependen de las ramas terminales de las arterias colónicas. La apendicitis epiploica se produce por la torsión de uno de estos apéndices, produciendo un estrangulamiento del pedículo, que si se mantiene en el tiempo se transforma en infarto isquémico.

Suele presentar dolor brusco, más frecuente en cuadrante inferior izquierdo (87% de los casos), que se describe entre leve y moderado, de carácter agudo y continuo. En algunos casos puede existir peritonismo localizado en la zona, por irritación del peritoneo parietal adyacente. Es raro que se acompañe de síntomas generales como fiebre, náuseas o vómitos, pero hasta un 25% de los casos se puede asociar con diarrea. El diagnóstico rara vez es sospechado por la clínica y puede dar lugar a confusión^{2,3}.

Analíticamente, no se observan alteraciones significativas a excepción de una ligera leucocitosis o leve aumento de VSG u otros reactantes de fase aguda.

La prueba de imagen más sensible y específica para el diagnóstico de la apendicitis epiploica es el TAC abdominal, pero la técnica de primera elección es la ecografía abdominal, por su menor radiación y coste. En la ecografía⁴ se visualiza una masa ovoide de 1,5 a 5 cm, cercana a la pared del colon, no compresible por el traductor ecográfico, hiperecoica (por el carácter adiposo y la necrosis hemorrágica) con halo hipoeicoico (por la serosa inflamada) perilesional. En el TAC⁵ se identifica una lesión hipodensa (densidad grasa) de menos de 5 cm de diámetro con la periferia hiperdensa (signo del anillo) que representa el peritoneo visceral inflamado.

El diagnóstico diferencial se hace con los dolores abdominales bajos como apendicitis, diverticulitis, infarto mesentérico y mesenteritis esclerosante. Entre el 2 y el 7% de los pacientes con sospecha de diverticulitis aguda y alrededor del 1% de los pacientes con sospecha de apendicitis, son pacientes con apendicitis epiploica⁶.

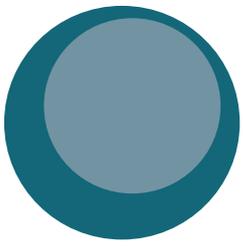
Tras el diagnóstico por imagen se recomienda un tratamiento conservador ambulatorio (Grado de recomendación 1C) con antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos orales durante cuatro a siete días. El pronóstico es excelente, la mejoría y la remisión clínica suele producirse en torno a la primera o segunda semana.

Se reserva el tratamiento quirúrgico si no mejoran con el tratamiento conservador, si empeoran (fiebre alta, aumento del dolor, incapacidad de tolerar una dieta oral, etc.) o si surgen complicaciones como intususcepción, obstrucción intestinal, absceso, etc., que suelen ser raras.

Creemos que es importante que incorporemos (aquellos que la desconocíamos) la apendicitis epiploica al diagnóstico diferencial de los dolores abdominales bajos; tanto en el diagnóstico clínico de presunción, como en el diagnóstico de certeza por la imagen con el ecógrafo en el centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med* 2019;7:814. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6989878/>
2. Patel M, Haider I, Cheung A. Primary Epiploic Appendagitis: A Mimicker of Abdominal Pain. *Clin Med Res.* 2023 Sep;21(3):159-162. doi: 10.3121/cmr.2023.1837. PMID: 37985168; PMCID: PMC10659129. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10659129/>
3. Suresh Kumar VC, Mani KK, Alwakkaa H, Shina J. Epiploic Appendagitis: An Often Misdiagnosed Cause of Acute Abdomen. *Case Rep Gastroenterol.* 2019 Sep 5;13(3):364-368. doi: 10.1159/000502683. PMID: 31607837; PMCID: PMC6787410. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6787410/>
4. Perysinakis I, Vassalou EE. Non-traumatic lower abdominal pain: ultrasonographic and clinical differential diagnosis. *Ultrasonography.* 2024 Apr;43(2):151-168. doi: 10.14366/usg.23227. Epub 2024 Jan 27. PMID: 38443147; PMCID: PMC10915120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10915120/>
5. Giambelluca D, Cannella R, Caruana G, Salvaggio L, Grassedonio E, Galia M, Midiri M, Salvaggio G. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. *Insights Imaging.* 2019 Feb 22;10(1):26. doi: 10.1186/s13244-019-0715-9. PMID: 30796645; PMCID: PMC6386757. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386757/>
6. Chu EA, Kaminer E. Epiploic appendagitis: A rare cause of acute abdomen. *Radiol Case Rep.* 2018 Mar 23;13(3):599-601. doi: 10.1016/j.radcr.2018.02.022. PMID: 30073043; PMCID: PMC6069682. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069682/>



SAPOS Y CULEBRAS

■ Henares García Paloma
Miembro del GdT Salud Basado en Emociones SoMaMFyC
Especialista en MFyC

Por azares de la vida, tengo varias amigas actrices. De esas que estás viendo en tu televisor y al día siguiente las tienes sentadas en tu mesa compartiendo vida y emociones. A veces reconozco que la sensación es “extraña”.

Yo las admiro por su mundo, su resiliencia, su creatividad y por su indiscutible belleza exterior e interior. Y además el hecho de estar con personas que tienen un mapa tan diferente al mío, me hace aprender y ver la realidad desde otros prismas.

Hace unos meses mientras comía con mi amiga Sonia, me dijo: “Te voy a regalar un libro”. Yo es oír la palabra “libro” y se me ponen las orejas tiesas como Mica, ¡¡(mi maravillosa Pastor Alemán, que es la Nefertiti de los perros...bueno que me voy del temaaa) porque me encanta leer!!, ¡¡¡Pues dicho y hecho!!! Al día siguiente me llegó a casa un libro titulado “El camino del artista”. Bueno, pues este libro lo ha escrito Julia Cameron, que es guionista, directora y productora de Hollywood, y lleva más de 20 años ayudando a artistas que se encuentran bloqueados desde el punto de vista creativo, a salir de este estado y el libro es un manual donde narra las técnicas que utiliza, además de animarte a que las pongas en práctica, pues todos llevamos “un artista dentro”.

Yo soy especialista en tener unos “bloqueadores o saboteadores” tremendamente cansinos. Los saboteadores, son esos temas que están en tu mente, con los que no haces nada, o más bien, haces algo poco útil, y bastante dañino, porque o bien te dedicas a “centrifugar” ese pensamiento una y otra vez sin llegar a ningún sitio, o bien, valoras mil veces los pros, los contras y es tal el análisis exhaustivo que haces, que estás paralizado.

Yo como la teoría me la sé que da gusto, aunque ponerla en práctica ya es otra cosa, ya sabía, por un curso de Neurocomunicación que hice, que la única

forma de vencer al saboteador es actuando!!!! tomando decisiones!!!! aunque te equivoques. Porque este pensamiento consume muchísimo tiempo y energía.

Bueno pues cuando llegó el libro a mis manos tenía yo en ese momento un supersaboteador, un cansino de los buenos de verdad, que me tenía indecisa, bloqueada, y con el foco puesto en el problema y en todo lo negativo.

El primer ejercicio que indica Julia es: “Las páginas matutinas”. Es decir, todas las mañanas, te sientas y escribes tres páginas con lo primero que te venga a la cabeza, aunque sea la mayor burrada del mundo. ¡¡¡Si te vienen palabrotas, pues ala... lo das todo!!!

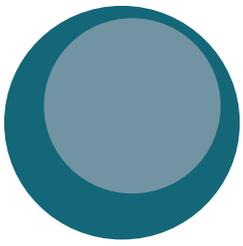
Yo ésta técnica ya la había visto mencionar en otros libros, con otros nombres, como “escritura terapéutica” y también la refleja un librito precioso que se llama “La Ley del Espejo”, donde te explica el proceso de perdonar y Eiko, la protagonista, que quiere perdonar a su padre, comienza por escribir todos estos sentimientos de rabia y odio en un papel, que luego rompe.

El pasado domingo tuve la suerte de quedarme sola en casa, en silencio, y haciendo acopio de valor, me enfrenté al papel en blanco. Estuve una hora escribiendo, con toda mi rabia, mi frustración, mi ira... con palabrotas incluidas!!!! Mi mente lazó “sapos y culebras” y luego rompí todos los papeles y entendí que podía elegir ver las cosas de otra manera, cambiar el foco y por tanto el significado de lo que estaba viviendo y la emoción que me generaba. Y sobre todo me puse en el camino de la aceptación.

Quería compartir esta herramienta de la escritura con vosotros. Espero que os sea tan útil como a mí, y aprovecho para dar las gracias a todas esas personas, que son luz y van abriendo ventanitas en nuestras vidas, en forma de libro, abrazo, café... o regalándonos tiempo de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cameron Julia. El camino del artista. 10ª Edición. Barcelona. Ed Penguin 2016
2. Noguchi Yoshinori. La Ley del espejo. 1ª Edición. Barcelona. Ed Comanegra 2010



¿DEBERÍAMOS PRESCRIBIR EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN?

■ Makki H¹., Llanes de Torres R².

⁽¹⁾ Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Oeste.

⁽²⁾ Médico de familia. Consultorio Local Pelayos de la Presa.

Hoy traemos a este espacio de lectura comentada un sugerente y reciente estudio sobre el efecto del ejercicio para la depresión, publicado en la revista *British Medical Journal*¹. Se trata de una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios para conocer el efecto del ejercicio físico en la depresión mayor en comparación con psicoterapia y psicofarmacología.

Tal y como se comenta en el editorial asociado², se estima que actualmente unos 300 millones de personas sufren depresión en el mundo, una cantidad que además va en aumento. Aunque los tratamientos habituales (psicofármacos y psicoterapia) tienen por lo general buena aceptación y resultados, hay pacientes que demandan alternativas no farmacológicas, ya sea por cuestiones económicas o por desconfianza en lo que se refiere a la medicación³. Así que es habitual que los médicos solamos recomendar realizar ejercicio físico como tratamiento no farmacológico a la hora de tratar una depresión mayor. O al menos, esa es la premisa de la que parten los investigadores. Sin embargo, parece que no tenemos claro qué ejercicio ni cuánto deberíamos prescribir a nuestros pacientes, ni qué resultados cabe esperar de esta intervención. Así pues, se incluyeron 218 estudios, con 14.170 participantes, con el único criterio de inclusión de tener diagnosticada depresión, por lo que se trata de pacientes de cualquier edad, sexo y con distintas comorbilidades. Se excluyeron aquellas intervenciones que duraban menos de una semana y aquellas cuyos datos eran insuficientes para calcular el tamaño del efecto.

De los muchos resultados que ofrece la revisión que hoy reseñamos, comentaremos solo los más destacables. Aunque antes de continuar, queremos dedicar unas líneas a explicar uno de los parámetros que se utiliza, la *g* de Hedges, una medida estandarizada del tamaño del efecto en variables continuas. Los estadísticos que miden el tamaño de un efecto intentan cuantificar la relevancia real de ese efecto, más allá de su simple significación estadística. Medidas no tipificadas para ello son la diferencia de medias o el coeficiente de regresión. Las medidas tipificadas

como la *d* de Cohen y la mencionada *g* de Hedges permiten comparar evaluaciones realizadas con distintas pruebas y escalas. Lo hacen basándose en la diferencia de medias y ofreciendo su resultado en un número de desviaciones típicas. La *d* de Cohen se ve muy influenciada por las varianzas, por lo que cuando el número de estudios es amplio y alguna de las muestras es pequeña, se suele preferir la *g* de Hedges, que se ve menos influida por la variabilidad de tamaño de las muestras⁴. 0.0 indicaría ausencia de diferencias. Se consideran relevantes valores de *g* a partir de -0.20, de forma que, cuanto más negativa sea la cifra, mayor relevancia tendría la intervención realizada.

Aclarado esto, enumeramos los resultados más relevantes de la revisión, que fueron:

- En comparación con los controles, se observaron grandes reducciones de la depresión con el baile (tamaño de la muestra [n]=107, *g* de Hedges [*g*]=-0.96, Intervalo de Confianza del 95% [IC95] -1.36 a -0.56), pero existen pocos estudios, y además cuentan con escasos participantes, lo que dificulta la obtención definitiva de conclusiones.
- Se obtuvieron reducciones moderadas en el caso de caminar o correr (n=1210, *g*=-0.63, IC95 -0.80 a -0.46), el yoga (n=1047, *g*=-0.55, IC95 -0.73 a -0.36), entrenamiento de fuerza (n=643, *g*=-0.49, IC95 -0.69 a -0.29), ejercicios aeróbicos mixtos (n=1286, *g*=-0.43, -0.61 a -0.25), y taichí o qigong (n=343, *g*=-0.42, IC95 -0.65 a -0.21). Además, se evidenció que en cuanto a la aceptación, los participantes eran menos susceptibles de abandonar en caso de ejercicios de fuerza (n=247, razón de probabilidades [OR]=0.55, IC95 0.31-0.99) y el yoga (n=264, OR=0.57, IC95 0.35-0.94) comparados con el control.
- En cuanto a su combinación con ISRS se vieron efectos moderados y clínicamente significativos (n=268, *g*=-0.55, IC95 -0.86 a -0.23) o cuando se combinó el ejercicio aeróbico con psicoterapia (n=404, *g*=-0.54, IC95 -0.76 a -0.32).

- Todos estos tratamientos fueron significativamente mayores que la diferencia mínima clínicamente relevante en comparación con el control ($g=-0.20$), con un valor absoluto de $g=-1.16$.

Dentro de las limitaciones, los autores comentan que para algunos tipos de ejercicio (particularmente el baile) no se puede hacer mayor recomendación de ello dados los pocos estudios y pocos participantes en los mismos. Por tanto, lo ideal sería continuar realizando investigaciones en esta área, dados los resultados prometedores de los que disponemos. Otra limitación es poder generalizar los resultados cuando hay intervenciones en las que no se incluye población general (por ejemplo, los ensayos que tienen que ver con el taichí no incluyeron población joven) y por tanto es difícil extrapolar resultados generalizables. Una última dificultad señalada por los autores es que a la hora de realizar estos estudios es más difícil mantener el ciego que cuando se realizan con medicamentos.

Los autores de este metaanálisis concluyen que el ejercicio físico puede ser considerado junto con tratamientos estándares (psicoterapia y psicofármacos) como base del tratamiento para la depresión y animan a incluir la prescripción de ejercicio a la hora de tratar a pacientes con depresión.

Sin embargo, aún hay otra dificultad, comentada en este caso por el editorial que acompaña a la publicación, y es el hecho de la importante limitación que puede suponer el entorno a la hora de prescribir ejercicio físico, dado que hay pacientes que no tienen acceso a instalaciones deportivas o que viven en zonas

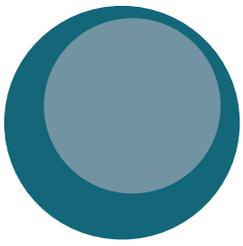
donde salir a caminar puede no ser seguro. Ello no debería ser un impedimento absoluto, puesto que podríamos, incluso, proponer otras posibilidades como realizar entrenamiento en el domicilio aprovechando la disponibilidad cada vez mayor de programas *online*.

En definitiva, este metaanálisis, a pesar de las limitaciones comentadas, nos demuestra que en el abordaje de la depresión hay distintos tipos de ejercicio físico que son efectivos (senderismo, correr, ejercicio aeróbico mixto, ejercicios de fuerza, taichí, yoga, qi-gong) y bien tolerados (especialmente ejercicios de fuerza y yoga). Y tal y como se comenta la carta de la referencia 3, de respuesta al artículo original, este metaanálisis apoya que deberíamos ofrecer a nuestros pacientes distintos tipos de ejercicio físico, adaptándolo a su condición física y sus preferencias, convirtiéndose en una prescripción individualizada según cada persona. No hay duda de que la longitudinalidad de nuestro trabajo como médicos de atención primaria nos facilita esa labor, además de contar con la ventaja de poder conocer las dificultades de nuestra población y su entorno, así como de los recursos con los que cuenta nuestra área.

Los trastornos depresivos constituyen una de las patologías que más frecuentemente vemos y manejamos en las consultas de atención primaria, por lo que todo recurso que tengamos en nuestras manos para ayudar es un beneficio que debemos aprovechar. Deberíamos prescribir ejercicio siempre y, en particular, en los pacientes deprimidos. Con el refuerzo que nos ofrece la evidencia científica, queda en nuestras manos comenzar a hacerlo de forma habitual en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, Taylor P, Del Pozo Cruz B, van den Hoek D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* [Internet]. 2024;384:e075847. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-075847>.
2. Bellón JÁ. Exercise for the treatment of depression. *BMJ* [Internet]. 2024;384:q320. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.q320>.
3. Desapriya E, Manchanayake S, Illuppelle H, Tiu P, Ma C. Evidence based exercise prescriptions in primary care. *BMJ* [Internet]. 2024;384:q617. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.q617>.
4. Hedges L. Medida del tamaño del efecto con la g de Hedges [Internet]. *Comprensión lectora basada en evidencias*. 2011 [citado el 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://clbe.wordpress.com/2011/07/24/medida-del-tamano-del-efecto-con-la-g-de-hedges/>



CARTA AL DIRECTOR

LA EDAD, ¿UN SIMPLE NÚMERO O ALGO MÁS? REFLEXIONANDO CONTRA EL EDADISMO

■ Cisneros Javierre A.C.
MIR R4 de Medicina Familiar y Comunitaria, CSU Santa Hortensia, Madrid.

En esta ocasión no hablaré de ningún problema ni situación conflictiva con ningún paciente ni compañero, en esta ocasión reflexionaré sobre la edad y la percepción de la edad de las personas a raíz de varias conversaciones con pacientes de nuestra consulta del Centro de Salud y experiencias personales.

Y es que, ¿qué es la edad, es un estado propio? ¿Es sólo un número? ¿Te define en tu día a día y en las cosas que haces la edad (número) que tienes? ¿O es más bien la vivencia de cada uno en cada etapa independientemente del número?

Todo surge a raíz de varias conversaciones como he dicho con pacientes, la primera una mujer de 92 años, independiente para las actividades de la vida diaria, sin hijos, que vive sola con ayuda puntual en el domicilio, que sufrió un ictus a principios de enero, lo cual le implicó ingreso y lenta recuperación, para la que acordó con sus familiares una estancia corta en una residencia. Tras su vuelta a domicilio, acudió sola a consulta, para traer los informes y relatarnos todo lo ocurrido.

Para mi sorpresa empezó a contarnos cómo había realizado en la residencia todo taller, curso o actividad posible, de lectura, pintura etc; y cómo acabó harta de estar allí, no queriendo estar más tiempo del acordado con su familia porque “allí sólo había personas mayores, y ése no era lugar para ella”. Como he comentado, mi reacción no pudo ser otra que mirar con estupefacción y los ojos como platos la pantalla para comprobar que, efectivamente, su edad era 92 años.

Y efectivamente, para ella esa era su sensación, que repitió en múltiples ocasiones durante la consulta, como queriendo dejar claro que ella no era mayor. Y, tras recordar entre risas con mi tutora la conversación y mi reacción a la misma, surgió este escrito y reflexión.

Pero la cosa no queda sólo en esa experiencia previa; a los pocos días acudió a consulta una mujer de 88 años, principal cuidadora de su marido con deterioro cognitivo, la cual entre otras cosas nos contó cómo

su marido se encontraba muy reticente a acudir a las actividades del centro de mayores, porque como en su nombre indicaba, ahí sólo había mayores, a lo que su mujer jocosamente le contestó, “¿y qué te crees que somos nosotros?”

La vida, además no contenta con los dos casos anteriores, me ha puesto en el camino personal y cercano recientemente una mujer de 100 años a la cual muchas otras mujeres de 85 podrían envidiarla perfectamente por su vitalidad, estado mental y físico.

Por tanto, ¿qué es la edad? Si nos ponemos a pensar en definiciones exactas, la edad es la cantidad de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad; es un concepto que se utiliza para medir la antigüedad o la etapa de la vida de alguien. Pero ¿es eso lo importante? ¿Es el número? ¿O cómo afrontemos nosotros ese número?

La vivencia de la edad es un proceso único y personal que varía de una persona a otra. Desde la inocencia y curiosidad de la infancia hasta la búsqueda de identidad en la adolescencia, cada etapa trae consigo experiencias y aprendizajes distintos. La juventud en cambio está marcada por la exploración, el crecimiento y la toma de decisiones que moldearán el futuro. La etapa adulta nos enfrenta a responsabilidades, desafíos y logros, mientras que la vejez puede llevarnos a reflexionar sobre nuestra vida y el legado que dejamos. Cada edad tiene su encanto y sus dificultades, pero todas contribuyen a nuestra evolución como individuos.

La percepción de la edad en las personas mayores es un tema complejo, que involucra tanto factores internos como externos. Internamente, puede implicar una mezcla de aceptación, nostalgia y reflexión sobre la vida vivida. Externamente, la percepción puede estar influenciada por estereotipos sociales que suelen asociar la vejez con la pérdida de vitalidad, independencia y relevancia. Sin embargo, muchas personas mayores desafían estos estereotipos, encontrando significado y felicidad en nuevas actividades, relaciones y experiencias.

Los mayores que no se sienten mayores desafían los estereotipos asociados con la edad. Para ellos, la edad es solo un número y no define su identidad ni sus capacidades. Pueden mantener una actitud activa, positiva y enérgica hacia la vida, participando en actividades que les apasionan y buscando constantemente nuevas experiencias y aprendizajes. Estas personas suelen enfocarse en su bienestar físico y emocional, manteniendo una mentalidad joven y adaptable. Su actitud desafía la noción de que la vejez está inevitablemente ligada a la disminución y la pasividad, demostrando que la edad es sólo una parte de quienes son, no su definición.

Por tanto, es importante reconocer y valorar la diversidad de perspectivas y vivencias dentro de la población mayor, y promover una visión más inclusiva y respetuosa de la vejez.

Y para concluir, como he dicho anteriormente, la edad es una medida de tiempo que indica cuánto tiempo ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad. Sin embargo, más allá de su aspecto cronológico, la edad puede tener significados más profundos y variados dependiendo del contexto cultural, social y personal. Puede influir en la forma en que nos percibimos a nosotros mismos y en cómo nos perciben los demás, así como en las expectativas y roles que se nos asignan en la sociedad.

Además, la edad puede influir en aspectos como la salud, la experiencia y la sabiduría acumuladas a lo largo de la vida. En resumen, la edad es una medida de tiempo, pero también puede ser un concepto complejo que afecta a muchos aspectos de nuestra vida y de nuestra identidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. George E Taffet, MD. Normal Aging. [Internet] UpToDate Kenneth E Schmader, MD (Ed), UptoDate Jane Givens, MD, MSCE, last updated: May 25, 2023 (consultado el 19 de mayo de 2024). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/normal-aging?search=frailty%20very%20old%20patients&source=search_result&selectedTitle=9%7E150&usage_type=default&display_rank=9#H189996508