

CADERNOS

de atención primaria

a publicación dos profesionais de atención primaria en Galicia



Vol. 27(2)
JULIO 2021



Editorial

A docencia de Medicina de Familia na Universidade: un rei sen camisa

AUTORES: Ana Clavería Fontán¹; M^a José Fernández Domínguez²; M^a Carmen Fernández Merino³; Francisco Gude Sampedro⁴; Jesús Sueiro Justel⁵; Enrique Nieto Pol⁶; M^a Victoria Martín Miguel⁶; M^a Jesús Freiria Tato⁷; Susana Aldecoa Landesa⁸

Páx. 3

Editorial científica

La atención al dolor en la España de la COVID-19

María de los Ángeles González Sabajanes, Gabriel Romero de Ávila Cabezon. Coordinadores do Grupo de Traballo de Atención á Dor da AGAMFEC

Páx. 5

Orixinais

¿Motivado para dejar de fumar? Análisis de la motivación para abandono del tabaquismo en atención primaria

Motivated to stop smoking? Analysis of the motivation of smoking cessation in primary care

Néstor J. Sánchez Sánchez¹, Adalid Maldonado Díaz¹, Alejandra Martínez Franco¹, Mercedes A. Hernández Gómez¹, Maite Alves Pérez², Ana Clavería Fontán³

Páx. 7

Cambios en el perfil circadiano de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 o glucemia basal alterada

Changes in the circadian profile of blood pressure in patients with type 2 diabetes or altered basal blood glucose

Antonio A. Regueiro Martínez¹, Alba Pons Revuelta², Helena Abadín Carcedo³, Sara Castroagudín Campos⁴

Páx. 15

Para saber máis

Crisis Addisoniana

Addisonian Crisis

María Goretti Buceta Eiras¹

Páx. 24

Casos clínicos

Tos persistente por mala uva

Chronic cough due to bad grape

Tose persistente por mala uva

Alba López Souto¹, Jesús Combarro Mato²

Páx. 28

ELA y penfigoide ampolloso. A propósito de un caso

ELA and bullous pemphigoid. About a case

Santiago Fernández Blas¹, Beatriz López Gómez², Carlos Menéndez Villalva³

Páx. 30

El difícil diagnóstico de la pérdida ponderal con dolor abdominal: cuando las pruebas dicen que el paciente miente

The difficult diagnosis of ponderal loss with abdominal pain: when the tests say the patient is lying

Salvador García-Ruise¹, Laura Peteiro Mahía², Flavia Polanco Teijo³

Páx. 32

Epistaxes de repetición...en qué debemos pensar desde la Primaria? A propósito dun caso de Rendu-Osler-Weber

Epistaxis de repetición...en qué debemos pensar desde la Primaria? A propósito de un caso de Rendu-Osler-Weber

Recurrent epistaxis...what should we think about from Primary Care? Report of clinical case of Rendu-Osler-Weber

Tania Viqueira Queijas¹, Laura Bodelón Díez¹, Flora Miranda Pena²

Páx. 35

Humanidades

A asfixia branca: mito e realidade de vinte e cinco mortes por un raio

The White asphyxia: myth and reality of 25 deaths from lightning

Roberto Fernández Álvarez¹, Jorge Mira Pérez², Antonio Blanco Rodríguez³

Páx. 38

**Editada por:**

ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA
FAMILIAR E COMUNITARIA
www.agamfec.com

Redacción - Secretaría Técnica:

E-mail: secretaria@agamfec.com
T +34 634470960 de 10:00 a 13:00 de L-V

Dep. legal: C 1072-1994
ISSN: 1134-3583

Publicación autorizada polo Ministerio de
Sanidade como Soporte Válido 94032R.

Diseño e maquetación:
vexota

ISSN (Internet): 1989-6905

Categoría: Ciencias da Saúde.

Acceso: Gratuito.

Mención específica de dereitos: Non.

URL intruções autores:

<http://www.agamfec.com/publicacions>

¿Permite o autoarquivo? Si.

Versión autoarquivo: Post-print (versión editorial).

¿Cando? Inmediatamente despois da publicación.

¿Onde? Web persoal, repositorio institucional, repositorio temático.

Esta publicación ten revisión por pares.

Editor Xefe Ana Isabel Castaño Carou

Comité editorial

Eva Jacob González

Editores eméritos

Pablo Vaamonde García - Fundador e director da revista (1994-2005)
Ramón Veras Castro (2005-2012)
Francisco Javier Maestro Saavedra (2013-2015)
Ana Paula Núñez Gavino (2016)
Víctor Julio Quesada Varela (2017)

Coordinador AGAMFEC

Jesús Sueiro Justel

Consello asesor

Ana Clavería Fontán	Ramón Veras Castro
Susana Aldecoa Landesa	Ana Carvajal de la Torre
Julia Bóveda Fontán	M.ª Jesús Cerecedo Pérez
José Luis Delgado Martín	Jesús Combarro Mato
Carlos Eirea Eiras	Bernardino Pardo Teijeiro
Antonio Regueiro Martínez	Francisco Martínez Anta
Pilar Gayoso Diz	Juan Francisco Ollarves
Raimundo Gulín González	Susy Osinaga Peredo
Enrique Nieto Pol	José Ramón Moliner de la Puente
Lucía Barreiro Casal	Susana Hernáiz Valero
Ana Prada Vigil	

CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA distribúese exclusivamente entre os profesionais da medicina.

Reservados tódolos dereitos. Esta publicación non pode ser reproducida total ou parcialmente, por calquer medio, electrónico ou mecánico, nin por fotocopia, grabación ou outros sistemas de reprodución de información sin a autorización por escrito do Consello de Redacción.

A revista CADERNOS DE ATENCIÓN PRIMARIA non se fai responsable do contido do artigos publicados, por tratarse da opinión dos autores, que asumen a exclusiva responsabilidade sobre os seus escritos.

A docencia de Medicina de Familia na Universidade: un rei sen camisa

AUTORES: Ana Clavería Fontán¹; M^a José Fernández Domínguez²; M^a Carmen Fernández Merino³; Francisco Gude Sampedro⁴; Jesús Sueiro Justel⁵; Enrique Nieto Pol⁵; M^a Victoria Martín Miguel⁶; M^a Jesús Freiria Tato⁷; Susana Aldecoa Landesa⁸

¹ VOGAL DE INVESTIGACIÓN DA ASOCIACIÓN GALEGA DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA (AGAMFEC)

² VOGAL DOCENCIA DA AGAMFEC

³ MEMBRO DO GRUPO DE NEUROLOXÍA DA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

⁴ PROFESOR ASOCIADO DA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (USC)

⁵ PROFESOR ASOCIADO EN CIENCIAS DA SAÚDE DA USC

⁶ XEFA DE ESTUDOS DA UNIDADE DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR E COMUNITARIA DE VIGO

⁷ VICEPRESIDENTA DA AGAMFEC

⁸ PRESIDENTA DA AGAMFEC

Cad. Aten. Primaria
Ano 2021
Volume 27(2)
Páxs. 3-4

INTRODUCCIÓN

Pasado, presente e futuro do sistema de saúde están baseados na Atención Primaria. Pasado, presente e futuro da Atención Primaria están baseados nos seus profesionais.

Desde unha perspectiva pedagóxica, esta é a idade de ouro da educación médica de posgrao. Ensino e avaliación innovadoras. Métodos baseados en obxectivos deron paso á aprendizaxe continuada; as conferencias pasivas a pequenos grupos interactivos. Formación en comunicación baseada en simulación, habilidades procedementais, e a complexa toma de decisións substituíu a escoita. A certificación apoia plenamente a aprendizaxe ao requirir avaliación multidimensional, desde múltiples perspectivas, en lugar de exames. Moitos países esforzanse por emular o noso sistema educativo.

Pero a situación na Universidade está moi afastada desta realidade. O coñecemento e a experiencia da formación de posgrao poden, e deben, ser trasladables ao pregrao. Esta é, en poucas palabras, a nosa proposta: materia, metodoloxía, prácticas, estrutura docente, selección de profesores e avaliación de alumnos, piden unha revisión profunda da docencia de Medicina de Familia e Comunitaria (MFeC) na Universidade.

PROPOSTA

A AGAMFEC promoveu un grupo de traballo liderado polas vocalías de docencia e investigación en colaboración cos profesores asociados da asignatura de Medicina familiar e comunitaria co obxectivo de actualizar a docencia de Medicina de Familia na Universidade galega. O resultado do traballo é o documento "PROPOSTA DE INNOVACIÓN DOCENTE EN MEDICINA DE FAMILIA NA FACULTADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA".

(<https://www.agamfec.com/proposta-de-innovacion-docente-en-medicina-de-familia-na-facultade-de-medicina-usc/>)

Actualización da asignatura

O documento inclúe en primeiro lugar a actualización da asignatura de MFeC de 5º curso (3 ETCS), de carácter presencial. Terá dous formatos, actividades presenciais con grupos grandes e obradoiros/seminarios para grupos pequenos. Inclúe aprendizaxe por resolución de problemas, traballo en grupo, prácticas de autoaprendizaxe (autorreflexións), debates, participación de expertos invitados, prácticas de habilidades en centros de simulación. Actualízanse e complétanse as ferramentas avaliativas.

O grupo planea obradoiros de habilidades para alumnos de 4º e 5º curso sobre comunicación e saúde, atención comunitaria, preparación para a práctica clínica, e situacións de alta resolutividade en Atención Primaria.

As prácticas nos centros de saúde en 5º e 6º inclúen actividades de análise e síntese, de investigación ou resolución de problemas, de interacción e comunicación, de construción colaborativa de coñecemento e de reflexión.

Na ECOE (exame clínico obxectivo e estruturado), segundo o criterio de proporcionalidade, MFeC organizará un mínimo de catro estacións.

Para levar adiante este proxecto, propoñemos un convenio de colaboración AGAMFEC-USC (Universidade de Santiago de Compostela). Co obxectivo de aumentar progresivamente os seminarios e obradoiros en grupos pequenos, a AGAMFEC propónlle á Universidade catro seminarios con tres edicións. A transformación é ambiciosa e deberá implantarse gradualmente.

A colaboración da AGAMFEC axudará á factibilidade da proposta, que precisará dun importante compromiso da Universidade e do Servicio Galego de Saúde na optimización de efectivos docentes. Propón que os alumnos que a completan poidan obter créditos de libre configuración

Actualización das prácticas

O grupo de traballo da AGAMFEC propón organizar a docencia seguindo unha estratexia de mentorización, baseada nunha estancia dun mes por curso nun centro de saúde universitario con tutorización de alumnos de 4º a 6º. Prantéxase unha estratexia progresiva, e unha rede de comunicación entre os mentores e a Universidade. No futuro as prácticas poderán comezar en cursos anteriores.

Propón que os docentes sexan nomeados colaboradores extraordinarios, figura que existe noutras universidades.

Tutorizarase ao alumno coa realización dun portafolio, unha ferramenta de avaliación formativa na que o alumno recopila actividades en forma de documentos nun proceso autorreflexivo e formativo. Os docentes guían en sesións de tutorización.

Actualización da estrutura docente

O proxecto necesita unha estrutura universitaria coa creación dun departamento específico de MFeC, dunha rede de profesores asociados, dunha comisión de docencia universitaria de MFeC cuxo presidente sexa o profesor titular do departamento, coa creación do coordinador de docencia de grao e o nomeamento de colaboradores extraordinarios e da creación dunha rede de centros de saúde universitarios.

É unha proposta rigurosa que poñerá en valor a capacidade do colectivo de MF de Galiza para formar alumnos como futuros médicos cunha visión integral do paciente. A participación de profesionais e centros de tódalas áreas supón un esforzo colectivo significativo e tamén esperanzador.

La atención al dolor en la España de la COVID-19

María de los Ángeles González Sabajanes, Gabriel Romero de Ávila Cabezón.
Coordinadores do Grupo de Trabajo de Atención á Dor da AGAMFEC

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Gabriel Romero de Ávila Cabezón. E-mail: gromero92@yahoo.com

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) ha nombrado a 2021 como el año internacional del dolor de espalda¹, por lo que anima a que tanto profesionales sanitarios como público general centren su atención en esta patología, con el fin de visibilizarla y afrontar los medios que tenemos para encontrarle alivio. Hoy sabemos que tanto el dolor de espalda como todas las otras variantes de dolor se han visto perjudicadas de manera ostensible por la mayor amenaza contra la salud pública que ha vivido nuestra sociedad: el coronavirus^{2,3,4}.

La infección provocada por el virus SARS-COV-2 fue identificada en diciembre de 2019 por un primer caso diagnosticado en la ciudad de Wuhan, en la República Popular China⁵. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como pandemia el 11 de marzo de 2020. Desde entonces, la situación a nivel mundial ha cambiado por completo, tanto en referencia al empeoramiento de los pacientes como en un cambio del modelo asistencial que también los perjudica⁶.

El dolor ha pasado de ser el primer síntoma de consulta presencial en Atención Primaria —con un infradiagnóstico marcado y una importante merma en la calidad de vida de los pacientes⁷— a hundirse en el amplio mar de la consulta telemática —con un deterioro significativo en el seguimiento de los enfermos crónicos⁸, una sobrecarga asistencial que dificulta el acceso de estos a la Sanidad Pública⁹ y una tendencia creciente a la automedicación¹⁰—.

Efectivamente, no es que hayamos visto una disminución del síntoma, sino todo lo contrario, junto a una caída de la demanda provocada por la situación especial que hemos vivido. La mayoría de los pacientes ha continuado con su dolor en el domicilio e incluso con episodios más frecuentes e interferencias graves en su vida diaria, sin que tengan fácil el poder remediarlo. Con el coronavirus, los dolores crónicos no desaparecen, es más, la propia enfermedad COVID-19 cursa con dolores intensos que, en ocasiones, pueden quedar como síntomas persistentes¹¹.

El confinamiento y el distanciamiento social son medidas que se demostraron valiosísimas para el control de la pandemia, pero afectaron directamente al manejo del control del dolor, agrandaron las listas de espera quirúrgicas, redujeron las hospitalizaciones y, en algunas patologías como las oncológicas, incluso aumentaron la mortalidad¹².

Además, el componente ansioso y el estrés influyen directamente en el dolor. Es aquí donde comienza un círculo vicioso en el cual el dolor crónico se exacerba por estos factores y viceversa. En esta época de incertidumbre, noticias catastróficas y tragedias continuadas, la ansiedad y la depresión han sido motivos habituales de consulta en Atención Primaria, lo que se relaciona de forma directa con el aumento de la percepción del dolor y una peor eficacia de los tratamientos⁴.

Tras más de un año de múltiples cambios, es ahora cuando tenemos que trabajar con más ahínco. Urge implementar un modelo centrado en la persona, con una mayor prevención del dolor crónico, un acercamiento multidisciplinar, una mejor coordinación entre profesionales y un conocimiento más profundo de lo que estamos tratando^{13,14,15}. Con la recuperación de la asistencia, irán aumentando de nuevo las consultas, lo que debemos afrontar con la conciencia clara de que la situación no es buena, ni la de los pacientes ni la del propio sistema sanitario.

De las decisiones que tomemos ahora, de la forma en que encaremos esta vuelta a la normalidad, dependerá que los problemas actuales de los pacientes con dolor se enquisten y se conviertan en una bola de nieve. La disyuntiva, y también la oportunidad, están ahora mismo sobre la mesa.

BIBLIOGRAFÍA

- 2021 Global Year About Back Pain - IASP [Internet]. iasp-pain.org. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear?navItemNumber=580>
- El confinamiento ha empeorado la salud del 60% de pacientes con dolor crónico y el estado emocional del 90% [Internet]. *iSanidad*. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://isanidad.com/163797/confinamiento-ha-empeorado-salud-60-por-ciento-pacientes-dolor-cronico-estado-emocional-del-90-por-ciento/>

- 3 Nieto R, Pardo R, Sora B, Feliu-Soler A, Luciano JV. Impact of COVID-19 Lockdown Measures on Spanish People with Chronic Pain: An Online Study Survey. *J Clin Med*. 2020 Nov 5;9(11):3558. doi: 10.3390/jcm9113558. PMID: 33167322; PMCID: PMC7694344.
- 4 Efectos de la COVID-19 en personas con dolor crónico [Internet]. Consalud. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/investigadoras-evidencian-efectos-covid-19-personas-dolor-cronico_92627_102.html
- 5 Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. Who.int. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 6 ¿Qué cambios traerá la crisis provocada por el Covid-19 al sistema sanitario? [Internet]. IM MEDICA. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/20928/que-cambios-traera-la-crisis-provocada-por-el-covid19-al-sistema.html#.X-mmFjoxTuM.twitter>
- 7 Una de cada tres personas en España padecerán dolor crónico a lo largo de su vida | Solidaridad Digital [Internet]. Solidaridaddigital.es. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://www.solidaridaddigital.es/noticias/nacional/una-de-cada-tres-personas-en-espana-padeceran-dolor-cronico-lo-largo-de-su-vida>
- 8 Tan solo el 50 de los pacientes crónicos ha podido seguir con su tratamiento en los centros sanitarios [Internet]. IMMedico. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/21201/tan-solo-el-50-de-los-pacientes-cronicos-ha-podido-seguir-con-su-tra.html>
- 9 La sobrecarga asistencial en AP dificulta la evaluación de la funcionalidad de pacientes con dolor crónico [Internet]. infosalus.com. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-sobrecarga-asistencial-ap-dificulta-evaluacion-funcionalidad-pacientes-dolor-cronico-20201023145231.html>
- 10 Las ventas de analgésicos en las farmacias crecen un 30% impulsadas por el teletrabajo [Internet]. El Español. 2021 [cited 14 June 2021]. Available from: https://www.elespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20201229/ventas-analgescos-farmacias-crecen-impulsadas-teletrabajo/546946212_0.html
- 11 Guía COVID persistente, elaborada por 48 sociedades científicas y asociaciones de pacientes. 2021 ene.
- 12 Benítez JCF. Siete de cada diez cirugías se cancelaron en todo el mundo durante la pandemia [Internet]. <https://www.gndiario.com/cirugia-pandemia-coronavirus>. 2020 [citado el 12 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.gndiario.com/cirugia-pandemia-coronavirus>
- 13 Simón C. «El dolor tiene un abordaje multidisciplinar y colaborativo» [Internet]. <https://elmedicointeractivo.com/el-dolor-tiene-un-abordaje-multidisciplinar-y-colaborativo/>. 2021 [citado el 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/el-dolor-tiene-un-abordaje-multidisciplinar-y-colaborativo/>
- 14 de Viu Concepción Pérez Hernández Juana Sánchez Jiménez Francisco Vargas Negrín MJB DPJIVCM. Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónicos [Internet]. https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/modelo_de_acp_con_enfermedad_y_dolor_cronicos_vf.pdf. 2021 [citado el 13 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/modelo_de_acp_con_enfermedad_y_dolor_cronicos_vf.pdf
- 15 Médico IM. El tratamiento del dolor crónico exige coordinación prevención seguimiento y atención integral [Internet]. IMMedico. Publitasdigital-immedico; 2021 [cited 2021Jun14]. Available from: <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/22603/el-tratamiento-del-dolor-cronico-exige-coordinacion-prevencion-se.html>

¿Motivado para dejar de fumar? Análisis de la motivación para abandono del tabaquismo en atención primaria

Motivated to stop smoking? Analysis of the motivation of smoking cessation in primary care

Néstor J. Sánchez Sánchez¹, Adalid Maldonado Díaz¹, Alejandra Martínez Franco¹, Mercedes A. Hernández Gómez¹, Maite Alves Pérez², Ana Clavería Fontán³

¹ MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE, ESPAÑA

² ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE OURENSE. OURENSE, ESPAÑA

³ TÉCNICA DE SAÚDE DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO. INVESTIGADORA PRINCIPAL DO GRUPO I-SAÚDE DO INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Néstor J. Sánchez Sánchez. E-mail: njsanchezs@gmail.com

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Págs. 7-14

RESUMEN

Objetivo: Fumar (prevalencia 23%) es causa conocida de 25 problemas de salud. El médico de familia (MF) debería abordarlo ya que el 75% de la población le visita al menos una vez al año. El objetivo del estudio es conocer la motivación de nuestros pacientes para el abandono del hábito.

Diseño: estudio retrospectivo mediante encuestas telefónicas

Emplazamiento: atención primaria

Participantes: pacientes categorizados como fumadores en historia clínica, mayores de 15 años. N=276

Mediciones principales: Se recogen las características de los pacientes y sus MF, realizando comparaciones de las mismas con el hábito y su motivación para dejarlo. Análisis mediante SPSS 22.0 y Epidat 4.1.

Resultados: 52.5% mujeres. Edad media 50.57 (± 12.40) años. 63% fumadores y motivados. 20.7% exfumadores. 57.6% recibieron consejo. Relación significativa directa entre la motivación y la característica de su MF (exfumador) ($p=.015$); siendo inversa la relación entre el haber recibido consejo y la condición actual del paciente ($p<.001$).

Conclusiones principales: escasa actualización en historia clínica de la condición de fumador. Más exfumadores entre pacientes que no recibieron consejo, probablemente debido a una mayor motivación para el abandono, sin descartar otras causas como las habilidades del MF o los recursos disponibles. Los MF exfumadores tienen pacientes más motivados.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Consejo. Motivación. Tabaco.

ABSTRACT

Objectives: smoking (prevalence 23%) is cause of 25 health problems. Family doctor should approach because 75% of the population go to the consultation at least once a year. The aim of this study is to know the motivation of our patients to stop smoking.

Design: retrospective research with telephone surveys

Setting: primary health care.

Participants: patients tagged like "smokers" in medical records, over 15 years old. N=276

Main measurements: Patients' and family doctors' characteristics were collected, doing comparisons between smoking habits and motivation to stop it. SPSS 22.0 and Epidat 4.1 were used for the analysis.

Results: 52.2% women. Overage 50.57 (± 12.40) years. 63% smokers and motivated to stop smoking. 20.7% ex-smokers. 57.6% have received counseling. Significant relation between the motivation and family doctor characteristics (ex-smoker) ($p=.015$), and inverse relation between counseling received and current patient condition ($p<.001$).

Main conclusions: evidence of little update of smokers on medical records. More smokers' patients who have not received counseling, probably due to more motivation, without discarding other causes like doctor abilities or resources available. Ex-smoker family doctors have more motivated smoker patients.

Key words: Counselling. Motivation. Primary Health Care. Tobacco.

INTRODUCCIÓN

La evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en los últimos quince años muestra una disminución del consumo en varones y un aumento en mujeres (1). Según la Encuesta Europea de Salud en España 2017 (2), la prevalencia de fumadores era de 22.1% (25.6% en hombres y 18.8% en mujeres), cifra que continúa descendiendo aunque cada vez más lentamente (2). Por otro lado, un 69.7% de los encuestados en la encuesta EDADES declara haber fumado tabaco en alguna ocasión y un 40.9% en alguna ocasión durante el año 2017; siendo así la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España cuyo consumo se inicia a los 16 años de media (3). Aunque los estudios muestran una disminución de la prevalencia del tabaquismo, el número de muertes atribuibles al mismo ha aumentado en los últimos 20 años (4). Fumar es causa conocida de más de 25 problemas de salud (5), entre las que destacan el cáncer y la enfermedad cardiovascular.

La mayoría de los fumadores saben que su consumo es perjudicial, sin ser conscientes del riesgo de sufrir discapacidad o muerte prematura debido a ello (6). El tabaco genera tolerancia física, abstinencia, pérdida de control y ansiedad; dificultando su abandono (4,7). El 93% de los encuestados en la encuesta EDADES (87.8% de los fumadores frente al 95.7% de los no fumadores), considera que el consumo de un paquete diario de cigarrillos produce muchos problemas de salud (3).

La consulta de Atención primaria (AP) representa el primer nivel de abordaje de actividades preventivas, entre ellas el tabaquismo (8). La utilización de las consultas de AP es cada día mayor; en España el 81.2% de personas acude a su médico de familia (MF) al menos una vez al año (2,9), lo que proporciona al profesional y al sistema sanitario múltiples oportunidades de abordarlo, tanto informando como ayudando a los interesados en abandonar su consumo (5,8), acciones muchas veces no realizada por los MF (10).

La estrategia con mayor evidencia de efectividad es la denominada «las 5 aes» (5,11,12): preguntar por su consumo (A1), aconsejar para su abandono (A2), valorar su disposición para intentarlo (A3), ofrecer técnicas conductuales y medicación para facilitarlos (A4), realizar seguimiento (A5) (13). El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) recomienda interrogar al menos bianualmente sobre el consumo de tabaco a personas mayores de 10 años y registrarlo en la historia clínica (HC) (recomendación grado A, USPSTF), no siendo necesario en mayores de 25 años nunca fumadores. Los fumadores deben recibir consejo claro y personalizado para el abandono, ayuda y fijar un seguimiento al menos durante las primeras semanas después de dejarlo (recomendación grado A, USPSTF) (5,14,15). Realizando seguimiento de apoyo a los pacientes, ya sea presencial o telefónico, se consiguen tasas de éxito de abstinencia de hasta el 80% durante la intervención (16). La realización de consejo antitabaco tiene que ir acompañada de un estudio del medio, ya que el éxito de la terapia antitabaco está en relación con la exposición ambiental al mismo (17). Además, debería evitarse el uso de cigarrillo electrónico para la deshabituación, relacionado con el fracaso de la terapia (17).

En estudios previos, analizando el hábito tabáquico en AP, se obtienen muestras de alrededor del 75% de pacientes fumadores que estarían interesados en dejar de fumar (18). Así mismo, otros realizados en ámbito hospitalario confirman los hallazgos en AP, aunque se objetiva menor motivación para el abandono del hábito en pacientes con patología respiratoria (19).

La identificación de los fumadores en sí misma incrementa las tasas de intervención de los profesionales (12), aumentando la intervención de los clínicos si presentan un sistema de identificación (odds ratio [OR] 3.1, IC del 95%: 2.2-4.2) (20). A pesar de ello, el registro de tabaquismo en HC es muy bajo. Un estudio preliminar realizado en 2014 en la consulta de un centro de salud urbano, mostró que el 59.2% de las historias revisadas no tenían registro de tabaquismo (18). Múltiples estudios muestran que los MF no abordan en la práctica clínica esta intervención de la forma que lo establecen las Guías de Práctica Clínica (GPC) (21-24), pudiendo explicarse por la falta de tiempo durante las consultas. Sin embargo, existen evidencias de que una intervención breve (very brief advice) de no más de 30 segundos, pueden llevar al paciente a hacer un intento de abandono (13).

Por ello, se hace necesario desarrollar estrategias sostenibles, dirigidas a mejorar el abordaje del tabaquismo en las consultas de atención primaria (5). Este estudio da continuidad a una intervención en tabaquismo en un centro de salud urbano en la que analizamos el registro de tabaquismo en historia clínica electrónica (HCE), y se realizó una intervención sobre los profesionales para mejorarlo (18,25). Se objetivó un aumento del registro de tabaquismo desde un 5.16% (previo a la intervención) a un 6.37% (a los 6 meses de la intervención) y a un 7.3% (a los 18 meses).

En este trabajo nos proponemos analizar la motivación que tienen los pacientes fumadores para dejar de fumar, conocer desde su punto de vista si los profesionales sanitarios han intervenido en esta decisión y describir las características de los fumadores y de sus médicos de familia.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio retrospectivo mediante encuestas telefónicas realizadas entre septiembre y diciembre de 2018 a pacientes fumadores registrados en la HCE con el CIAP P17 (Abuso de tabaco), llevado a cabo en el ámbito de la atención primaria.

El cálculo del tamaño muestral se realizó teniendo en cuenta la prevalencia del tabaquismo (23%), para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, obteniendo una participación necesaria de 265 pacientes.

Este estudio cumple la Declaración de Helsinki de la WMA (World Medical Association) y las recomendaciones de la EMA (European Medicines Agency). Todos los miembros del equipo investigador son profesionales del SERGAS. No existen conflictos de intereses en ninguno de ellos. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética del área Sur de Galicia, presentando la siguiente referencia CEIC 2015/141.

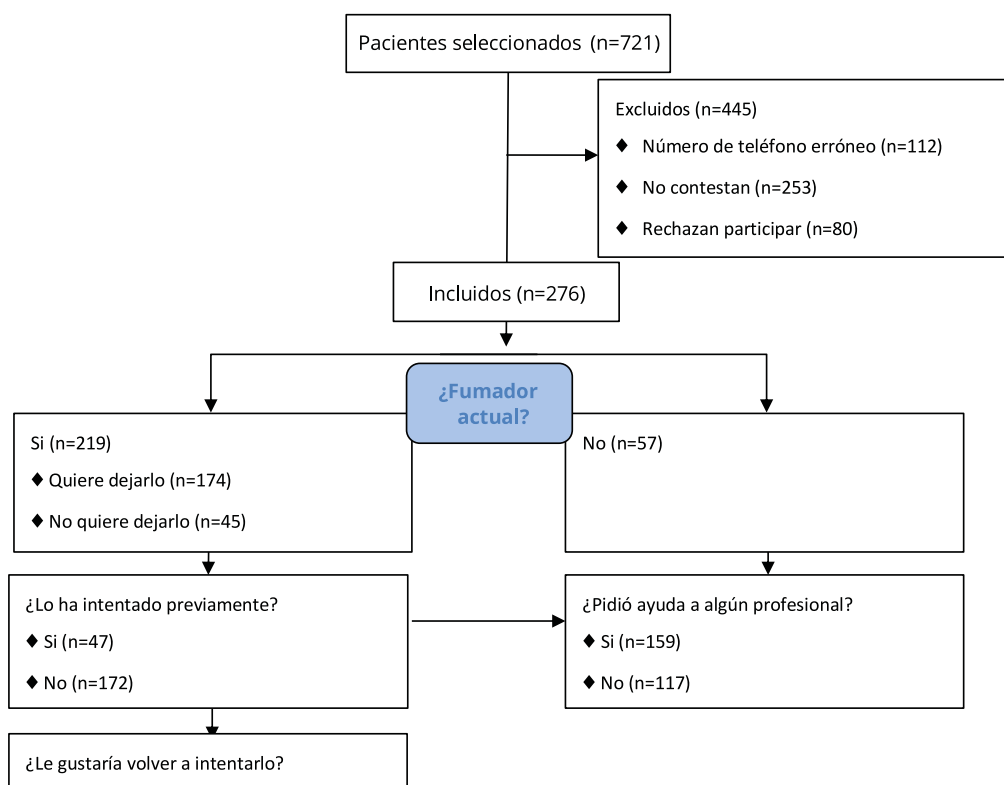
Participantes

Pacientes mayores de 15 años adscritos a nuestro centro de salud y que acepten participar en el estudio, contestando las preguntas durante la llamada telefónica. Se excluyeron los pacientes que estén registrados con el CIAP citado por error.

Procedimiento

El desarrollo del estudio se realizó siguiente el siguiente esquema (figura 1). Se solicitó el listado de pacientes fumadores a los facultativos participantes. A continuación, se accedió a ellos mediante contacto telefónico para realizar la encuesta. Se les explicó, previa presentación del investigador, en que consiste el estudio y si deseaban participar en el mismo, el cual consistía en contestar unas preguntas: si actualmente siguen fumando; en caso afirmativo, si alguna vez intentaron dejar de fumar; y en caso afirmativo, si lo hicieron por cuenta propia o buscando ayuda a un especialista. En caso de ser actualmente exfumadores, les preguntamos el tiempo que hace que dejaron de fumar. En caso de continuar fumando, si estarían interesados en dejarlo.

Figura 1. Diagrama de recogida de datos



Se recogen las siguientes variables para el estudio:

- Variables del profesional.
 - Médico de familia y las características de los mismos: se seleccionaron los 7 médicos del centro de salud en el que se realiza el estudio que aceptaron participar y que no han cambiado de destino en los últimos 4 años. Además, se tendrá en cuenta si tienen cupo de mañana o tarde, si son o no fumadores y si son tutores de residentes o no.
- Variables del paciente (por encuestas):
 - Sexo: hombre/mujer.
 - Edad.
 - Fumador actual: si/no.
 - Tiempo que hace que dejó de fumar.
- Variables relacionadas con la motivación para dejar de fumar (variables dicotómicas):
 - Deseo actual o no de dejar de fumar: si/no
 - Haber intentado previamente dejar de fumar: si/no.
 - Haber pedido ayuda para ello o haberlo hecho por cuenta propia.

Análisis de datos

Se ha creado una base de datos para la recogida y análisis de datos. Se realizó un análisis descriptivo de las características de médicos y pacientes. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje y las continuas como media $\pm$ desviación estándar, mediana [mínimo-máximo]. La hipótesis de normalidad de las variables se testó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron pruebas paramétricas/no paramétricas (según condiciones de aplicación) para determinar las características (de profesionales y de pacientes) asociadas a la variabilidad en el registro de hábito tabáquico en la HCE: Chi-Cuadrado, T-Student, U de Mann-Whitney. En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un p-valor $< .05$. Los análisis se realizaron utilizando SPSS 22.0 y Epidat 4.1.

RESULTADOS

Participaron 276 pacientes con registro de fumador en HCE. La mayoría de los encuestados eran mujeres 52.5%, siendo la edad media global de 50.57 ($\pm$ 12.40) años. Tabla 1. El total de pacientes participantes en función de las características de su MF aparecen recogidos en la tabla 2.

Tabla 1. Número y porcentaje de pacientes según sus características

Sexo (%)	Mujer	145 (52.5)
	Hombre	131 (47.5)
Fumador (%)	Si, y quiere dejarlo	174 (63)
	Si, y no quiere dejarlo	45 (16.3)
	Ex fumador	57 (20.7)
Consejo antitabaco (%)	No	117 (42.4)
	Si	159 (57.6)
Intento de abandono (%)	No	47 (17)
	Si	229 (83)

Tabla 2. Número y porcentaje de pacientes según las características del médico

Fumador (%)	No	29 (10.5)
	Si	44 (15.9)
	Ex fumador	203 (73.6)
Turno (%)	Mañana	171 (62)
	Tarde	105 (38)
Tutor (%)	No	162 (58.7)
	Si	114 (41.3)
Sexo (%)	Mujer	145 (52.5)
	Hombre	131 (47.5)

El 20.7% de los encuestados ya no son fumadores. El 50% de los pacientes que dejaron de fumar lo han hecho en los últimos 3 años, siendo el que menos tiempo lleva sin fumar 1 mes y el que hace más tiempo que abandonó el hábito 20 años.

El 83% de los pacientes encuestados habían hecho al menos un intento de abandono, pero el 79.3% del total continúa fumando, por lo que pocos participantes han conseguido mantener la abstinencia. Del total de pacientes que continúan fumando en el momento de la encuesta, el 78.5% había realizado algún intento previo de abandono.

De forma global, el 57.6% de los fumadores habían recibido consejo para dejar de fumar, existiendo relación inversa entre el consejo antitabaco y el abandono del hábito de fumar. El 64.4% de los participantes actualmente fumadores habían recibido consejo para dejar de fumar, frente al 31.6% de los exfumadores ($p<.001$).

Los pacientes más motivados para dejar de fumar son de cupos de médicos exfumadores ($p=.015$). El 68.4% de pacientes, que ya han dejado de fumar dicen no haber recibido consejo por parte de su médico; sin embargo, el 67.2% de los que ahora está motivados, si que han recibido el consejo ($p<.001$). Tabla 3.

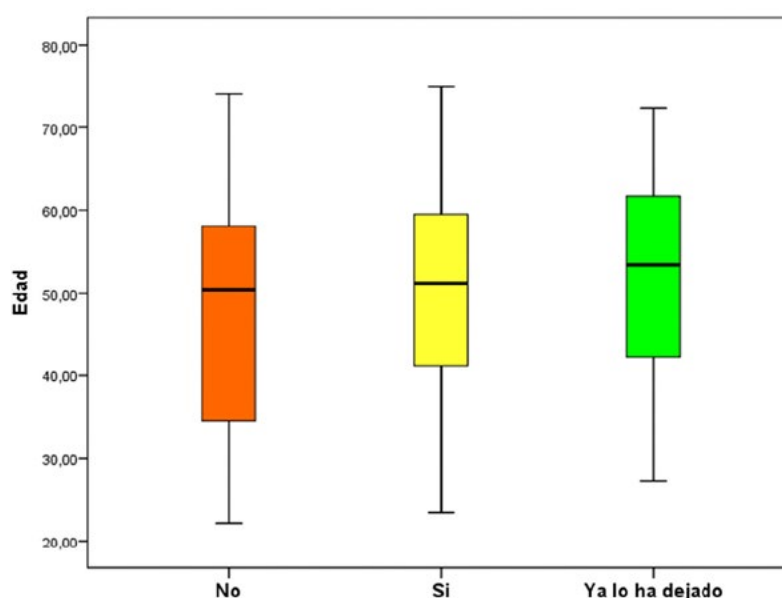
Tabla 3. Número y porcentaje de pacientes según la condición del médico y según el consejo recibido

		QUIERE DEJARLO			Total	
		No	Si	Ya lo ha dejado		
Condición del médico	Nunca Fumador	20.0% (9)	6.9% (12)	14.0% (8)	10.5% (29)	$p=.015$
	Fumador Actual	13.3% (6)	13.8% (24)	24.6% (14)	15.9% (44)	
	Ex fumador	66.7% (30)	79.3% (138)	61.4% (35)	73.6% (203)	
Consejo antitabaco	Si	53.3% (24)	67.2% (117)	31.6% (18)	57.6% (159)	$p<.001$
	No	46.7% (21)	32.8% (57)	68.4% (39)	42.4% (117)	
	Total	100% (45)	100% (174)	100% (57)	100% (276)	

Al analizar la motivación para dejar de fumar, teniendo en cuenta además a los pacientes que ya lo han dejado previamente, no encontramos relación con el sexo de médico ($p=.281$), su turno de trabajo ($p=.429$), la condición de ser tutor ($p=.274$) ni el sexo del paciente ($p=.230$).

Tampoco se encuentran diferencias significativas en cuanto a la edad del paciente y el consumo actual de tabaco ($p=.308$). Los pacientes que se plantean dejar de fumar son los más mayores, siendo los más jóvenes los que no se plantean su abandono. Figura 2.

Figura 2. Condición actual del paciente en función de la edad



DISCUSIÓN

En el estudio presente, analizamos la motivación de los pacientes para dejar de fumar y si estos pacientes recurrirían a la ayuda de profesionales o no.

En el estudio, describimos las características de los pacientes fumadores (o que han sido fumadores) que participan el estudio y cuya condición se encuentra registrada en HCE, ya que a través de la misma hemos obtenido a los participantes. Encontramos pacientes fumadores que a pesar de querer dejar de fumar no lo han conseguido, ya sea por falta de motivación o por falta de ayuda. Aquí es donde podemos actuar nosotros y preguntarnos qué está pasando, aprovechado el porcentaje de pacientes motivados para la actuación. En un estudio realizado con un gran número de médicos, solo el 48% estaba con motivación para dejarlo (26). Hasta el 80% de los pacientes que hacen intento de abandono consiguen mantener la abstinencia (16), lo que no ha sucedido en nuestro estudio. En ello, presenta una gran influencia el tiempo que previamente haya sido fumadores, aspecto no analizado en nuestros pacientes (27).

Los resultados estadísticos nos permiten sacar conclusiones ligeramente contradictorias en relación al beneficio del consejo antitabaco, ya que los que han conseguido dejar de fumar, la mayor parte de ellos lo hicieron sin ayuda de profesionales. Por el contrario, una gran mayoría de los pacientes que intentaron dejarlo con ayuda de los mismos, no lo consiguieron, aunque la lógica nos llevaría a pensar lo contrario. Sin embargo, desconocemos el tipo de consejo recibido por estos pacientes que fracasaron en el intento, aunque una revisión realizada en 2017 por Diclemente et al, afirman la igualdad de eficacia de la entrevista motivacional frente a otras terapias y la mayor efectividad frente a la ausencia de terapia (28). Por otro lado, hay estudios que relacionan la influencia del número de sesiones con el éxito de la terapia, así como con el estado civil (estar casado) y el alto nivel educacional del paciente (29).

La conclusión que podríamos sacar es que los pacientes que de verdad quieren dejar de fumar, tienen una mayor facilidad de éxito; y aquellos que no están verdaderamente motivados, necesitan ayuda, pero a pesar de ello, no se consiguen grandes resultados debido a la falta de motivación. Sin embargo, el éxito o la falta del mismo, no puede ser únicamente atribuido a la motivación, ya que influyen otros factores como el acceso a recursos, las habilidades del médico... Los MF debemos mejorar las habilidades de comunicación en tabaquismo para que los jóvenes no inicien este hábito y, en general, concienciar a la población.

La motivación de los pacientes para el abandono del hábito es mayor en los cupos de médicos exfumadores. Pero queremos destacar que, en nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con registro de abuso de tabaco es bastante mayor en los cupos de médicos exfumadores que en los de médicos nunca fumadores o fumadores. Por ello, podríamos considerarlo una limitación del mismo y la consecuente amenaza de la validez externa del estudio. Ello nos lleva a preguntarnos, ¿los médicos exfumadores están más concienciados y por ello realizan más consejo antitabaco?

La principal limitación del estudio es la presencia de una muestra limitada a un centro de salud, con hábitos clínicos compartidos y propios. Como consecuencia de ello, se puede ver amenazada la validez externa del estudio. El registro tiene limitaciones. Por un lado, de todos los pacientes registrados en IANUS con el código CIAP P17, encontramos que no se ha actualizado la HCE de aquellos que ya han dejado de fumar (25) y, en el caso de la categoría "abuso de tabaco" deberíamos abordarlo con cierta frecuencia (10,12). Relativo a este punto no encontramos evidencias científicas por lo que sería una vía interesante para seguir investigando. Además, por otro lado, podríamos tener un sesgo de selección por las pérdidas de los pacientes cuyos teléfonos fueron erróneos o no contestaron la llamada telefónica.

Todo ello, nos lleva a plantearnos ir más allá y realizar otros estudios posteriores haciendo intervención en aquellos pacientes que deseen dejar de fumar con ayuda de profesionales, contando con la ayuda de diferentes profesionales del ámbito sanitario entre las que se deberían incluir médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales (30,31).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2016;53. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>
- 2 Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud, España 2017. 2018. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- 3 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España: EDADES 1995-2017. Inf 2019 Alcohol, Tab y Drog ilegales en España [Internet]. 2019;125. Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
- 4 Gutiérrez-Abejón E, Rejas-Gutiérrez J, Criado-Espiegel P, Campo-Ortega EP, Breñas-Villalón MT, Martín-Sobrino N. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. Med Clin (Barc) [Internet]. 2015 Dec;145(12):520-5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002577531500250X>
- 5 Córdoba R, Camarellas F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria [Internet]. 2014 Jun;46:16-23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714700484>

- 6 Salvador Llivina T. Prevención y control del tabaquismo: avances y retos en la aplicación del Convenio Marco de la OMS en España. *Rev Española Drog*. 2010;35(1):21–46.
- 7 Roh S. Scientific Evidence for the Addictiveness of Tobacco and Smoking Cessation in Tobacco Litigation. *J Prev Med Public Heal* [Internet]. 2018 Jan 31;51(1):1–5. Available from: <http://jpmph.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmph.16.088>
- 8 Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, Baxter N, Jawad M, Katsaounou PA, et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *npj Prim Care Respir Med* [Internet]. 2017 Dec 9;27(1):38. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41533-017-0039-5>
- 9 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. [Internet]. 2014. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
- 10 Matouq A, Khader Y, Khader A, Al-Rabadi A, Al Omari M, Iblan I, et al. Knowledge, attitude, and behaviors of health professionals towards smoking cessation in primary healthcare settings. *Transl Behav Med* [Internet]. 2018 Nov 21;8(6):938–43. Available from: <https://academic.oup.com/tbm/article/8/6/938/4850536>
- 11 Camarrelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013 Mar;140(6):272.e1-272.e12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775312008871>
- 12 GdT de Abordaje al Tabaquismo de la semFYC. Manual de tabaquismo. SemFYC ediciones. 2008. Disponible en: <https://www.semfyec.es/biblioteca/manual-de-tabaquismo/>
- 13 Olano-Espinosa E, Minué-Lorenzo C. «No hacer», también en tabaco. *Atención Primaria* [Internet]. 2016 Aug;48(7):493–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716301378>
- 14 American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014. Available from: <https://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/US%20PS%20TF%20Guideline%20Summary%20%201.2014%20AAPF%20cps-recommendations.pdf>
- 15 Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Maderuelo Fernández JA, Jiménez Ruiz CA, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Atención Primaria* [Internet]. 2001;27(9):629–36. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656701788713>
- 16 Moragues I, Nebot M, Muñoz M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa «Quit and Win») para dejar de fumar. *Gac Sanit* [Internet]. 1999;13(6):456–61. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911199714068>
- 17 El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav* [Internet]. 2018;80(January):110–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.016>
- 18 Maldonado Díaz A, Hernández Gómez MA, Figueira Vázquez MA, Álvarez Modroño B, Peleteiro González L. TABAQUISMO. Análisis en una consulta de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria* [Internet]. 2015;21:31–4. Available from: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2016/05/Cadernos-21_4_pax31.pdf
- 19 Sepúlveda-Sánchez JM, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Martín-García M, Lorente Márquez C, Timonet-Andreu EM. Evaluación de la motivación para la cesación tabáquica en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018 Jan;28(1):13–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862116301681>
- 20 Fiore MC. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1996 Apr 24;275(16):1270. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1996.03530400058039>
- 21 Szatkowski L, Lewis S, McNeill A, Coleman T. Is smoking status routinely recorded when patients register with a new GP? *Fam Pract* [Internet]. 2010 Dec 1;27(6):673–5. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cmq046>
- 22 Omole OB, Ngobale KN, Ayo-Yusuf OA. Missed opportunities for tobacco use screening and brief cessation advice in South African primary health care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2010 Dec 29;11(1):94. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-94>
- 23 Ellerbeck, E.F., Ahluwalia, J.S., Jolicoeur, D.G., Gladden, J. y Mosier M. Direct Observation of Smoking Cessation Activities in Primary Care Practice. *J Fam Pr*. 2001;50(8):688–93.

- 24 Thorndike AN. National Patterns in the Treatment of Smokers by Physicians. JAMA [Internet]. 1998 Feb 25;279(8):604. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.279.8.604>
- 25 Maldonado Díaz A, Hernández Gómez M, Sánchez Sánchez N, Perez Alves M, Gayoso Diz P. Intervención para mejorar el registro del hábito tabáquico en un centro de salud. An intervention to improve smoke habits register in a primary care center. Cad Aten Prim. 2018;24(1):17–22.
- 26 Juárez-Jiménez MV, Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). Semer - Med Fam [Internet]. 2015 Sep;41(6):296–304. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359314003165>
- 27 Moreno-Arnedillo JJ, Morante-Benadero ME, Sánchez-Vegazo-Sánchez E. El tiempo previo de abstinencia como factor predictor a los 12 meses en un programa multicomponente para dejar de fumar. Semer - Med Fam [Internet]. 2014 Nov;40(8):436–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359314000331>
- 28 DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. Psychol Addict Behav [Internet]. 2017 Dec;31(8):862–87. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/adb0000318>
- 29 Yeom H, Lim H-S, Min J, Lee S, Park Y-H. Factors Affecting Smoking Cessation Success of Heavy Smokers Registered in the Intensive Care Smoking Cessation Camp (Data from the National Tobacco Control Center). Osong Public Heal Res Perspect [Internet]. 2018 Oct 31;9(5):240–7. Available from: <http://www.kcdcphrp.org/journal/view.html?doi=10.24171/j.phrp.2018.9.5.05>
- 30 Camarrelles Guillem F. Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPS. Atención Primaria [Internet]. 2018 May;50:1–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718303585>
- 31 Córdoba García R, Camarrelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, José Arango JS, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria [Internet]. 2018 May;50:29–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718303615>

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- El tabaco es la causa evitable de más de 25 problemas de salud, aunque el número de fumadores es cada vez menor.
- El médico de familia es el profesional del primer nivel asistencial para abordar el problema del tabaquismo, buscando una identificación activa de los mismos.

Que aporta este estudio

- La motivación para dejar de fumar es uno de los aspectos más importantes para conseguirlo.
- La ayuda de profesionales para dejarlo es una herramienta útil en aquellos pacientes que tiene alta motivación.

Cambios en el perfil circadiano de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 o glucemia basal alterada

Changes in the circadian profile of blood pressure in patients with type 2 diabetes or altered basal blood glucose

Antonio A. Regueiro Martínez¹, Alba Pons Revuelta², Helena Abadín Carcedo³, Sara Castroagudín Campos⁴

¹ MÉDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE VILANOVA DE AROUSA

² MIR DE 3º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE VILANOVA DE AROUSA

³ MIR DE 2º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE DE VILANOVA DE AROUSA

⁴ MÉDICA ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alba Pons Revuelta. E-mail: albaponsrevuelta@gmail.com

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Págs. 15-23

RESUMEN

Título: Cambios en el perfil circadiano de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 o glucemia basal alterada.

Objetivo: Se pretende comparar la MAPA de pacientes con DM o glucemia basal alterada (GBA) que no reciban tratamiento farmacológico antihipertensivo, tras 1 año de seguimiento medio, frente a pacientes sin DM ni GBA.

Diseño: Estudio observacional que compara la MAPA de pacientes con diabetes o GBA que no reciban tratamiento farmacológico antihipertensivo y que tengan una segunda MAPA de seguimiento, frente a pacientes sin diabetes ni GBA con los mismos condicionantes.

Emplazamiento: Atención Primaria

Participantes: Se incluye una muestra de 130 series con 2 MAPAs (inicial y final), 42 corresponden a pacientes con DM o GBA y 88 a pacientes sin DM ni GBA del C.S. Vilanova de Arousa, todos ellos sin tratamiento antihipertensivo.

Resultados: Al inicio, los pacientes con DM o GBA presentan un perfil dipper en el 71,4% (IC95% 70,0-72,9) de los casos y no dipper en el 26,2% (IC95% 25,3-27,1). Tras 1 año de seguimiento medio son dipper el 59,5% (IC95% 57,2-61,9) y no dipper el 40,5% (IC95% 38,6-42,4), siendo significativas estas diferencias. Al inicio, los pacientes sin DM ni GBA son dipper el 60,2% (IC95% 58,6-61,8) y no dipper 33% (IC95% 31,8-34,2), tras 1 año de seguimiento son dipper el 62,5% (IC% 60,9-64,1) y no dipper 33% (IC95% 31,8-34,2), diferencias no significativas.

Conclusiones: Se produce un cambio hacia un perfil no dipper en los pacientes con DM o GBA frente a pacientes sin DM ni GBA, tras 1 año de seguimiento medio, en paciente sin tratamiento antihipertensivo. Se consiguen cambios de hábitos que se traducen en una disminución significativa del riesgo cardiovascular en los pacientes con DM o GBA.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Hipertensión, Factores de Riesgo Cardiovascular.

ABSTRACT

Title: Changes in the circadian profile of blood pressure in patients with type 2 diabetes or altered basal blood glucose.

Objective: We intend to compare the ABPM of patients with DM or impaired fasting glucose (IFG) who do not receive antihypertensive drug treatment, after 1 year of mean follow-up, compared to patients without DM or IFG.

Design: Observational study that compares the ABPM of patients with diabetes or GBA who do not receive antihypertensive pharmacological treatment and who have a second follow-up ABPM, versus patients without diabetes or GBA with the same conditions.

Site: Primary Care.

Participants: A sample of 130 series with 2 ABPM (initial and final) is included, 42 correspond to patients with DM or IFG and 88 to patients without DM or IFG from the Vilanova de Arousa Health Center, all of them without antihypertensive treatment.

Results: At the beginning, patients with DM or IFG have a dipper pattern in 71.4% (95% CI 70.0-72.9) of the cases and non dipper in 26.2% (95% CI 25.3-27, 1). After 1 year of average follow-up, 59.5% (95% CI 57.2-61.9) are dipper and 40.5% (95% CI 38.6-42.4) are non dipper, these differences being significant. At the beginning, patients without DM or IFG are 60.2% dipper (95% CI 58.6-61.8) and 33% non dipper (95% CI 31.8-34.2), after 1 year of follow-up they are dipper 62.5% (CI% 60.9-64.1) and non dipper 33% (95% CI 31.8-34.2), non-significant differences.

Conclusions: There is a change towards a non-dipper pattern in patients with DM or IFG versus patients without DM or IFG, after 1 year of mean follow-up, in patients without antihypertensive treatment. Habits changes are achieved that result in a significant decrease in cardiovascular risk in patients with DM or IFG.

Key words: Diabetes Mellitus, Hypertension, Cardiovascular Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo, con una prevalencia e incidencia en aumento, alto coste, elevada discapacidad y mortalidad y, en general, con una repercusión importante en la calidad de vida de los pacientes afectados. Frecuentemente se asocia a otros factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial (HTA) que está presente en más del 50% de los pacientes con diabetes, contribuyendo tanto a las complicaciones microvasculares como a las macrovasculares (1).

La asociación entre DM e HTA es un hecho. Según estimaciones poblacionales, más del 40% de los adultos españoles tienen HTA, con una prevalencia de HTA superior en pacientes con prediabetes (67,9%) y DM (79,4%), y con un grado de control inaceptablemente bajo (2). Hay descritos factores involucrados tanto en la patogenia de la HTA como en la de la DM, que incluyen la activación inapropiada del sistema renina angiotensina aldosterona, el estrés oxidativo, la inflamación, la alteración de la vasodilatación mediada por insulina, la activación aumentada del sistema nervioso simpático, la inmunidad innata y adaptativa alterada y el manejo anormal del sodio por el riñón (1).

En un estudio realizado en España con más de 2000 pacientes (estudio PREDAPS) se encontró que la HTA es un factor de riesgo independiente relacionado con la presencia de prediabetes en ambos sexos (3). En este estudio, a los 4 años de seguimiento, se confirmó que la HTA se comportaba como un factor asociado a mayor riesgo de aparición de DM2 (4).

Para el control de la HTA, la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) se ha convertido en una técnica habitual en nuestros Centros de Salud (CS) en los últimos años, tras resultados de estudios clásicos como los de Verdecchia (Estudio PIUMA) o de Ohkubo (Estudio Ohasama). El estudio PIUMA en Italia nos mostraba que la presión arterial ambulatoria estratificaba el riesgo cardiovascular en la hipertensión esencial independiente de la presión arterial clínica (5). Años más tarde, el estudio Ohasama en Japón confirmaba que el riesgo de mortalidad era más alto en pacientes que en la MAPA presentaban un patrón no dipper frente a aquellos con patrón dipper (6).

El Proyecto Hygia se ha diseñado como un estudio paralelo a la labor asistencial, de forma que permite utilizar la MAPA como herramienta de diagnóstico y valoración de la eficacia terapéutica. Su objetivo fundamental se centra en extender la utilización de la MAPA en Atención Primaria para el diagnóstico de hipertensión, la valoración de la eficacia terapéutica y la evaluación del riesgo cardiovascular global. Además, un objetivo específico es estudiar la influencia de la presencia de diabetes en el patrón circadiano de la PA en pacientes hipertensos (7)(8).

Nuestro CS de Vilanova de Arousa lleva utilizando la MAPA más de 10 años, tanto con fines de investigación como asistenciales, siendo desde entonces investigadores colaboradores del Proyecto Hygia. En nuestro centro realizamos MAPA de 48 horas para mejorar la reproducibilidad (9)(10)(11), sin que nos haya supuesto dificultades en cuanto a rechazo por parte de los pacientes o indisponibilidad de monitores por la mayor duración de los estudios.

Y es en este marco conceptual en el que se encuadra el presente trabajo. Se trata de un estudio observacional en el que se pretende comparar la MAPA de pacientes con diabetes o glucemia basal alterada que no reciban tratamiento farmacológico antihipertensivo y a los que se les haya realizado una segunda MAPA de seguimiento, frente a pacientes sin diabetes ni glucemia basal alterada con los mismos condicionantes. Son todos pacientes adscritos al CS de Vilanova de Arousa, que han otorgado su consentimiento informado para participar en el estudio.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Se plantea como hipótesis si hay cambios en el perfil circadiano de presión arterial en pacientes con DM o glucemia basal alterada (GBA) frente a pacientes sin DM ni GBA, tras 1 año de seguimiento medio.

- Hipótesis nula (H0): Cambios en el perfil circadiano de PA en pacientes con DM o GBA $\leq$ frente a pacientes sin DM ni GBA.
- Hipótesis alternativa (H1): Cambios en el perfil circadiano de PA en pacientes con DM o GBA $>$ frente a pacientes sin DM ni GBA.

El objetivo principal es conocer y comparar el cambio en el perfil circadiano en el seguimiento en pacientes con DM o GBA, frente a pacientes sin DM ni GBA.

Son objetivos secundarios la descripción de los pacientes al principio y al final del seguimiento en cuanto a variables antropométricas, hábitos, riesgo cardiovascular, comorbilidades, y características de la MAPA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

La población de estudio está formada por todos los pacientes incluidos en la base de datos del Proyecto Hygia del CS de Vilanova de Arousa, desde agosto 2009 a agosto de 2019.

Tamaño muestral

Para una población de 10.000 (habitantes de Vilanova), con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 9%, con un valor aproximado del 30% de pacientes con perfil no dipper (12)(13), ajustado a una proporción esperada de pérdidas del 10%, el tamaño muestral será de 110 sujetos. Para alcanzar este tamaño muestral se ha revisado la base de datos de pacientes incluidos en el Proyecto Hygia de nuestro Centro, incluyendo todos los pacientes de manera consecutiva que cumplen los criterios de inclusión y no tienen ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos de ≥ 18 años de edad.
- Pacientes que hayan otorgado su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Pacientes con PA normal-alta o hipertensión arterial en función de medidas clínicas de PA, incluyendo sujetos con hipertensión resistente.
- Pacientes que hayan realizado al menos 2 estudios de MAPA durante el periodo de agosto 2009 a agosto de 2019.

Criterios de exclusión

- Trabajadores en turno nocturno.
- Imposibilidad de comunicarse o cumplir con los requisitos del estudio.
- Pacientes intolerantes a la utilización de un monitor para la medida ambulatoria de la PA.
- Pacientes con registros de MAPA de baja calidad: ciclo de actividad y descanso irregular durante los dos días de monitorización; horario de descanso nocturno inferior a 6 o superior a 12 horas; series con más de 3 horas consecutivas sin medida de PA; series en las que el número de medidas de PA no alcance el 70% de los valores previstos.

Recogida de datos

La PA sistólica y diastólica y la FC de cada paciente son monitorizadas automáticamente cada 20 minutos en el día (07:00 a 23:00 horas) y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas con un dispositivo oscilométrico validado (SpaceLabs 90207, SpaceLabs Inc., Issaquah, Washington, USA). A fin de minimizar el posible efecto "bata blanca" asociado a la presencia del observador y el entorno hospitalario, sólo la primera medida de PA se hace en el CS para validar el correcto funcionamiento del monitor. Asimismo, transcurrido el tiempo de monitorización, los propios pacientes se quitan el monitor antes de devolverlo para evitar cualquier posible alteración en la última o últimas medidas de PA. Los pacientes mantienen su rutina habitual de actividad diurna y de descanso nocturno durante los días de la MAPA, con condiciones de vida habitual y restricciones mínimas. Se les pide que mantengan un horario de actividad diurna y descanso nocturno similar en los 2 días de monitorización, y que eviten tomar la siesta durante la MAPA. El manguito de presión se coloca siempre en el brazo no dominante, cuya circunferencia determina el

tamaño del manguito. El dispositivo de MAPA se programa para funcionar siempre en la denominada "función ciega". De esta forma, la pantalla del monitor no muestra los valores de PA después de la medida, manteniendo la información oculta para el paciente. Durante los días de monitorización, cada paciente rellena un diario de actividades en el que recoge las horas en las que se acostó en la noche y se levantó en la mañana, lo que se utilizará para determinar los periodos diurno y nocturno del registro.

Se recogen los datos de edad y sexo, tiempo transcurrido entre la primera y la segunda MAPA (meses), peso (kg), índice de masa corporal, perímetro abdominal (cm), hábito tabáquico (sí/no), consumo de alcohol (unidades alcohol/semana), actividad física (sedentario sí/no), grado de HTA (grado 0 para PA<140/90, grado 1 PA 140-159/90-99, grado 2 PA 160-179/100-109)(14) presión arterial en consulta, presencia de comorbilidades (recogido de la historia clínica), riesgo cardiovascular (según las guías europeas de HTA), enfermedad renal (filtrado glomerular estimado <60), datos de la MAPA (PAS/PAD actividad, PAS/PAD descanso, PAS/PAD en la serie, profundidad) y perfil circadiano (riser, no dipper, dipper, dipper extremo) (15)(16).

La medida de PA en consulta será la media de 3 determinaciones realizadas con el paciente sentado y utilizando un esfigmomanómetro estándar calibrado con el tamaño de manguito apropiado.

Para el diagnóstico de DM y GBA se ha utilizado el diagnóstico previo recogido en la historia clínica, utilizado los criterios de la ADA 2019. Las cifras utilizadas para definir glucemia basal alterada han sido valores comprendidos entre 100 y 125 mg/dl (17).

Análisis estadísticos

Se realizarán análisis descriptivos de las variables de estudio, tanto en el momento inicial como final. Las variables se presentarán como porcentaje (para variables cualitativas) o como media (para variables cuantitativas), ambas con intervalo de confianza 95%. En todos los análisis se considerarán diferencias significativas los valores de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete de software LibreOffice The Document Foundation, en su versión 6.1.3.2.

Evaluación por el Comité Ético de Investigación

El estudio (Proyecto Hygia) ha sido sometido a la consideración del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, siendo autorizado el 29 de enero de 2008 con código de registro 2007/440.

RESULTADOS

Los sujetos que finalmente han formado la base de datos de este trabajo han aportado 130 series de MAPAs válidas. Estas series han estado formadas por dos registros, uno inicial y otro final, pertenecientes al grupo de pacientes con DM o GBA y al grupo sin DM ni GBA (Tabla 1).

Tabla 1. Número total de pacientes y series

TOTAL PACIENTES =	89
TOTAL SERIES =	130
TOTAL GBA + DIABETES =	42
TOTAL SIN GBA NI DIABETES =	88

Los resultados de todas las series se presentan en la Tabla 2, con los datos recogidos al hacer la primera MAPA y con los datos tras la segunda MAPA.

Tabla 2. Resultados globales en el momento inicial y final

N=130	INICIAL	IC 95%		FINAL	IC 95%		p
SEXO (MUJER %)	42,3						
EDAD (AÑOS)	57,2	55,5	59,0	58,9	57,1	60,7	ns
TIEMPO TRANSCURRIDO (MESES)				19,3	17,5	21,2	
IMC	29,1	28,3	29,8	31,6	26,8	36,4	ns
PERÍMETRO ABDOMINAL (CM)	99,5	97,7	101,3	99,3	97,6	101,1	ns
PESO (KG)	79,1	69,5	88,7	79,3	76,8	81,8	ns
FUMADOR (%)	10,8	10,2	11,3	6,9	6,5	7,4	<0,05
BEBE ALCOHOL (% SI)	63,1	61,7	64,4	54,6	53,3	55,9	<0,05
UNIDADES/SEMANA ALCOHOL	45,7	30,6	60,7	28,8	19,5	38,2	ns
SEDENTARIO (%)	5,4	5,0	5,8	5,4	5,0	5,8	ns
GRADO HTA 0	44,6	43,5	45,8	39,2	38,2	40,3	<0,05
GRADO HTA 1	40,0	38,9	41,1	41,5	40,4	42,6	<0,05

N=130	INICIAL	IC 95%			FINAL	IC 95%		p
GRADO HTA 2	14,6	14,0	45,8		17,7	17,0	18,4	<0,05
PAS AMB	141,2	138,2	144,1		142,7	139,8	145,6	ns
PAD AMB	84,7	83,1	86,3		85,2	83,6	86,9	ns
PP AMB	56,4	53,9	58,9		57,5	54,8	60,1	ns
DISLIPEMIA	89,2	87,6	90,8		86,2	84,6	87,7	ns
GLUCEMIA BASAL ALTERADA	21,5	20,7	22,3		21,5	21,5	21,5	ns
DIABETES	10,8	10,2	11,3		11,5	11,0	12,1	ns
GBA O DIABETES	32,3	31,3	33,3		33,1	33,1	33,1	ns
SDME METABÓLICO	39,2	38,2	40,3		40,0	38,9	41,1	ns
LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA	6,2	5,7	6,6		8,5	8,0	9,0	<0,05
ENF CARDIO-CEREBRO VASC	6,9	6,5	7,4		7,7	7,2	8,2	ns
ENF RENAL	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	ns
RCV PROMEDIO	3,8	3,5	4,2		3,8	3,5	4,2	ns
RCV BAJO	15,4	14,7	16,1		11,5	11,0	12,1	<0,05
RCV MODERADO	24,6	23,8	25,5		24,6	23,8	25,5	ns
RCV ALTO	48,5	47,3	49,7		50,0	48,8	51,2	ns
RCV MUY ALTO	7,7	7,2	8,2		10,0	9,5	10,5	<0,05
PAS ACTIVIDAD	126,7	124,9	128,4		131,1	129,0	133,2	<0,05
PAD ACTIVIDAD	78,7	77,3	80,0		80,6	79,1	82,2	ns
PAS DESCANSO	111,8	110,1	113,5		116,3	114,3	118,3	<0,05
PAD DESCANSO	65,7	64,4	66,9		67,9	66,5	69,3	ns
PAS SERIE	121,5	119,9	123,2		126,2	124,1	128,2	<0,05
PAD SERIE	74,2	72,9	75,5		76,3	74,9	77,8	ns
PROFUNDIDAD	11,6	10,7	12,5		11,2	10,3	12,1	ns
PP MAPA	47,3	46,1	48,5		49,8	48,4	51,2	ns
RISER	2,3	2,0	2,6		2,3	2,0	2,6	ns
NO DIPPER	30,8	29,8	31,7		35,4	34,4	36,4	<0,05
DIPPER	63,8	62,5	65,2		61,5	60,2	62,9	ns
DIPPER EXTREMO	3,1	2,8	3,4		0,8	0,6	0,9	<0,05

La Tabla 3 muestra los resultados en la primera y en la última MAPA de los pacientes con DM o GBA.

Tabla 3. Resultados inicial y final en pacientes con DM o GBA

N=42	INICIAL	IC 95%			FINAL	IC 95%		p
SEXO (MUJER %)	42,9							
EDAD (AÑOS)	59,9	57,41	62,3		61,5	59,1	64,0	ns
TIEMPO TRANSCURRIDO (MESES)					18,9	15,3	22,5	
IMC	29,1	28,2	30,1		29,4	26,8	36,4	ns
PERÍMETRO ABDOMINAL (CM)	101,1	98,3	104,0		100,5	97,4	103,7	ns
PESO (KG)	80,2	76,6	83,8		80,8	77,0	84,6	ns
FUMADOR (%)	9,5	8,6	10,5		7,1	6,3	8,0	<0,05
BEBE ALCOHOL (% SI)	85,7	82,9	88,5		78,6	75,9	81,2	<0,05
UNIDADES/SEMANA ALCOHOL	77,3	42,1	77,3		36,8	22,2	51,5	ns
SEDENTARIO (%)	9,5	8,6	10,5		7,1	6,7	7,6	<0,05
GRADO HTA 0	35,7	33,9	37,5		23,8	22,3	25,3	<0,05
GRADO HTA 1	47,6	45,5	49,7		47,6	45,5	49,7	ns
GRADO HTA 2	16,7	15,4	17,9		28,6	27,0	30,2	<0,05
PAS AMB	144,6	139,9	149,3		148,4	143,9	153,0	ns
PAD AMB	84,3	80,9	87,7		85,4	82,2	88,7	ns
PP AMB	60,3	57,0	63,6		63,0	59,0	67,0	ns
DISLIPEMIA	85,7	82,9	88,5		90,5	87,6	93,3	ns
GLUCEMIA BASAL ALTERADA	66,7	64,2	69,1		38,1	36,2	40,0	<0,05
DIABETES	33,3	31,6	35,1		35,7	33,9	37,5	ns
GBA O DIABETES	100,0	97,0	103,0		73,8	71,2	76,4	<0,05

N=42	INICIAL	IC 95%		FINAL	IC 95%		p
SDME METABÓLICO	64,3	61,9	66,7	54,8	52,5	57,0	<0,05
LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA	9,5	8,6	10,5	16,7	15,4	17,9	<0,05
ENF CARDIO-CEREBRO VASC	2,4	1,9	2,8	4,8	4,1	5,4	<0,05
ENF RENAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	ns
RCV PROMEDIO	2,4	1,9	2,8	0,0	0,0	0,0	<0,05
RCV BAJO	4,8	4,1	5,4	2,4	1,9	2,8	<0,05
RCV MODERADO	16,7	15,4	17,9	21,4	20,0	22,8	<0,05
RCV ALTO	73,8	71,2	76,4	69,0	66,5	71,6	<0,05
RCV MUY ALTO	2,4	1,9	2,8	7,1	6,3	8,0	<0,05
PAS ACTIVIDAD	127,3	125,7	128,9	131,6	127,6	135,7	ns
PAD ACTIVIDAD	78,1	76,8	79,4	79,5	76,6	82,4	ns
PAS DESCANSO	112,9	111,5	114,2	117,2	113,2	121,1	ns
PAD DESCANSO	65,2	63,9	66,4	67,9	65,3	70,6	ns
PAS SERIE	122,1	120,5	123,7	126,6	122,6	130,5	ns
PAD SERIE	73,4	72,2	74,6	75,5	72,9	78,0	ns
PROFUNDIDAD	11,3	10,4	12,1	10,9	9,5	12,4	ns
PP MAPA	48,7	47,4	49,9	51,1	48,5	53,7	ns
RISER	2,4	2,1	2,6	0,0	0,0	0,0	<0,05
NO DIPPER	26,2	25,3	27,1	40,5	38,6	42,4	<0,05
DIPPER	71,4	70,0	72,9	59,5	57,2	61,9	<0,05
DIPPER EXTREMO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	ns

Por último, la Tabla 4 muestra los resultados en la primera y en la última MAPA de los pacientes sin DM ni GBA.

Tabla 4. Resultados inicial y final en pacientes sin DM ni GBA

N=88	INICIAL	IC 95%		FINAL	IC 95%		p
SEXO (MUJER %)	42,0						
EDAD (AÑOS)	56,0	53,7	58,3	57,6	55,3	59,9	ns
TIEMPO TRANSCURRIDO (MESES)				19,6	17,5	21,7	
IMC	29,1	28,1	30,1	32,7	25,6	39,7	ns
PERÍMETRO ABDOMINAL (CM)	98,7	96,5	101,0	98,8	96,6	100,9	ns
PESO (KG)	78,6	75,5	81,7	78,6	75,3	81,8	ns
FUMADOR (%)	11,4	10,7	12,1	6,8	6,3	7,4	<0,05
BEBE ALCOHOL (% SI)	52,3	51,0	53,5	43,2	41,8	44,6	<0,05
UNIDADES/SEMANA ALCOHOL	30,5	16,8	44,2	25,0	13,1	36,9	ns
SEDENTARIO (%)	3,4	3,0	3,8	4,5	4,1	5,0	<0,05
GRADO HTA 0	48,9	47,4	50,3	46,6	45,2	48,0	<0,05
GRADO HTA 1	36,4	35,1	37,6	38,6	37,3	39,9	<0,05
GRADO HTA 2	13,6	12,9	14,4	13,6	12,9	14,4	<0,05
PAS AMB	139,5	135,9	143,2	140,0	136,4	143,5	ns
PAD AMB	84,9	83,2	86,7	85,1	83,2	87,1	ns
PP AMB	54,6	51,3	57,9	54,8	51,6	58,1	ns
DISLIPEMIA	90,9	88,9	92,9	84,1	82,2	86,0	<0,05
GLUCEMIA BASAL ALTERADA	0,0	0,0	0,0	13,6	12,9	14,4	<0,05
DIABETES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	ns
GBA O DIABETES	0,0	0,0	0,0	13,6	12,9	14,4	<0,05
SDME METABÓLICO	27,3	26,2	28,4	33,0	31,8	34,2	<0,05
LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA	4,5	4,1	5,0	4,5	4,1	5,0	ns
ENF CARDIO-CEREBRO VASC	9,1	8,5	9,7	9,1	8,5	9,7	ns
ENF RENAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	ns
RCV PROMEDIO	4,5	4,1	5,0	5,7	5,2	6,2	<0,05
RCV BAJO	20,5	19,5	21,4	15,9	15,1	16,7	<0,05
RCV MODERADO	28,4	27,3	29,5	26,1	25,1	27,2	<0,05
RCV ALTO	36,4	35,1	37,6	40,9	39,6	42,2	<0,05

N=88	INICIAL	IC 95%		FINAL	IC 95%		p
RCV MUY ALTO	10,2	9,6	10,9	11,4	10,7	12,1	ns
PAS ACTIVIDAD	126,4	124,2	128,5	130,8	128,3	133,3	ns
PAD ACTIVIDAD	79,0	77,6	80,3	81,2	79,4	83,0	ns
PAS DESCANSO	111,3	109,2	113,4	115,9	113,6	118,2	<0,05
PAD DESCANSO	65,9	64,3	67,5	67,9	66,2	69,6	ns
PAS SERIE	121,2	119,2	123,3	126,0	123,6	128,3	<0,05
PAD SERIE	74,6	73,0	76,1	76,7	75,0	78,5	ns
PROFUNDIDAD	11,8	10,6	12,9	11,3	10,2	12,4	ns
PP MAPA	46,6	45,3	48,0	49,2	47,6	50,9	ns
RISER	2,3	2,0	2,5	3,4	3,0	3,8	<0,05
NO DIPPER	33,0	31,8	34,2	33,0	31,8	34,2	ns
DIPPER	60,2	58,6	61,8	62,5	60,9	64,1	ns
DIPPER EXTREMO	4,5	4,1	5,0	1,1	0,9	1,4	<0,05

De modo comparado, en la Tabla 5 se muestran los perfiles dipper y no dipper al principio y al final del estudio.

Tabla 5. MAPA inicial y final en pacientes con y sin DM ni GBA.

		INICIAL	IC 95%		FINAL	IC 95%		p
DM O GBA	NO DIPPER	26,2	25,3	27,1	40,5	38,6	42,4	<0,05
	DIPPER	71,4	70,0	72,9	59,5	57,2	61,9	<0,05
NO DM NI GBA	NO DIPPER	33,0	31,8	34,2	33,0	31,8	34,2	ns
	DIPPER	60,2	58,6	61,8	62,5	60,9	64,1	ns

DISCUSIÓN

Este estudio evalúa las características de las MAPAs y su evolución temporal en pacientes con DM o GBA frente a pacientes sin DM ni GBA. Son todos pacientes sin tratamiento antihipertensivo para evitar el efecto de dicho tratamiento sobre el perfil circadiano de la presión arterial y de los parámetros de la MAPA. Es un estudio realizado enteramente en un CS.

Se incluyen pacientes con GBA por el hecho de que en la mayoría de los casos, los individuos pasan por una fase de prediabetes antes de desarrollar DM. Además, comparten mecanismos fisiopatológicos y son susceptibles de intervención con cambios en el estilo de vida, por lo que es importante su estudio (18). Así mismo, no se incluyen pacientes con prediabetes diagnosticada mediante determinación de HbA1c o con intolerancia a los hidratos de carbono tras pruebas de sobrecarga oral a la glucosa, debido a sus desventajas en términos de conveniencia, coste y reproducibilidad (19).

En el estudio de todos los pacientes sin diferenciar DM o GBA, partimos de una baja prevalencia de lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular, pero con un riesgo cardiovascular alto en casi la mitad de los casos. Con este perfil la MAPA nos dio un resultado de 11,6 en cuanto a profundidad, fueron dipper el 63,8 % de los paciente y no dipper el 30,8%.

Tras 19 meses de media transcurridos y el trabajo habitual realizado en Atención Primaria en control, prevención y promoción de la salud, ha sido significativo el descenso del número de fumadores y del consumo de alcohol. Sin embargo, han aumentado los pacientes con riesgo cardiovascular muy alto a expensas de disminuir los pacientes con riesgo cardiovascular bajo. Así mismo, en cuanto al resultado de la segunda MAPA, es significativo el aumento de pacientes con perfil no dipper. También lo es el descenso perfil dipper extremo, si bien el número tan bajo de pacientes encontrados con este perfil hacen que seamos cautos con nuestras apreciaciones.

Si analizamos a los pacientes con DM o GBA frente a pacientes sin DM ni GBA, encontramos que al finalizar el estudio los dos grupos disminuyeron su hábito tabáquico y su consumo de alcohol, también el sedentarismo aunque solo en DM o GBA. El riesgo cardiovascular mejora en DM o GBA y empeora en pacientes sin DB ni GBA significativamente.

Estos datos nos hacen pensar que el control que se hace en Atención Primaria repercute positivamente en cuanto al perfil de los pacientes. En general se consigue un menor riesgo cardiovascular global. Sin embargo, en relación a la MAPA inicial y final, como muestra la Tabla 5, los pacientes con DM o GBA cambian su perfil hacia no dipper de manera significativa, mientras que los pacientes sin DM ni GBA no, sin que ese control de Atención Primaria tenga influencia.

Podríamos pensar en explicar este cambio basándonos en la reproducibilidad del perfil circadiano de la MAPA. Sin embargo, hemos tratado de minimizar este posible sesgo realizando MAPAs de 48 horas (10)(11).

Si tenemos en cuenta que los resultados recientes del Proyecto Hygia muestran que la PAS nocturna es el factor de riesgo derivado de la PA más significativo para los eventos de ECV, y que la disminución inducida por el tratamiento de la PAS nocturna, no diurna, se asocia con un riesgo significativamente menor de morbilidad y mortalidad por ECV (20) (21) (22), este nuevo resultado nos lleva a generalizar el control de nuestros pacientes con DM y GBA mediante la utilización de la MAPA, tanto en el diagnóstico como también en el seguimiento. De este modo podremos ajustar el tratamiento antihipertensivo cuando sea preciso al perfil circadiano de nuestros pacientes, disminuyendo su riesgo cardiovascular (23) (24).

CONCLUSIONES

Como respuesta al objetivo principal del presente estudio, podemos concluir que se produce un cambio hacia un perfil no dipper en los pacientes con DM o GBA frente a pacientes sin DM ni GBA, tras 1 año de seguimiento medio, en paciente sin tratamiento antihipertensivo.

Además, en estos pacientes, respondiendo a los objetivos secundarios sobre la descripción de los pacientes al principio y al final del seguimiento en cuanto a variables antropométricas, hábitos, riesgo cardiovascular, comorbilidades, y características de la MAPA, también se consiguen cambios de hábitos que se traducen en una disminución significativa del riesgo cardiovascular en los pacientes con DM o GBA.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal que trabaja y ha trabajado en el Centro de Saúde de Vilanova de Arousa a lo largo de los últimos años, contribuyendo a construir un espacio asistencial y docente de calidad, al que sin dudar podemos llamar casa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lastra G, Syed S, Kurukulasuriya LR, Manrique C, Sowers JR. Type 2 diabetes mellitus and hypertension: An update. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2014;43(1):103-122. doi:10.1016/j.ecl.2013.09.0052014.
- 2 Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Esp Cardiol.* 2016 Jun 1;69(6):572-8.
- 3 Díaz-Redondo A, Giráldez-García C, Carrillo L, Serrano R, García-Soidán FJ, Artola S, et al. Modifiable risk factors associated with prediabetes in men and women: A cross-sectional analysis of the cohort study in primary health care on the evolution of patients with prediabetes. *BMC Fam Pract.* 2015;16(1).
- 4 Giráldez-García C, Del Carmen Gómez M, Suárez D, Sánchez LG, Mur T, Pujol R, et al. E S P E C I A L E S Evolución de pacientes con prediabetes en Atención Primaria de Salud (PREDAPS): resultados del cuarto año de seguimiento. *Diabetes Práctica [Internet].* 2017;08(02):49-96. Available from: www.redgdps.org
- 5 Verdecchia P, Porcellati C, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Battistelli M, et al. Ambulatory Blood Pressure An Independent Predictor of Prognosis in Essential Hypertension [Internet]. *Hypertension.* 1994 Dec;24(6):793-801. Available from: <http://ahajournals.org>.
- 6 Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Watanabe N, Minami N, et al. Relation Between Nocturnal Decline in Blood Pressure and Mortality The Ohasama Study [Internet]. *AJH.* 1997;10(11):1201-1207. Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article-abstract/10/11/1201/148906>
- 7 Ayala DE, Moyá A, Crespo JJ, Castiñeira C, Domínguez-Sardiña M, Gomara S, et al. Circadian pattern of ambulatory blood pressure in hypertensive patients with and without type 2 diabetes. *Chronobiol Int.* 2013 Mar;30(1-2):99-115.
- 8 Hermida RC, Crespo JJ, Domínguez-Sardiña M, Otero A, Moyá A, Ríos MT, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. *Eur Heart J [Internet].* 2020 Dec 21;41(48):4565-4576; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31641769> Eur Heart J
- 9 Hermida RC, Moyá A, Ayala DE. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en diabetes para valoración y control de riesgo vascular. *Endocrinol Nutr.* 2015;62(8):400-410
- 10 Hermida RC, Ayala DE, Fernández JR, Mojón A, Calvo C. Influencia de la duración y la frecuencia de muestreo en la medición ambulatoria de la presión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(2):131-8.
- 11 Hermida RC, Ayala DE, Fontao MJ, Mojón A FJ. Ambulatory blood pressure monitoring: importance of sampling rate and duration--48 versus 24 hours--on the accurate assessment of cardiovascular risk. *Chronobiol Int.* 2013;30(1-2):55-67.

- 12 Hermida RC, Smolensky MH, Ayala DE, Portaluppi F, Crespo JJ, Fabbian F, et al. 2013 ambulatory blood pressure monitoring recommendations for the diagnosis of adult hypertension, assessment of cardiovascular and other hypertension-associated risk, and attainment of therapeutic goals. *Chronobiol Int.* 2013 Apr;30(3):355-410. doi: 10.3109/07420528.2013.750490.
- 13 Li S, Wang X, Zhao L, Chen M, Long J, Cheng W, et al. The characteristics of 24-hour ambulatory blood pressure monitoring and its relationship with cardiovascular target organ damage in Chinese Han patients with concomitant type 2 diabetes and hypertension. *Blood Press Monit.* 2019 Aug;24(4):167-73.
- 14 Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J [Internet].* 2018 Sep 1;39(33):3021-104. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
- 15 Eoin O'Brien, James Sheridan, Kevin O'Malley. Dippers and non-dippers. *Lancet.* 1988;332(8607):397.
- 16 Kario K, Pickering TG, Matsuo T, Hoshida S, Schwartz JE, Shimada K. Stroke Prognosis and Abnormal Nocturnal Blood Pressure Falls in Older Hypertensives [Internet]. *Hypertension.* 2001;38(4):852-857. Available from: <http://www.hypertensionaha.org>
- 17 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2019. *Diabetes Care [Internet].* 2019;42(s1). Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1
- 18 Khetan AK, Rajagopalan S. Prediabetes. *Can J Cardiol.* 2018 May;34(5): 615 -623. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X18300060>
- 19 Cases MM, Artola Menéndez S, Escalada J, Martín S, Loyola E, Carlos J, et al. Diabetes práctica 02 Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-consenso-sobre-deteccion-el-manejo-S1138359314004791>
- 20 Hermida RC, Ayala DE, Fontao MJ, Mojón A, Fernández JR. Asleep blood pressure: significant prognostic marker of vascular risk and therapeutic target for prevention. *Eur Heart J.* 2018 Dec 14;. 2018;39(47):4159-4171. doi: 10.1093/eurheartj/ehy475. PMID: 30107515.
- 21 Bruno RM, Taddei S. Asleep blood pressure: A target for cardiovascular event reduction? *Eur Heart J.* 2018;39(47):4172-4.
- 22 Hermida RC, Ayala DE, Smolensky MH, Fernández JR, Mojón A, Portaluppi F. Sleep-time blood pressure: Unique sensitive prognostic marker of vascular risk and therapeutic target for prevention. *Sleep Med Rev.* 2017. Jun;33:17-27. doi: 10.1016/j.smrv.2016.04.001. Epub 2016 Apr 14.
- 23 Shen J, Li ZM, He LZ, Deng RS, Liu JG, Shen YS. Comparison of ambulatory blood pressure and clinic blood pressure in relation to cardiovascular diseases in diabetic patients. *Med (United States).* 2017;96(33).
- 24 Grossman A, Grossman E. Blood pressure control in type 2 diabetic patients. *Cardiovasc Diabetol.* 2017; 16(1):3. Published 2017 Jan 6. doi:10.1186/s12933-016-0485-3

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- El patrón no dipper se asocia a mayor riesgo cardiovascular, mayor morbi-mortalidad y lesiones de órganos diana.
- Los pacientes con DM tienen una prevalencia mayor de HTA con patrón no dipper.

Qué aporta este estudio

- Los pacientes con DM o GBA cambian su perfil hacia no dipper de manera significativa, mientras que los pacientes sin DM ni GBA no.
- El seguimiento con MAPA en los pacientes con DM o GBA ayuda a mejorar el cambio de hábitos, lo que se traduce en una disminución significativa del riesgo cardiovascular.

Crisis Addisoniana

Addisonian Crisis

María Goretti Buceta Eiras¹

¹ MÉDICO ASISTENCIAL 061 GALICIA. BASE DOBLE OURENSE, HOSPITAL CRISTAL

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: María Goretti Buceta Eiras. E-mail: gorettibuceta@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En 1849 Thomas Addison describió un síndrome clínico que cursaba con anemia, palidez, debilidad y deterioro del estado del estado general, y que terminaba en el fallecimiento de los pacientes. En la autopsia de los tres casos descritos se encontró afectación de las glándulas suprarrenales (infiltración maligna, atrofia e hipertrofia).

La insuficiencia suprarrenal aguda, también llamada Crisis Addisoniana, se produce por un fallo repentino o defectuoso de la producción de corticoides, así como una interrupción del tratamiento corticoideo crónico, o no adecuar la dosis necesaria a situaciones de estrés, por ejemplo en el caso de alguna patología concomitante.

La prevalencia exacta de la insuficiencia suprarrenal aguda es desconocida, puede presentarse a cualquier edad y de forma repentina. Su instauración tiene lugar en horas y da lugar a cuadros clínicos de gran morbilidad que requieren un reconocimiento y tratamiento precoz¹⁻⁷.

El pronóstico depende de la etiología, pero suele estar relacionado con la rapidez del diagnóstico y su tratamiento. Si los pacientes reciben una asistencia médica apropiada, el fallecimiento es infrecuente.

Las causas son variadas^{2,4,5,7-10} (tabla 1), las más frecuentes suelen estar relacionadas con situaciones de estrés, como en el caso de las infecciones (tuberculosis, VIH, infección por CMV), intervenciones quirúrgicas (suprarrenalectomía bilateral), por afectación del eje hipotálamo-hipofisario (tumores primarios o metastásicos, traumatismos craneo-encefálicos), enfermedades infiltrativas (amiloidosis, sarcoidosis), supresión del tratamiento crónico con corticoides.

En el caso de pacientes con insuficiencia suprarrenal conocida, hay algunas causas que pueden precipitar una crisis suprarrenal, como las infecciones agudas, los traumatismos, las intervenciones quirúrgicas... en definitiva, todo lo que suponga un episodio de estrés agudo en el que la génesis de corticoides se vea comprometida.

Tabla 1. Causas de insuficiencia suprarrenal aguda

C A U S A S P R I M A R I A S	Adrenalitis autoinmune	C A U S A S S E C U N D A R I A S	Por supresión del eje hipotálamo-hipofisario:
	Aislada (enfermedad de Addison)		Interrupción brusca de tratamiento prolongado con glucocorticoides: causa secundaria más frecuente
	Síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 o 2		Otros fármacos: acetato de megestrol, opioides, medroxiprogesterona, topiramato
	Inmunoterapia (anti-CTLA4, anti-PD1, anti-PDL1)		Después del tratamiento del síndrome de Cushing endógeno
	Infecciones: tuberculosis, micosis, parasitosis, sífilis, VIH, CMV		Por afectación hipotálamo-hipofisario:
	Metástasis adrenales bilaterales: pulmón, mama, melanoma, colon, linfoma		Tumores primarios (adenomas hipofisarios, craneofaringiomas, gliomas, meningioma) o metastásicos (mama, pulmón, melanoma)
	Enfermedades infiltrativas: hemocromatosis, amiloidosis, sarcoidosis		Infecciones: abscesos, tuberculosis, otras
	Vascular: hemorragia o trombosis suprarrenal bilateral		Enfermedades infiltrativas: sarcoidosis, histiocitosis, hemocromatosis, Wegener
	Genética		Hipofisitis: linfocítica, granulomatosa, otras
	Hiperplasia suprarrenal congénita, formas con pérdida de sal		Traumatismos craneoencefálicos
	Adrenoleucodistrofia, hipoplasia suprarrenal congénita (formas parciales) o lipoidea		Hemorragia postparto (síndrome de Sheehan)
	Falta de respuesta a ACTH por insensibilidad del receptor		Enfermedades genéticas con déficit aislado de ACTH o panhipopituitarismo, síndrome Prader Willi
	Quirúrgica: suprarrenalectomía bilateral		latrogénica: cirugía, radioterapia, terapia inmune (anti-CTLA4, anti-PD1, anti-PDL1)
	Anticoagulantes, ketoconazol, etomidato, fluconazol, itraconazol, rifampicina, fenitoína, mitotane, tiroxina, carbamazepina, fenobarbital, oxcarbazepina, clorpromacina, imipramina.		
I N S U F · S U P R A R R E N A L *	Procesos médico-quirúrgicos		
	Infecciones agudas, especialmente gastroenteritis con vómitos y diarrea		
	Infarto miocárdico		
	Traumatismos, dolor intenso, heridas		
	Reacciones alérgicas severas		
	Hipoglucemias severas en pacientes diabéticos		
	Alteraciones psiquiátricas subyacentes		
	Pruebas diagnósticas invasivas		
	Cirugía mayor		
	Fármacos que aumentan el metabolismo del cortisol o inhiben su síntesis		
	Abandono terapéutico por el paciente o finalización brusca del tratamiento corticoideo		
	Fármacos que aumentan el metabolismo de los mineralocorticoides o inhiben su acción (litio, progesterona, drospirenona, fenitoína)		
	Procesos que no suponen enfermedad:		
	Embarazo		
	Estrés emocional importante		
	Ejercicio extenuante		
	Exposición a calor y humedad inusual		
	Cambio de ritmo circadiano o del ritmo de ingesta (viajes, Ramadán, turnos de trabajo, guardias)		

*Pacientes con insuficiencia suprarrenal conocida

Fisiopatología⁶

En la insuficiencia suprarrenal primaria, se produce la destrucción progresiva de la corteza suprarrenal, lo que produce un déficit de cortisol, aldosterona y andrógenos. La secundaria se caracteriza por una hipofunción suprarrenal debida a un déficit en la ACTH hipofisaria.

Para hacer un breve recuerdo de la fisiología, recordemos que las glándulas suprarrenales están divididas en dos partes: corteza y médula. A su vez, la corteza se subdivide en tres zonas:

- glomerulosa, que produce aldosterona,
- fasciculada, responsable de la síntesis de glucocorticoides,
- reticularis, produce predominantemente andrógenos.

La ACTH circula, desde su producción en el hipotálamo, hasta las glándulas suprarrenales produciendo la síntesis y liberación de cortisol y de otros corticosteroides. A su vez, el cortisol ejerce un feed-back negativo en glándulas suprarrenales, hipófisis e hipotálamo para disminuir la producción y secreción de cortisol, controlando de esta manera la secreción de corticotropina, hormona liberadora de corticotropina y de vasopresina.

La biosíntesis de todas las hormonas esteroideas de la corteza suprarrenal es dependiente de la ACTH. En ausencia de ACTH sólo se produce un 10% de la tasa de síntesis de esteroides.

El déficit en los glucocorticoides produce hipotensión, y el déficit de mineralcorticoides determina la depleción de volumen por falta de reabsorción de sodio y agua)

Clínica¹⁰

- Inestabilidad hemodinámica severa con signos de hipovolemia, deshidratación e hipotensión.
- Astenia con debilidad muscular proximal.
- Anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal y alteración del tránsito intestinal (diarrea y/o estreñimiento)
- Fiebre (idiopática o asociada a una infección)
- Alteración cognitiva con cefalea o alteración del nivel de conciencia (desde somnolencia hasta coma)
- En los casos en los que existía una insuficiencia suprarrenal crónica puede aumentar la hiperpigmentación.

Diagnóstico

Existen unos criterios diagnósticos que se muestran en la tabla 2. Es necesario un criterio A o B para el diagnóstico:

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la insuficiencia suprarrenal aguda

<i>A. Deterioro marcado/severo del estado general + mínimo 2 de los siguientes:</i>
TAS <100mmHg (hipotensión)
Náuseas o vómitos
Somnolencia o desorientación
Fiebre
Hiponatremia (<132 mEq/L) o hiperpotasemia
Hipoglucemia
<i>B. Mejoría/remisión rápida de los síntomas después de la administración parenteral de glucocorticoides (hidrocortisona)</i>

Tratamiento⁷⁻¹⁰

Consiste en elevar de forma inmediata los niveles circulantes de glucocorticoides y reponer la deficiencia de sodio y agua.

En la urgencia extrahospitalaria se instaurarán medidas de soporte, siguiendo el ABC de la urgencia prehospitalaria, con control de la vía aérea, oxígeno si precisa y fluidoterapia para mantener la tensión arterial en límites normales. En el caso de la fluidoterapia, si el paciente tiene una tensión arterial sistólica menor a 100 mm Hg, se iniciaría con 1000 ml de suero fisiológico al 0.9% en la primera hora, seguido de 500 ml en la segunda hora, y posteriormente ajustando según las necesidades. Se recomienda el sondaje vesical para valorar la diuresis y el estado de hidratación del paciente.

Se podrían pautar también antitérmicos, si presenta fiebre, y suero glucosado hipertónico al 50% (glucosmón 20 ml intravenosos) en el caso de objetivar una glucemia inferior a 80 mg/dl.

Cuando existe una alta sospecha de insuficiencia suprarrenal aguda, como es el caso del abandono de la corticoterapia crónica, se podría administrar un bolo de glucocorticoides con Hidrocortisona (Actocortina®) 100 mg intravenosos cada ocho horas. Si no tuviésemos hidrocortisona, podría administrarse Metilprednisolona (Urbason®) 20 mg cada doce horas intravenoso, o incluso Dexametasona 4 mg intravenosos cada doce horas.

Se debe tratar la enfermedad subyacente, por ejemplo, en caso de infecciones administrar antibioterapia empírica según la sospecha clínica.

CONCLUSIONES

Se trata de una patología poco frecuente pero de alta gravedad, con un difícil diagnóstico diferencial en la medicina extrahospitalaria, pero que debemos tener en cuenta cuando nos encontremos bajo nivel de consciencia, fiebre y deshidratación, en un paciente a tratamiento prolongado con glucocorticoides, y sometido a una situación de estrés; dado que se trata de una condición potencialmente letal si no se identifica y trata adecuadamente y de forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 B. Allolio. Extensive expertise in endocrinology. Adrenal crisis. *Eur J Endocrinol.*, 172 (2015), pp. R115-R124.
- 2 A. Aulinas, F. Casanueva, F. Goñi, S. Monereo, B. Moreno, A. Picó, et al. Insuficiencia suprarrenal y su tratamiento sustitutivo. Su realidad en España. *Endocrinol Nutr*, 60 (2013), pp. 136-143.
- 3 I. Bancos, S. Hahner, J. Tomlinson, W. Arlt. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol.*, 3 (2015), pp. 216-226.
- 4 S.R. Bornstein, B. Allolio, W. Arlt, A. Barthel, A. Don-Wauchope, G.D. Hammer, et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*, 101 (2016), pp. 364-389.
- 5 A. Cutright, S. Ducey, C.L. Barthold, J. Kim. Recognizing and managing adrenal disorders in the emergency department. *Emerg Med Pract.*, 19 (2017), pp. S1-S2.
- 6 I. Halperin, F.A. Hanzu. Enfermedades de las glándulas suprarrenales. XVIII edición, Elsevier, (2016), pp. 1981-1996.
- 7 P. Miguel Novoa, E.T. Vela, N.P. García, M.M. Rodríguez, I.S. Guerras, J. Martínez de Salinas, Área de Conocimiento del Grupo de Neuroendocrinología de la SEEN., et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal en el adulto. *Endocrinol Nutr.*, 1 (2014), pp. 1-35.
- 8 M. Quinkler, B. Ekman, P. Zhang, A.M. Isidori, R.D. Murray, EU-AIR Investigators. Mortality data from the European Adrenal Insufficiency Registry-Patient characterization and associations. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 89 (2018), pp. 30-35.
- 9 P.M. Stewart, J.D. Newell-Price, M. Lowe, U. Kaiser, K. Ho, S. Melmed, et al. The hypophysis and hypothalamus. *Williams' Textbook of Endocrinology*, 13.^a edición, pp. 110-298.
- 10 Araujo Castro, M. Currás Freixes, P. de Miguel Novoa, P. Gracia Gimeno, C. Álvarez Escoláe, F.A. Hanzu. Guía para el manejo y la prevención de la insuficiencia suprarrenal aguda. *Endocrinología Elsevier Vol. 67. Núm. 1*, páginas 53-60, enero 2020.

Tos persistente por mala uva

Chronic cough due to bad grape

Tose persistente por mala uva

Alba López Souto¹, Jesús Combarro Mato²

¹ MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. C.S. CULLEREDO. A CORUÑA

² MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. C.S. CULLEREDO. A CORUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alba López Souto. Correo electrónico: alba.lopez.souto@sergas.es

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Págs. 28-29

INTRODUCCIÓN

Mujer, 69 años.

Antecedentes personales:

- Hemorragia digestiva alta por duodenitis erosiva en 2005.
- Tromboembolismo pulmonar en 2014.
- Niega consumo de tóxicos o tratamiento habitual.
- Esfera bio-psico-social: Ama de casa. Vive con su marido en una vivienda unifamiliar.

Acudió a Urgencias por tos con expectoración blanquecina y dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas de ocho días de evolución, con hipofonesis basal derecha en la exploración. Se realiza radiografía de tórax (figura 1), objetivando condensación en lóbulo inferior derecho, diagnosticándose de neumonía y pautándose antibiótico (Cefditoreno y azitromicina).

Figura 1: Evolución radiográfica del proceso



Posteriormente y durante tres meses, acude en múltiples ocasiones a nuestra consulta por tos y molestias torácicas, ensayándose múltiples tratamientos (Levofloxacino, Mepifilina, Budesonida/Formoterol, Prednisona...), sin mejoría definitiva de la sintomatología, sufriendo una importante repercusión en su vida diaria, preguntándose continuamente si podría tratarse de un cáncer. No disnea, fiebre, reflujo gastroesofágico, hemoptisis ni síndrome general.

En cuanto a la radiografía de tórax, y pese a la aparente mejoría inicial, se objetiva atelectasia de lóbulo medio (figura 1).

DIAGNÓSTICO

Estamos ante una paciente con tos crónica por lo que debemos plantearnos diagnóstico diferencial entre: EPOC/asma, goteo postnasal, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)...

Sin embargo, por la presencia de síntomas de alarma (evolución tórpida con escasa respuesta al tratamiento) decidimos derivarla a la vía rápida del Servicio de Neumología, donde se realiza un TC toracoabdominal con colapso de lóbulo medio y adenopatías hiliares derechas. Se completa estudio con PET-TC, objetivando ocupación de la luz bronquial y aumento patológico del metabolismo glucídico.

Finalmente, se realiza broncofibroscopia, extrayéndose una lesión redondeada negruzca de lóbulo medio, resultando ser un cuerpo extraño (semilla de uva, figura 2).

Figura 2: Cuerpo extraño extraído (semilla de uva)



La paciente no recordaba el momento del atragantamiento, mostrándose aliviada con el diagnóstico final y presentando resolución progresiva de la clínica tras la intervención.

CONCLUSIÓN

La tos tiene como función proteger la vía aérea de partículas extrañas, constituyendo un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria¹ por lo que su conocimiento adquiere gran relevancia.

Es aguda si su duración es menor de tres semanas, subaguda de 3 a 8 semanas, y crónica si se prolonga más allá de 2 meses².

Entre las causas más frecuentes en nuestro ámbito se encuentran: asma y EPOC, tabaco, tratamiento con IECAs, goteo postnasal y ERGE. Asimismo, podemos encontrar desencadenantes ambientales, infecciones como la tuberculosis o patología oncológica^{1,2,3}.

En cuanto a su abordaje, realizaremos una exigente anamnesis. Tras una exploración que incluya cabeza y cuello y auscultación pulmonar, solicitaremos las pruebas complementarias que consideremos oportunas (analítica, radiografía, pruebas de función respiratoria...). Una vez descartado lo más frecuente derivaremos al paciente para completar estudios¹.

Ante la presencia de síntomas de alarma (radiografía sospechosa, mala evolución del proceso infeccioso, síndrome general, hemoptisis, disnea, disfagia, dolor torácico persistente, nula respuesta a tratamiento...) ^{1,3} debemos derivar al paciente a la vía rápida de cáncer de pulmón que permite agilizar el proceso diagnóstico.

En cuanto a los cuerpos extraños, su presencia (si bien no es despreciable) es más frecuente en población infantil y pacientes con demencia y/o problemas deglutorios. Su localización más común es el lóbulo principal derecho, siendo la tos y las sibilancias los síntomas más frecuentes. Además, si el material aspirado es orgánico suele desarrollarse neumonía⁴

Por tanto, el papel del médico de familia, y su visión longitudinal de los pacientes, resulta fundamental para detectar síntomas de alarma que podrían desenmascarar patologías graves. Asimismo, es vital una fluida comunicación con la atención hospitalaria para llegar a un diagnóstico temprano. Sin embargo, la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad, exigiéndonos tener en mente patologías no tan frecuentes como la del caso que nos ocupa.

Se dispone del consentimiento informado para la presentación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fistera [sede Web]. A Coruña: Elsevier; [última revisión el 19 de marzo del 2020]. De González Delgado ML, Alcorta Michelena I. Tos crónica en adultos. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/tos-cronica-adultos/>.
- 1 Uptodate. Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger. Evaluation of subacute and chronic cough in adults [Sede Web]. Jun 23, 2017; Oct 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 2 Pacheco A, De diego A, Domingo C, Lamas A, Gutierrez R, Naberan K, Garrigues V et al. Tos crónica. Normativa SEPAR. Arch Bronconeumol. 2015;51(11):579-89.
- 1 Uptodate. Wes Shepherd. Airway foreign bodies in adults [Sede Web]. Nov 09, 2020; Feb 2021. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

ELA y penfigoide ampolloso. A propósito de un caso

ELA and bullous pemphigoid. About a case

Santiago Fernández Blas¹, Beatriz López Gómez², Carlos Menéndez Villalva³

¹ MÉDICO RESIDENTE DE 4º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CS A CUÑA-MARIÑAMANSA. OURENSE

² MÉDICO RESIDENTE DE 3º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CS A CUÑA-MARIÑAMANSA. OURENSE

³ MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CS A CUÑA-MARIÑAMANSA. OURENSE

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Santiago Fernández Blas. e-mail: santiago417@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Págs. 30-31

INTRODUCCIÓN

Varón, 80 años, diabético no insulínico, obeso con hiperuricemia, aneurisma de aorta abdominal en seguimiento por Cirugía Vascular, síndrome apnea-hipopnea del sueño (SAHS) con CPAP nocturna en domicilio y diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), forma hemipléjica de Mills, desde hace 4 años. Actualmente, vida cama sillón, incontinencia fecal y urinaria y dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Su tratamiento actual consta de Baclofeno 10mg 1comprimido cada 8 horas, Alopurinol 100mg 1comprimido al día, Escitalopram 15 mg 1comprimido al día y Calcifediol 0.266mg 1ampolla bebible cada 24 horas.

Comienza con lesiones eritematosas pruriginosas en zonas de presión (espalda y parte posterior de brazo derecho) (figura 1) que evolucionan a lesiones ampollas en otras zonas anatómicas que no guardan relación con la compresión (zona abdominal, parte anterior muslo izquierdo...) con signo de Nikolsky negativo. Se pauta tratamiento con hidratación y corticoide tópico con nula mejoría, llegando a presentar incluso empeoramiento clínico.

Figura 1: lesiones ampollas



DIAGNÓSTICO

Se sospecha de enfermedad ampollas, realizamos analítica general, incluyendo antidesmogleína 1 y 3 y anticuerpos penfigoide buloso BP230 (BPAG1) y BP180 (BPAG2), siendo positivo este último.

Posteriormente y ante los resultados obtenidos, biopsiamos la lesión ampollas en el domicilio del paciente, objetivando anatomopatológicamente una dermatitis ampollas subepidérmica, con cambios compatibles con penfigoide ampolloso (PA).

Se deriva a Dermatología para control y seguimiento. El tratamiento administrado fue prednisona 30mg diarios en pauta descendente, resolviéndose el cuadro.

CONCLUSIONES

Presentamos un caso clínico de paciente con ELA que desarrolla PA en tronco y extremidades superiores.

El PA es una enfermedad autoinmune frecuentemente observada en pacientes de edad avanzada. Su diagnóstico se establece según características clínicas, histológicas e inmunopatológicas. El PA se caracteriza por la presencia de ampollas tensas asentadas en piel normal o eritematosa que tienen predilección por las extremidades y frecuentemente tiende a generalizarse. En el estudio histológico se observa una ampolla subepidérmica, con predominio de eosinófilos. Los estudios de inmunofluorescencia directa de piel perilesional muestran depósitos lineales de IgG y/o C3 en la zona de la membrana basal. Pueden utilizarse corticosteroides tópicos para el penfigoide localizado; para el generalizado se utilizan dosis altas de corticosteroides y otros fármacos inmunosupresores, como dapsone y azatioprina. El PA es una enfermedad autolimitada, pero su curso y pronóstico va a depender del estado general del paciente.

El PA se asocia a enfermedades neurológicas como es el caso de nuestro paciente, diagnosticado de ELA. Esta asociación con enfermedades neurológicas no es casual ya que existen estudios, que tratan acerca de la relación entre ELA y PA.

Entre los resultados obtenidos de los estudios destacan (1):

- La duración media de la enfermedad desde el inicio de la ELA hasta la aparición de la PA es de $5,6 \pm 3,1$ años.
- Todos los pacientes presentes en los estudios, tenían ELA de inicio en una extremidad.
- PA se confirmó histopatológicamente en todos casos y se observó hipereosinofilia con mayor frecuencia (77,8%).
- Cuando se presentó la PA, el estado de los pacientes con ELA fue parética y/o postrada en cama en todos los casos.
- PA se presentó en todo el cuerpo, y confirmamos que las lesiones ampollosas estaban presentes no solo en el sitio de compresión.
- El tratamiento para la PA fue exitoso, ya que la prednisona oral y/o los corticosteroides locales fueron eficaces en todos los casos.

La asociación no parece casual y los estudios sugieren que existe una patogénesis autoinmune consistente en una reacción cruzada entre el antígeno 1 del PA y la proteína distonina, que está involucrada en la organización/ integridad del citoesqueleto neuronal. (2)

Se dispone del consentimiento informado del paciente para la publicación de este caso y de las imágenes adjuntas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nakane S, Izumi Y, Oda M, Kaji R, Matsuo H. A potential link between amyotrophic lateral sclerosis and bullous pemphigoid: Six new cases and a systematic review of the literature. Vol. 55, Internal Medicine. 2016. p. 1985–90.
- 2 García-Estévez DA, Peón-Currás G, Bal-Nieves F. Bullous pemphigoid and amyotrophic lateral sclerosis. Rev Neurol. 2008;47(10):525–6.

El difícil diagnóstico de la pérdida ponderal con dolor abdominal: cuando las pruebas dicen que el paciente miente

The difficult diagnosis of ponderal loss with abdominal pain: when the tests say the patient is lying

Salvador García-Ruise¹; Laura Peteiro Mahía²; Flavia Polanco Teijo³

¹ MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SALUD DE BETANZOS. SERVICIO GALLEGO DE SALUD. EN COMISIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

² ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE LUGO. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

³ ENFERMERA. CONSULTORIO DE IRIXOA. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Salvador García Ruise. E-mail: salvador.garcia.ruise@sergas.es

INTRODUCCIÓN

En las consultas de atención primaria solucionamos cada día problemas en prácticamente todas las áreas de la patología médica, desde cardiovasculares a génitourinarios (1). Entre ellos encontramos los trastornos de la conducta alimentaria, que sin producir anorexia/bulimia pueden condicionar comportamientos en los sujetos, principalmente mujeres adolescentes y jóvenes (2)(3), con consecuencias desadaptativas derivadas de la necesidad de aprobación y la sobrevaloración del cuerpo (4), llegando a psicopatología alimentaria que afecte el estado de salud (5).

DIAGNÓSTICO

En este contexto, presentamos el caso de una mujer de 31 años, con los antecedentes patológicos de teratoma ovárico izquierdo de larga evolución (quiste dermoide benigno) y síndrome de Ehlers-Danlos, sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal ni enfermedad inflamatoria intestinal, que presentaba pérdida de peso (IMC 17,2, previa al cuadro IMC 19,5), dolor abdominal crónico recidivante en fosa ilíaca e hipocóndrio derechos, y dispepsia con epigastralgia.

El seguimiento del teratoma había implicado tomografías, resonancias, ileoscopia, evidenciando ausencia de lesiones pélvicas.

Con el objetivo de diferenciar enfermedad orgánica de un trastorno funcional (6), dadas anamnesis y exploración física anodinas, y cumpliendo criterios de Roma IV para varias causas (7), se inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y resultado modesto.

Más adelante, se solicitaron analíticas que mostraron mínimas alteraciones en la ferrocínica y déficit leve de vitamina D, ecografía y colonoscopia que solo mostraron la lesión anexial ya conocida.

El dolor fue aumentando, precisando analgesia con opioides mayores, y evidenciándose un síndrome depresivo larvado, tratado con antidepresivos sin buena respuesta.

Derivada al segundo nivel asistencial, no se encuentra la causa del cuadro, que sigue empeorando. Se consolida la sospecha de trastorno dismórfico corporal con comportamientos anorexígenos secundarios y síndrome de conversión.

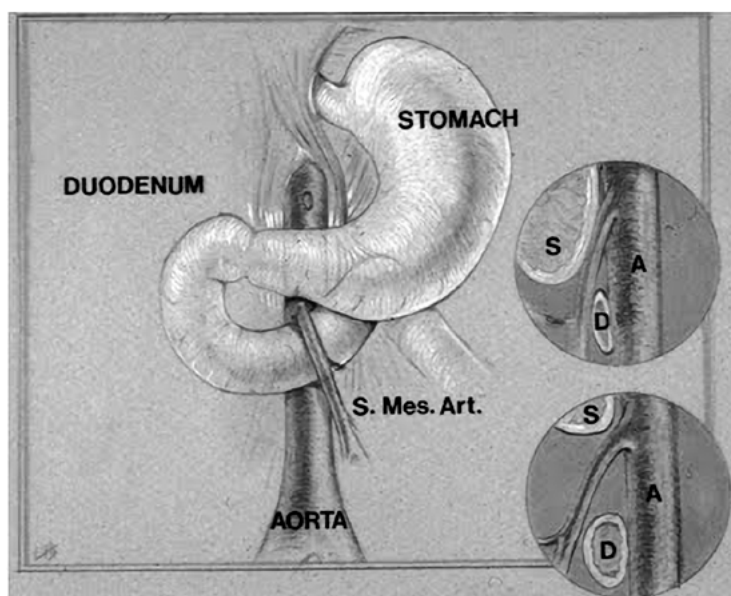
Finalmente, una angio-resonancia de abdomen y de tubo digestivo muestran "disminución del ángulo aortomesentérico de aproximadamente 20° (normal de 38 a 65 grados) y disminución de la distancia en el plano axial entre la aorta y la arteria mesentérica superior (5 mm, normal >8 mm), (...) síndrome de pinzamiento aortomesentérico", (Síndrome de Wilkie), además del quiste dermoide ovárico conocido.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) es una causa poco frecuente de oclusión intestinal alta, afectando al 0'013-0'3% de la población general (8). Sin embargo, algunos autores apuntan a una incidencia real **desconocida**, al tratarse de un cuadro poco sospechado y por ello infradiagnosticado, ya que puede producir diferentes grados de obstrucción, algunos de ellos asintomáticos (9)(10)(11).

Se provoca una compresión del duodeno en su tercera porción, debida a un estrechamiento del espacio entre la AMS y la aorta, que motiva síntomas de oclusión intestinal alta sin alteraciones exploratorias o analíticas (12) (figura 1). Puede precisar cirugía de urgencias (11).

Figura 1.



Autor: Dani.vargasc, CC0, via Wikimedia Commons. Obtenido de la Wikipedia, disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%Adndrome_de_Wilkie, accedido 11/03/21

La causa más frecuente de este cuadro es la pérdida acelerada de peso (11), posiblemente por disminución de la grasa mesentérica, que sirve de cojinete entre la aorta y la AMS (13). Este desencadenante vuelve a despistar el diagnóstico hacia problemas con la imagen corporal y trastornos de la alimentación.

Presentamos pues el caso porque podría tratarse de una dolencia muy frecuente en nuestras consultas, y porque sus síntomas encajan en multitud de causas y los presentan un elevado número de pacientes: dolor abdominal de inicio súbito o crónico, dolor epigástrico post-prandial, saciedad temprana, pirosis, pérdida de peso, vómito biliar (13).

Y porque "No se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa, que casi siempre es por conocerse poco y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones" (14).

NOTA: los autores hacen constar que cuentan con el consentimiento informado de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 García-Mendoza Vaneza A, Picazo-Cantos Julia, Ballesteros-Merino Marta, Pérez-Griñán Laura, Moro-Lago Isabel, Martínez-Ruiz Marta et al. ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2020; 13(1): 7-14.
- 2 Martínez Orihuela C, Lozano Luzón M, Ávila Garrido R. Evaluación de insatisfacción corporal en chicas adolescentes. En: I Congreso Virtual Internacional de Psicología. Marzo 2017. Disponible en <https://psiquiatria.com/trabajos/11COMU6PSICO2017.pdf>, accedido 10/02/2021.
- 3 Acuña Leiva V, Niklitschek Tapia C, Quiñones Bergeret A, Ugarte Pérez C. Insatisfacción de la Imagen Corporal y Estado Nutricional en Estudiantes Universitarios. *Revista de Psicoterapia*. 2020; 31(116): 279-294.
- 4 Rincón Barreto, DM. En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal. *Drugs and Addictive Behavior*. 2019; 4(2):205-208.
- 5 Ruíz Martínez AO, González Arratia López Fuentes NI, González Escobar S, Torres Muñoz MA, Vázquez Arévalo R. Más allá de la apariencia: imagen corporal asociada a las actitudes y conductas de riesgo de trastorno alimentario en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*. 2021; 10(19): 107-123.
- 6 Hernanz N, Sierra M, Gala I, Alonso L. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal crónico. *Medicine*. 2020;13 (1): 49-52.

- 7 Sebastián Domingo JJ. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(10):464-468.
- 8 Rodríguez Caraballo L, Carazo Palacios ME, Ibáñez Pradas V, Rodríguez Iglesias P. Síndrome de Wilkie: diagnóstico diferencial de dolor abdominal. *An Pediatr*. 2015; 82(6):445-446.
- 9 Poblete-Otero F, Álvarez-Pertuz H, Arana-Sáenz A. Síndrome de Wilkie. *Acta méd costarric*. 2015; 57 (3): 145-148.
- 10 Mogollón Guzmán EA, Brito Vizuite MA, Sarmiento Álvarez MM, Estrada Cherres JP. Síndrome de Arteria Mesentérica Superior o Síndrome de Wilkie: Caso Clínico. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2019; 3 (6). 225-257.
- 11 Ruiz-Mar G, Cárdenas Serrano OE, Álvarez Correa LA, Moran Sierra OT, Sánchez Navarro López AL, Sánchez-Delgado Y et al. Manejo quirúrgico de urgencia en el síndrome de Wilkie. A propósito de un caso. *Cirujano General*. 2018; 40(4): 279-281.
- 12 González Hermosillo-Cornejo D, Díaz Girón-Gidi A, Vélez-Pérez FM, Lemus-Ramírez RI, Andrade Martínez-Garza P. Síndrome de Wilkie. Reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85(1):54-59.
- 13 Ochoa-Nava R, Guadarrama-Vallejo AC, García-Carrizosa S, Herrera-Víctor FJ. Síndrome de la arteria mesentérica superior: una causa inusual de obstrucción intestinal incompleta en un paciente pediátrico. *Rev Mex Pediatr*. 2017; 84(2):61-65.
- 14 Sentencia de M.A. Moreno, recogida en Díaz Novás J, Gallego Machado B. Aforismos, proverbios, lemas y consejos (X). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 30(1):144-148.

Epistaxes de repetición...en qué debemos pensar dende a Primaria? A propósito dun caso de Rendu-Osler-Weber

Epistaxis de repetición...en qué debemos pensar desde la Primaria? A propósito de un caso de Rendu-Osler-Weber

Recurrent epistaxis...what should we think about from Primary Care? Report of clinical case of Rendu-Osler-Weber

Tania Viqueira Queijas¹, Laura Bodelón Díez¹, Flora Miranda Pena²

¹ RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA. CENTRO DE SAÚDE A ESTRADA. UNIDADE DE DOCENTE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

² MÉDICA DE FAMILIA. CENTRO DE SAÚDE A ESTRADA. EOXI SANTIAGO DE COMPOSTELA

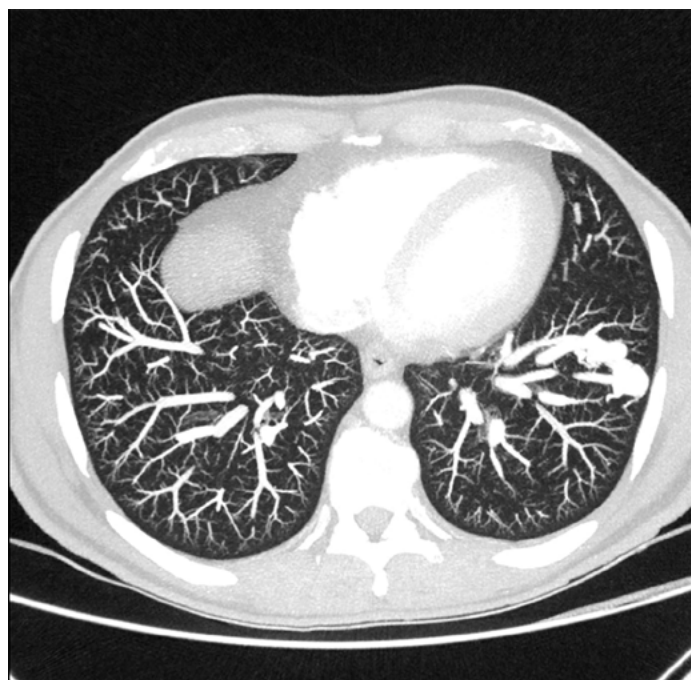
AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Tania Viqueira Queijas. E-mail: tania.viqueira.queijas@sergas.es

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Páxs. 35-37

INTRODUCCIÓN

Home de 47 anos que acode á nosa consulta de maneira urxente por perda de forza no brazo esquerdo dunha hora de evolución. Como antecedentes persoais destacamos o diagnóstico de enfermidade de Rendu Osler (con estudo positivo para a mutación no xen ENG). A mesma condiciona epistaxes de repetición, anemia ferropénica tratada con ferro oral e malformacións pulmonares e hepáticas (diagnosticadas mediante anxio-TAC toracoabdominal) (figura 1). Así mesmo, epilepsia secundaria a absceso cerebral dereito intervido cirúrgicamente. Como antecedentes familiares, nai de 75 anos que presenta periódicamente sangrados nasais non filiados e irmán falecido aos 44 anos por rotura dun aneurisma cerebral.

Figura 1. AnxioTAC pulmonar onde se pode observar MAV en segmento basal anterior de lóbulo inferior esquerdo.



Na exploración física destaca palidez cutánea e perda de forza distal do membro superior esquerdo, especialmente na mobilidade fina do cuarto e quinto dedos da man. Atópase afebril, cunha tensión arterial de 118/74 mmHg, frecuencia cardíaca de 79 lpm e glucemia capilar de 80mg/dl. O electrocardiograma mostra un ritmo sinusal sen alteracións agudas da repolarización.

Ante a focalidade neurolóxica aguda, en paciente cos antecedentes descritos, é derivado ao Servizo de Urxencias hospitalarias. Alí presenta anemia microcítica (hemoglobina 8.4 g/dl, VCM 65,6 fl) polo que se realiza transfusión sanguínea. Tórax sen achados e TAC cerebral con signos de craniectomía frontotemporoparietal e área encefalomalácica dereita xa coñecidos e sen cambios recentes. Clínicamente mellora progresivamente, con recuperación completa da forza no membro afecto.

É dado de alta cunha hemoglobina de 10,7 g/dL, apuntando á causa hemodinámica como probable orixe da paresia. Tras isto, realízase un seguimento exhaustivo do paciente desde Atención Primaria, dada a persistencia de anemia significativa tras a alta do Servizo de Urxencias, e ás dúbidas respecto da causa da paresia. Remítese tamén aos servizos de Otorrinolaringoloxía (ORL) e Medicina Interna para completar o estudo das malformacións arteriovenosas en localizacións difusas asociadas á súa enfermidade. Actualmente o paciente está estable, aínda que persisten as epistaxes recorrentes, que tratamos segundo recomendación de ORL mediante taponamento anterior con apósito hemostático e pomada nasal antiséptica. E realizouse a esclerose das MAV pulmonares mediante embolización por parte dos radiólogos intervencionistas. Sospéitase que sufrira un accidente isquémico transitorio en relación cunha malformación arteriovenosa cerebral coma causa da paresia, polo que se atopa en espera de completar estudio con resonancia magnética cerebral.

DIAGNÓSTICO

A **enfermidade de Rendu- Osler- Weber ou telanxiectasia hemorráxica hereditaria (THH)** é unha anxiopatía neoformativa de malformacións arterio- venosas (MAV) e telanxiectasias que poden aparecer en calquera órgano do corpo e ao romper producir eventos hemorráxicos locais.^(1,2,3)

De herdanza autosómica dominante, a súa prevalencia estímase de 1-2 casos por 100.000 habitantes. Xeralmente comeza entre os 20-40 anos, con predominancia na raza caucásica e cunha distribución por sexos homoxénea.^(1,2,3,4)

Xenéticamente identificáronse tres variantes da enfermidade, sendo a mutación máis frecuente a tipo 1, que afecta ao xene endogлина (ENG), responsable da transformación do factor de crecemento endotelial- β (TGF- β).^(1,3,4,5,6)

En relación á clínica, adoitan aparecer telanxiectasias en beizos, mucosa bucal, lingua, cara, peito e dedos, aínda que a súa manifestación máis común e importante é a epistaxe, que está presente no 95% dos pacientes e tende a ser recorrente, podendo producir anemia por déficit de ferro. A segunda manifestación en frecuencia é a hemorraxia gastrointestinal, aínda que tamén poden producirse grandes MAV en pulmóns (30%), cerebro (30-40%), fígado ou páncreas.^(1,3,5)

Para o **diagnóstico** úsanse os **criterios de Curaçao**:^(1,3,4,5) (táboa 1). Etiquetárase de “definitivo” cando existan tres ou os catro criterios, e de “probable” cando estean presentes só dous deles.^(1,5)

Táboa 1: Criterios diagnósticos de Curaçao da enfermidade de Rendu-Osler-Weber:

- | |
|--|
| 1. Epistaxes espontáneas recorrentes. |
| 2. Telanxiectasias en localizacións características. |
| 3. Malformacións vasculares viscerais. |
| 4. Un familiar de primeiro grao con THH. |

O principal diagnóstico diferencial é a síndrome de CREST, pola aparición de telanxiectasias; pero o contexto clínico e a presenza de anticorpos anticentrómero positivos permiten diferenciar ambos cadros.⁽⁴⁾

O **tratamento** debe ser individualizado e dirixido aos síntomas. A anemia, manifestación máis común, pode ser controlada de forma oral ou parenteral con ferro ou trasfusións sanguíneas. Por último, débese realizar despistaxe de malformacións vasculares (principalmente pulmonares e cerebrais) tanto ao paciente como aos seus familiares de primeiro grao, xa que pode cursar de forma asintomática e presenta bo prognóstico se as complicacións son diagnosticadas e tratadas a tempo.^(3,4) Resaltar neste caso que a familia do paciente agregouse á nosa cota e estamos a realizar despistaxe.

CONCLUSIÓN

En Atención Primaria debemos pensar nesta entidade en pacientes con diátese hemorráxica, epistaxes recorrentes ou agregación familiar.

Obtívoase o consentimento informado do paciente para a publicación deste traballo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tortora A, Riccioni ME, Gaetani E, Ojetti V, Holleran G, Gasbarrini A. Rendu-Osler-Weber disease: a gastroenterologist's perspective. Orphanet Journal of Rare Diseases 2019 06/07; 2021/2;14:NA.

- 2 Watad A, Belsky V, Shoenfeld Y, Amital H. Osler-Weber-Rendu Syndrome. *Isr Med Assoc J* 2015 May;17(5):328.
- 3 Astencio Rodríguez G, Garib Alpizar OC, Ventura Blanco JN, Torres Cueva BL, de León Rubio N, Hernández JL. Enfermedad de Rendu-Osler-Weber. *Rev Cubana Med* 2009;48(3):109-118.
- 4 Molgó M, Salome C, Musalem A, Zuleta A. Telangiectasia hemorrágica hereditaria (enfermedad de Rendu-Osler-Weber): a propósito de un caso. *Dermatol Pediatr Lat* 2004; 2: 130-8.
- 5 Alcalá-Villalón Tahamara, Castillo-González Dunia, Agramonte-Llanes Olga. Enfermedad de Rendú-Osler-Weber: a propósito de 5 casos con epístaxis recurrente. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 2012 Sep;28(3):289-298.
- 6 Kritharis A, Al-Samkari H, Kuter DJ. Hereditary hemorrhagic telangiectasia: diagnosis and management from the hematologist's perspective. *Haematologica* 2018 Sep;103(9):1433-1443.

A asfixia branca: mito e realidade de vintecinco mortes por un raio

The White asphyxia: myth and reality of 25 deaths from lightning

Roberto Fernández Álvarez¹, Jorge Mira Pérez², Antonio Blanco Rodríguez³

¹ MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SAÚDE DE ALLARIZ. CORREO: ROBERTO.FERNANDEZ.ALVAREZ@SERGAS.ES

² CATEDRÁTICO DE ELECTROMAGNETISMO. DEPARTAMENTO DE FÍSICA APLICADA. UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO: JORGE.MIRA@USC.ES

³ PROFESOR DE HISTORIA. IES A CARBALLEIRA. XUBILADO. OURENSE. CORREO: ABR4539@GMAIL.COM

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Roberto Fernández Álvarez. E-mail: roberto.fernandez.alvarez@sergas.es

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Páxs. 38-40

DESCRICIÓN DO CASO

O martes día 24 de xuño de 1902 celebrábase, na igrexa de San Salvador do Piñeiro de Allariz (Foto 1), a misa de funeral por un veciño, ás dez da mañá, no medio dunha forte tormenta, con choivas torrenciais e aparello eléctrico. Os campesiños que se atopaban facendo labores agrícolas nos arredores correron a resgardarse na igrexa, ateigándoa. O sancristán pechou a porta. Á media hora, cando seis sacerdotes entoaban o salmo de defuntos, un raio caeu sobre a igrexa. O resultado: 25 mortos e máis de 40 feridos graves, algúns dos cales faleceron nos días posteriores. Entre eles non se atopaba ningún dos sacerdotes.



Foto 1. Familiares das vítimas ao pé da igrexa de San Salvador do Piñeiro.

A tormenta durou todo o día, o cal dificultou a chegada de auxilios e autoridades. Xurdiron serias dificultades pola falta de médicos para a autopsia dos cadáveres, que xacían no chan da igrexa (Foto 2). Os corpos permaneceron insepultos ata que se conseguiu a autorización de inhumación e o lugar para facelo; o cemiterio de Allariz carecía de espazo suficiente.



Foto 2. Cadáveres no chan da igrexa.

A crónica da época recréase en escenas pavorosas. Unha das testemuñas asegurou ver a unha moza cos peitos arrincados, así como un raparigo que presentaba as costas en carne viva, tendo a pel arroiada pola parte inferior. Unha crónica de La Vanguardia do día 26 de xuño de 1902 afirma "Os cadáveres continúan na igrexa presentando un terrible aspecto"¹. "Moitos daqueles cadáveres estaban carbonizados, outros tiñan a cachos arrincada a pel e outros parecían petrificados"². Cid Rumbao fai a descrición máis completa do suceso concluíndo que: "É moi probable que o lume tocouse aos feridos e non aos mortos, pois ao que parece non morreron carbonizados senón por 'asfixia branca'"³.

O acontecemento conmocionou a todo o Estado. O rei Alfonso XIII participou con 2500 pesetas nunha subscripción nacional encabezada polo ministro da gobernación, Segismundo Moret⁴.

A raíz do acaecido, a igrexa endexamais se reconstruíu; foi abandonado o culto. No solar, vendido a un propietario privado, hoxe en día hai unha edificación. Un programa de televisión⁵ tratou o tema baixo o epígrafe de "o raio maldito" e fíxose eco de crenzas marxinais acerca de fenómenos estraños que tiñan lugar na zona. Así mesmo, esta reportaxe abunda no diagnóstico de "asfixia branca" como causa das mortes. O diario La Región titula unha referencia ao suceso como "Sufriu Allariz un castigo divino en 1902?"⁶. O xornal internacional The Epoch Times publicou en 2019 un artigo co titular: "Un raio considerado un castigo divino matou a 25 persoas nunha igrexa e deixou con vida aos sacerdotes"⁷.

DISCUSION

No caso que presentamos, o estado actual de do coñecemento ofrécenos explicación científica para os acontecementos relatados.

Canto ao fenómeno eléctrico, son dúas as claves fundamentais: A primeira derívase da propia xestación das células tormentosas.⁸ Esas células teñen a súa orixe na rápida elevación de grandes masas de aire quente e húmido, cun ascenso vertical que pode formar torres de máis de 10 km de altura. O arrefriamento e posterior caída do vapor dende a parte superior desas torres ioniza a atmosfera, ata crear diferenzas de potencial de varias decenas de millóns de voltios entre a parte baixa da torre e a superficie terrestre. Para que este proceso teña lugar cómpren, pois, dous ingredientes: un quecemento moi rápido da superficie terrestre, que provoque intensas evaporacións, e ventos laterais frouxos durante o proceso de formación das torres de nubes, que eviten que estas se trunquen. Ámbalas dúas circunstancias son características de amplas zonas da provincia de Ourense nos meses centrais do ano.

A segunda clave é que as cargas eléctricas tenden a acumularse sobre as zonas que fagan máis esquina, xerando a chamado *efecto punta*. Dun xeito cualitativo, pode entenderse como a tendencia das cargas eléctricas a se estenderen tanto como lles sexa posible na superficie do corpo. Deste xeito, unha punta que sobresaie está o máis lonxe posible da superficie circundante, e as cargas empuxan ás veciñas o máis posible ata as puntas, a partir das cales xa non poden avanzar máis. A consecuencia é

unha acumulación e un aumento da densidade de carga, cunha maior diferenza de potencial co entorno e, polo tanto, un maior campo eléctrico.

Resulta entón que a caída dun raio sobre o campanario dunha igrexa é o suceso máis probable, máxime en épocas pasadas, nas que eran as edificacións de máis altura de calquera vila. Ademais, os campanarios adoitan rematar en cruces metálicas, que son unha sorte de pararraios improvisados, só que sen circuito de descarga controlada cara ao chan, co cal a corrente buscará camiños alternativos e fóra de control ao longo da estrutura da torre. A carencia de pararraios nese templo foi determinante para esta fatalidade.

A gran cantidade de falecidos atopa a súa explicación non só no número de persoas que acode ao enterro, senón o daqueles labregos que, coas súas roupas empapadas pola choiva, se refuxiaron na igrexa, o que provocou un amontoamento de corpos mollados, en posible contacto uns con outros.

No que atinxe á salvación dos curas, o factor máis decisivo foi que, ademais de estar afastados do centro do sinistro, con seguridade usarían calzado aillante, de piso de goma ou sola. Os fregueses, que, segundo consta nos certificados de defunción, eran economicamente desfavorecidos, calzarían zocos con remachados con “ferras” metálicas.

Pero talvez o aspecto máis relevante do caso é o que se refire ás causas de morte, que condicionan o aspecto das vítimas. Se a epiderme se atopa cuberta de suor, como sería o caso de moitos dos asistentes, en particular os que viñan de traballar, a electricidade percorre a superficie vaporizando a suor e a humidade cun efecto explosivo que pode despoñer á vítima de zapatos e roupa, se ben deste xeito atenuáase en parte a circulación interna da corrente. Isto explicaría o aspecto de chamuscado, con ignición das roupas e parte da pel dalgunhas vítimas: “(...) a varios dos feridos a corrente eléctrica arrincoulles a pel, carbonizándolles os tecidos.”⁹

Se a corrente penetra ao interior do corpo, percórreo polas vías de menor resistencia: o sistema nervioso e os vasos sanguíneos. A nivel cardiovascular pode dar lugar a unha parada ventricular que conduce á asistolia, a cal, por cesamento da perfusión, produce unha coloración cutánea pálida. Á vez, o fluxo da corrente de alta voltaxe polo sistema nervioso, lesiona o centro respiratorio, provocando unha parada respiratoria. En ocasións o latido cardíaco pode manterse ou recuperarse espontaneamente pero, ao persistir a parálise diafragmática, o corazón bombea sangue non osixenado e a pel adquire coloración cianótica antes do subseguinte falecemento. A segunda situación sería o que se denominou asfixia azul, morte azul ou electrocución azul, que configura o característico aspecto de “morte aparente”; a primeira corresponderíase coa morte branca ou “asfixia branca”, en denominación antiga, onde pode estar ausente a aparencia cadavérica, especialmente cando apenas hai lesións externas (situación frecuente), o que se corresponde coa descrición que fai o escritor Neira Cancela: “No presbiterio, á beira do altar maior, había unha fermosa moza en indolente actitude. A boca entreaberta e riseira; a longa trenza da súa loura cabeleira servía de apoio á súa cabeza xentil, e diríase que o fragor da tempestade aletargara os seus sentidos: non parecía un cadáver, parecía un anxo durmido coas ás encartadas”¹⁰

Por último, a recuperación que puidemos facer, no Rexistro Civil de Allariz, dos certificados de defunción dos 25 falecidos, amosan que unha minoría morreu como consecuencia do dano eléctrico. En 14 certificados figura como causa de morte a conmoción cerebral, que puidera deberse aos efectos mecánicos da electricidade pero, ao non tratarse de fulguracións directas, probablemente corresponde, cos traumatismos producidos ao derrubarse parte da bóveda da igrexa sobre os asistentes. Soamente en once casos figura o diagnóstico de “asfixia producida por electricidade”.

Bibliografía

- 1 Muertos y heridos. La Vanguardia. 26 de xuño de 1902: 4.
- 2 La catástrofe de Allariz. 25 muertos por un rayo. Revista Alrededor del mundo. 4 de xullo de 1902:11.
- 3 Cid-Rumbao A. Historia de Allariz, villa y corte románica. Ourense: Diputación Provincial de Ourense; 1984. p. 236.
- 4 Para las víctimas. La Vanguardia. 28 de xuño de 1902:6.
- 5 Cuarto Milenio [programa de televisión]. Dirigido por Iker Jiménez. España: Alma Producciones Digitales; 27/10/2019. Dispoñible en : https://www.cuatro.com/cuarto-milenio/programa-completo-hd_18_2841570070.html (acceso 29 abril 2021).
- 6 Sánchez L. ¿Sufrió Allariz un castigo divino en 1902? La Región. 23 de xaneiro de 2021. Dispoñible en: <https://www.laregion.es/articulo/allariz/sufrio-allariz-castigo-divino-1902/202101231658101001177.html> (acceso 29 abril 2021).
- 7 García R. Un rayo considerado un castigo divino mató a 25 personas en una iglesia y dejó con vida a sacerdotes. The Epoch Times. Dispoñible en: https://es.theepochtimes.com/rayo-considerado-castigo-divino-mato-25-personas-iglesia-dejo-vida-sacerdotes_549285.html. (acceso 27 abril 2021).
- 8 Feynman RP. Lecciones de física de Feynman. Volumen II. Electromagnetismo y materia. Ediciones Científicas Universitarias, 2020 (capítulo 6 para efecto punta, capítulo 9, sobre electricidade atmosférica). Dispoñible en: https://www.feynmanlectures.caltech.edu/II_06.html e https://www.feynmanlectures.caltech.edu/II_09.html.
- 9 Actualidades. Art. Cit. p. 41.
- 10 La catástrofe de Allariz. 25 muertos por un rayo. Revista Alrededor del mundo. 4 de xullo de 1902:11.