



QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE... cáncer de mama

**QUÉ HACER
ANTE...**
ITU
pág. 11

**GUÍA DE
ACTUACIÓN en...**
ERGE
pág. 23

**ACTUALIZACIÓN
TERAPÉUTICA en...**
Anticoncepción
hormonal
pág. 31

**COMPETENCIAS
BÁSICAS**
Gestión del tiempo
en la consulta
pág. 40

CASO CLÍNICO
Gota tofacea
crónica
pág. 49

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

SUMARIO

EDITORIAL

Desarrollo Profesional Continuo (DPC) una necesidad y un compromiso para los médicos de Atención Primaria

Comité editorial FMF

3

QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE...

Cáncer de mama / *Breast cancer*

María Dolores Gallego Parrilla y Elisa María Alcantarilla Reyes

5

QUÉ HACER ANTE...

Infecciones urinarias / *Action plan for a patient with urinary infections*

Victor J. Medina Pedraza y Daimé Pérez Feito

11

GUÍA DE ACTUACIÓN EN...

Enfermedad por reflujo gastroesofágico / *Action guidelines in gastroesophageal reflux disease*

César Granja Ortega, Sonia Fernández Jorde y Noelia Fontanillas Garmilla

23

ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN...

Anticoncepción hormonal / *Therapeutic update in hormonal contraception*

Milagros González Béjar y Sara Sáez Jiménez

31

COMPETENCIAS BÁSICAS

Gestión del tiempo en las consultas de Atención Primaria / *Time management in Primary Care consultations*

José Ignacio González Lillo, Manuela Guillén Pérez, Elia María Ortuño Pascual y Hans Eguía Ángeles

40

CASO CLÍNICO

Gota tofácea crónica / *Chronic tophaceous gout*

Naiara Cubelos Fernández, Albert Carbó Jordà y Estefanía Robles Martín

49

EDITORES

José Antonio Noya Mejuto
Jesús Melchor Delgado González

COMITÉ EDITORIAL

Esther Redondo Marguello
Francisco Javier Atienza Martín

COMITÉ ASESOR

Agencia de formación de SEMERGEN

COMITÉ CONSULTIVO

COORDINADOR	GRUPO DE TRABAJO
Noelia Fontanillas Garmilla	<i>Digestivo</i>
Francisco Vicente Martínez García	<i>Locomotor</i>
María del Rosario Blasco Martínez	<i>Atención a la mujer</i>
José Francisco Díaz Ruiz	<i>Bioética y humanidades</i>
Julia Melero Broman	<i>Cirugía menor</i>
Raquel Ramírez Perrondo	<i>Comunicación</i>
Jesús Santianes Patiño	<i>Cronicidad y dependencia</i>
David Palacios Martínez	<i>Dermatología</i>
Ezequiel Arranz Martínez	<i>Diabetes mellitus</i>
Manuel José Mejías Estévez	<i>Dolor y cuidados paliativos</i>
Ivan Valero López	<i>Ecografía</i>
Francisco José Marín Jiménez	<i>Fitoterapia</i>
Laura Aliaga Gutiérrez	<i>Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente</i>
M.ª Inmaculada Cervera Pérez	<i>Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial</i>
Miguel Turégano Yedro	<i>Hematología</i>
Vicente Pallarés Carratalá	<i>Hipertensión arterial</i>
Manuel Linares Rufo	<i>Infecciosas, migrante, vacunas y actividades preventivas (IMVAP)</i>
David Fierro González	<i>Lípidos</i>
Juan José Gomariz García	<i>Medicina basada en la evidencia</i>
Enrique José Gamero de Luna	<i>Medicina genómica personalizada y enfermedades raras</i>
Juan Carlos Ocaña Tabernero	<i>Medicina tradicional y complementaria</i>
Daniel Fernández Ferreiro	<i>Médicos residentes</i>
Noemi Pérez León	<i>Nefrología y Vías Urinarias</i>
Pablo Gregorio Baz Rodríguez	<i>Neurología</i>
Francesc Xavier Díaz	<i>Niños y adolescentes</i>
Javier Sanz García	<i>Nuevas tecnologías</i>
José Manuel Fernández García	<i>Nutrición</i>
Francisco Jesús Morales Escobar	<i>Oftalmología y otorrinolaringología</i>
José Tomás Gómez Saez	<i>Respiratorio</i>
Mercedes Ramblado	<i>Salud laboral</i>
Vicente Gasull Molinera	<i>Salud mental</i>
Antonio Ferrández Infante	<i>Sexología</i>
Raúl de Simón Gutiérrez	<i>Tabaquismo</i>
Félix Suárez González	<i>Universidad</i>
Juan Carlos Montalva Barra	<i>Urgencias</i>
Manuel de Jesús Frías Vargas	<i>Vasculopatías</i>



LIVE MED IBERIA, S.L.

Avda. de Córdoba, 21 - 3º 3B
28026 Madrid
Teléfono: 91 379 05 99
www.livemed.in

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
© 2022 Live Med Iberia, S.L.

Depósito legal: M-23159-2021
ISSN: 2952-2668 FMF (Madrid. Ed. impresa)
ISSN: 2952-2250 FMF (Madrid. Internet)

Reservados todos los derechos mundiales.
No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea este mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

Dirección de correspondencia



Secretaría Editorial
LIVE MED IBERIA, S.L.
Avda. de Córdoba, 21 - 3º 3B. 28026 Madrid
Teléfono: 91 379 05 99
Email: cursos@livemed-spain.com

Suscripciones:
Teléfono: 91 379 05 99
Email: cursos@livemed-spain.com

Tarifa de suscripción anual:
Online - 180 euros/6 números
Online e impreso - 230 euros/6 números

Desarrollo Profesional Continuo (DPC) una necesidad y un compromiso para los médicos de Atención Primaria

Se puede entender el DPC como el proceso de formación que comienza tras finalizar la formación de grado y el periodo de especialización y que se extiende durante toda la vida profesional del médico, cuyo contenido son todas las actividades de autoaprendizaje y de formación externa orientadas a mantener y mejorar las diversas competencias profesionales acorde con los avances en los conocimientos científicos y en las necesidades organizativas del sistema sanitario.

El DPC tiene, por tanto, dos vertientes. Por una parte, el contenido que se podría entender como “Formación Médica Continuada”, es decir, el conjunto de actividades formativas, y por otra parte, el compromiso y la responsabilidad del propio profesional en la búsqueda de su excelencia profesional que es esencial en nuestra profesión, como refleja la oración de Maimónides *“Haz que sea modesto, excepto en el deseo de conocer el arte de mi profesión. No permitas que me engañe el pensamiento de que ya sé bastante. Por el contrario, concédeme la fuerza, la alegría y la ambición de saber más cada día. Pues el arte es inacabable y la mente del hombre siempre puede crecer”*.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, en su artículo 42 define la competencia como *“la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”*.

Las sociedades científicas y concretamente SEMERGEN, tienen entre sus objetivos potenciar la excelencia entre los médicos de familia, por lo que desarrollan programas de mejora de las competencias profesionales con la adquisición de conocimientos y habilidades a través de la realización de publicaciones, cursos, congresos y jornadas que facilitan el DPC de los profesionales.

Pero muchas veces la formación continuada no alcanza a cubrir todas las necesidades de mejora o adquisición de competencias del médico de familia, ya que existe una sobreoferta de actividades formativas relacionadas con áreas más prevalentes o de mayor impacto como la diabetes, la EPOC, la insuficiencia cardiaca, etc. y una oferta mucho más reducida en aquellas competencias como las transversales o la atención a algunos grupos poblacionales.

Por ello, es una necesidad estructurar un programa de DPC que alcance los siguientes objetivos:

- Establecer un marco competencial que sirva como modelo de mapa de competencias del médico de Atención Primaria, capaz de adaptarse a los cambios originados por la aparición de nuevas evidencias científicas o nuevos aspectos corporativos o institucionales. Este marco se ha definido con el acuerdo de las sociedades científicas representadas en FACME sobre las competencias transversales de todos los médicos de diferentes especialidades y con el acuerdo de las SSCC de Atención Primaria sobre el Mapa de Competencias del Médico de Familia.
- Facilitar la actualización de la competencia científica de los médicos de familia en función de los avances científicos y técnicos que surjan a lo largo del tiempo en el ámbito de la Atención Primaria.
- Establecer un sistema que permita identificar el nivel de competencia profesional alcanzado para poder desarrollar, en función de este nivel, el itinerario formativo personalizado para cada profesional. Este objetivo lleva implícita la necesidad de establecer un sistema de evaluación del mapa de competencias, que debe ser consensuado, unificado y validado, y que puede ser la herramienta para desarrollar los procesos de recertificación del médico de Atención Primaria en base al modelo consensuado por las sociedades

científicas representadas en FACME (Modelo de recertificación de la sociedades científicas-médicas de España).

La Administración Sanitaria, a través de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial de Sanidad, coordinó un grupo de trabajo de representantes autonómicos que elaboró en el año 2013 dos documentos sobre el desarrollo profesional: el primero, sobre las bases conceptuales del DPC y el segundo, sobre el proceso de la evaluación del DPC. Dichos documentos incluyen los nueve principios siguientes:

- Ser comprensible por todos los profesionales.
- Tener una fácil implementación.
- Estar estructurado.
- Tener carácter periódico.
- No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
- Basarse en indicadores, definidos previamente, con peso significativo en la práctica clínica, consensuados y con criterios de calidad contrastada.
- Asimilable a procesos internacionales reconocidos.
- Voluntario.
- Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud (implica un proceso de homologación).

Es evidente que para avanzar en los procesos de DPC y de recertificación es imprescindible que los médicos de Atención Primaria entiendan que este proceso no es ni un examen ni una cortapisa a su actividad profesional, sino un procedimiento que da respuesta a los siguientes objetivos estratégicos:

- Dar respuesta a la Directiva 2013/55/UE que insta a los estados miembros a impulsar el DPC de los médicos, que debe abarcar la evaluación técnica, científica, normativa y ética, así como la motivación de los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión.
- Garantizar a los usuarios de los servicios asistenciales y a la sociedad en general que el médico recertificado cumple con los estándares mínimos de calidad para el desempeño de sus funciones.
- Contribuir al cumplimiento de la legislación sanitaria en relación a la práctica médica.
- Aumentar la seguridad del paciente al disminuir la variabilidad no razonable de la práctica clínica.
- Aumentar la seguridad jurídica de los profesionales al adecuar la práctica médica a la mejor actualización científica y tecnológica.

En esta línea, esta revista FMF contribuye al DPC mediante un programa estructurado de formación basado en los contenidos del Mapa de Competencias del Médico de Familia.

Comité editorial FMF

¿Qué debe saber un médico de familia del cáncer de mama?

What a family doctor should know about breast cancer

María Dolores Gallego Parrilla y Elisa María Alcantarilla Reyes

RESUMEN

Todo médico de familia (MF) debe tener unos conocimientos básicos acerca del manejo, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Atención Primaria, para una correcta atención de usuarias y usuarios de nuestro Sistema Sanitario de Salud.

El médico de familia debe conocer la actual situación del cáncer de mama y la importancia de su abordaje de forma multidisciplinar, por lo tanto, el seguimiento del paciente debe ser realizado de forma conjunta entre Atención Primaria y Nivel Hospitalario. El MF, debe conocer los protocolos y guías de actuación clínica para así saber cómo tratar y derivar al paciente de una forma adecuada.

Palabras clave: *cáncer de mama, mamografía, supervivencia, clasificación, riesgo hereditario*

ABSTRACT

Every family doctor must have a basic knowledge about the handling, diagnosis and treatment of breast cancer in Primary Care, for a proper attention to patients suffering this illness in our Sanitary System.

The general doctor must understand the condition of the breast cancer and the significance of the approach in a multidisciplinary way, therefore, the monitoring must be controlled jointly by Primary Care and Hospital Level. The family doctor must be aware of protocols and guides of clinical performance in order to know how to treat and refer the patient in a correct way.

Keywords: *breast cancer, mammography, survival, classification, hereditary risk*

INTRODUCCIÓN: CONCEPTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y FACTORES DE RIESGO

Conceptos Epidemiológicos

El cáncer de mama (CM) continúa siendo uno de los mayores problemas de salud mundial con una tendencia a un aumento de incidencia y disminución de mortalidad (diagnóstico precoz y abordaje preventivo)^{1,12}.

En España, se recogen cifras de tasa de incidencia de 132 casos por 100.000 mujeres, lo que constituye una de las tasas más bajas de incidencia de la Unión Europea y, aun así, es la primera causa de muerte por tumores en mujeres. Existe una probabilidad estimada de padecer un CM siendo mujer de 1 de cada 8. El cáncer de mama supone el 30 % de todos los tumores nuevos en mujeres en nuestro país². En prevención secundaria, actuamos con los objetivos de disminución de mortalidad, disminución de las complicaciones y aumento de la calidad de vida del paciente. En

María Dolores Gallego Parrilla
Centro de Salud de Coín (Málaga)

Elisa María Alcantarilla Reyes
Centro de Salud de Coín (Málaga)

Correspondencia:
María Dolores Gallego Parrilla
marilo7096@hotmail.com

cuanto a los grupos de edad diana para el screening, existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas españolas, aunque la Comisión Europea recomienda el rango de 50 a 69 años³. En los países desarrollados se ha producido un descenso en un 40 % de la mortalidad como consecuencia de la introducción de los programas de detección precoz y los protocolos de tratamiento estandarizados⁴.

Factores de riesgo⁵:

- No modificables: sexo (99 % mujeres), edad (aumenta con la edad), antecedentes familiares personales (cáncer de mama previo o en 1º grado), genética (presencia BCRA1 y BCRA2) y factores hormonales (menarquia, menopausia, terapia sustitutiva).
- Modificables: obesidad, alimentación grasa, consumo de alcohol, exposición a pesticidas y exposición a radiación intensa.

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Programa de cribado. Manejo del cáncer hereditario (consejo genético), seguimiento de la paciente con cáncer de mama

Programa de cribado

- Se precisa que la enfermedad tenga una alta incidencia y prevalencia. En este sentido son de gran importancia los avances en la detección temprana y el aumento de la esperanza de vida. El envejecimiento de la población conlleva fallos en los mecanismos de reparación del ADN y la acumulación en el tiempo de distintos factores de riesgo^{1,12}.
- Historia natural bien conocida. Se debe conocer cuál sería la evolución de esta patología en ausencia de una intervención médica. Se conoce que desde la enfermedad preinvasiva, a nivel ductal,

hasta la extensión sistémica transcurre un periodo medio de tiempo de 10 a 15 años⁶.

- Periodo subclínico detectable. Tumor asintomático e indetectable, salvo por técnicas especiales (media de 1-3 años)⁶.
- Periodo clínico. Manifestaciones tales como la aparición de un bulto o tumor, aplanamiento del pezón, ganglios axilares, secreción/retracción del pezón, agrandamiento de la mama o lesiones cutáneas locales, pueden ser signos o manifestaciones de esta fase⁶.

Estadaje del cáncer de mama³

La estadificación del cáncer de mama se realiza en base al tamaño del tumor, los ganglios linfáticos afectados, su extensión a otras partes del cuerpo y en base a si es hormono-dependiente o no. Con estos datos podremos realizar un pronóstico, y establecer la actitud terapéutica a seguir. El sistema de estadificación del CM, conocido como “Sistema TNM”, está regulado por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC, sigla en inglés).

- La categoría T (tamaño): TX- el tumor no puede evaluarse, T0- sin tumor primario, Tis *in situ*. T1, T2, T3, T4- nos indican el tamaño del tumor dentro del tejido mamario circundante. A mayor número, más grande es el tumor.
- La categoría N (afectación de ganglios linfáticos): NX- los ganglios no pueden ser evaluados, N0- ganglios linfáticos adyacentes están libres de tumor. N1, N2, N3- cantidad de ganglios linfáticos afectados y el nivel de cáncer que presentan. Como en el caso anterior, a mayor N mayor es la afectación de los ganglios linfáticos.
- La categoría M (metástasis) se refiere a la extensión del tumor de mama hacia otras partes del cuerpo. MX- la metástasis no puede evaluarse, M0- no hay metástasis y M1- existen metástasis a distancia².

El AJCC realizó una actualización del estadaje en 2008, y agregó otras características para la estadificación de este tumor. En esta actualización se incluyen ahora: el grado del tumor, la presencia o no de receptores para las hormonas de estrógeno y progesterona, el estado para proteína HER2 y la puntuación Oncotype DX, que se utiliza si el caso de cáncer es positivo para receptor de estrógeno y negativo para HER2, y si no hay tumores en los ganglios linfáticos⁷.

Pruebas complementarias:

- Ecografía: Se considera un método complementario a la mamografía e incluso puede sustituir a esta en casos concretos según la edad y la densidad mamaria. En sí misma, como método de cribado, no existen evidencias de que reduzca la mortalidad por cáncer de mama. Nos permite diferenciar entre nódulo sólido y quístico de contenido líquido y benigno habitualmente. También tiene un uso fundamental en la biopsia percutánea para una guía ecográfica en los BI-RADS 3-4 y 5 en acto único^{1,12}.
- Mamografía. Gold estándar del cribado: Sensibilidad del 77 %-95 % (que se reduce en mamas muy densas) y especificidad del 95 %. Es la prueba diagnóstica empleada para la detección precoz y con la que se ha obtenido una reducción de las tasas de mortalidad por este cáncer. Detecta microcalcificaciones. La clasificación estándar de la mamografía se basa en la clasificación de lesiones *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) para la clasificación de las lesiones, genera el grado de sospecha y guía la actitud terapéutica en cada caso³. Todas las mamografías serán clasificadas según este sistema independientemente de que el resultado final sea normal o con alguna lesión (Tabla 1)^{3,4}.
- BI-RADS 0: no concluyente por lectura incompleta. Precisa pruebas de imagen adicionales.
- BI-RADS 1: ninguna imagen sospechosa, hallazgos normales. Dentro de esta categoría se incluyen: calcificaciones dérmicas y vasculares, microquistes liponecroticos, ganglios linfáticos axilares con cambios grasos y lesiones cutáneas con creación exacta con la imagen mamográfica. Actitud: mamografía cada 2 años.
- BI-RADS 2: existen hallazgos patológicos que la radióloga encuentra como hallazgos benignos (nódulos y microcalcificaciones). Actitud: mamografía cada 2 años.
- BI-RADS 3: lesiones compatibles con benignidad que precisan de revisión a los dos años. Pasados estos, si no existe cambio se rebaja a BI-RADS 2. Tienen un 2 % de riesgo de malignidad, por lo que se recomendarán controles a los 6 y 12 meses para valorar estabilidad. Indispensable el apoyo con proyecciones adicionales o ecografía. Transcurrido este tiempo se realizará una mamografía cada 2 años. Se considerarán lesiones probablemente benignas: nódulo solitario, microcalcificaciones amorfas agrupadas, densidad asimétrica focal y asimetría ductal (densidad tubular o conducto solitario dilatado en localización retroareolar).
- BI-RADS 4: sospecha de malignidad, clasificación en subgrupos con sospecha baja, intermedia o

Tabla 1. Clasificación de categorías de cáncer de mama

Categoría	Recomendación	Probabilidad de malignidad
Categoría 0: Poco concluyente	Imágenes adicionales Exámenes anteriores	N/A
Categoría 1: Negativo	Mantener el seguimiento	0 %
Categoría 2 : Benigno	Mantener el seguimiento	0 %
Categoría 3: Probablemente benigno	Control	≤ 2 %
Categoría 4: Sospechoso de malignidad 4A Bajo 4B Moderado 4C Alto	Patología	> 2 % entre < 96 % > 2 % a < 10 % > 10 % a ≤ 50 % > 50 % a < 95 %
Categoría 5: Muy sospechoso de malignidad	Patología	≥ 95 %
Categoría 6: Malignidad comprobada	Tratamiento adecuado	Diagnóstico establecido

Fuente: elaboración propia.

alta, como las alteraciones de la arquitectura mamaria normal sin observar nódulos, que se consideran como de riesgo de malignidad. El Valor Predictivo Positivo (VPP) para cáncer está situado entre el 29 %-34 % hasta el 70 %.

- Categoría 4-A. Lesión mamográfica que requiere biopsia, pero con una baja sospecha de malignidad.
- Categoría 4-B. Lesión sospechosa de malignidad intermedia.
- Categoría 4-C. Sospecha alta.

Requieren derivación hospitalaria.

- BI-RADS 5: lesión con alta sospecha de malignidad. (VPP para cáncer de mama superior al 70 %). Es precisa la derivación hospitalaria.
- BI-RADS 6: lesiones con malignidad confirmada por histología, previo al tratamiento definitivo. Precisa derivación hospitalaria.
- Biopsia percutánea: se realizará preferentemente en un acto único, en lesiones tipo BI-RADS 4-5 y en los BI-RADS 3 donde se desestima seguimiento.
- Resonancia magnética nuclear RMN: usa Gadolinio como contraste por la alta captación del tejido tumoral en relación al parénquima mamario. De elección en el diagnóstico precoz de mamas con implantes, y complementaria a la mamografía. Alta sensibilidad en el cáncer infiltrante de tipo ductal. En este caso la densidad mamaria no interfiere en la sensibilidad. Su especificidad es más baja, y empeora en los tumores *in situ* y tipo lobulillar⁸.

Periodicidad del seguimiento recomendado del cáncer de mama con alto riesgo

- Carácter preferente: debe ser valorado en menos de 15 días: nódulo mamario palpable de nueva aparición, secreción mamaria patológica, retracción de piel o pezón, ulceración de pezón, búsqueda de tumor primario^{1,12}.
- Carácter anual: cáncer de mama previo, lesiones categoría BI-RADS 3 (lesiones diagnosticadas por técnicas de imagen con un riesgo de malignidad inferior al 2 %: nódulos circunscritos y densidades asimétricas focales). Especial mención tienen en este apartado las mujeres con riesgo familiar aumentado para cáncer de mama y alto riesgo hereditario.

- Lesión tipo BI-RADS 2 que durante el seguimiento se mantiene estable o disminuye, podrá ser dada de alta.
- En caso de aumento de tamaño o aparición de características de mayor agresividad, estará indicada la biopsia percutánea.
- Biopsia percutánea con resultado de lesiones de alto riesgo: debe realizarse mamografía anual y tras 5 años de seguimiento serán derivadas al Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) con control bienal⁴.
- Antecedentes de radioterapia torácica en altas dosis en la infancia o juventud (antes de los 30 años): mamografía anual tras 8 años de la radioterapia y resonancia magnética anual^{1,12}.

Manejo del cáncer de mama hereditario: consejo genético^{8,9}

En un 5 %-10 % los casos de cáncer de mama son de carácter hereditario por cambios genéticos que se heredan de uno de los padres. La causa más común radica en la mutación del gen BRCA1 y BRCA2, que produce una alteración en las proteínas que reparan el ADN dañado, pero solo en el 30 % de las mujeres con criterios de cáncer hereditario de mama y cáncer de ovario (CO), se detectan estas alteraciones, por lo que deben existir más genes implicados. En estos casos se realizará un seguimiento en la consulta de mama de alto riesgo⁸.

- Alto riesgo hereditario. Aquellas pacientes con los siguientes antecedentes familiares:
 - Tres familiares de 1º-2º grado con CM y CO de la misma rama familiar.
 - Dos familiares de 1º-2º grado con CM o CO con algunas peculiaridades: 2 CO, un CM más un CO, un CM en varón más un CM o CO, dos CM ambos menores de 50 años, y un CM bilateral más un CM, siendo uno de ellos menor de 50 años.
 - Un solo familiar afectado: CM en menor de 30 años, CM y CO en la misma paciente, CM bilateral en menor de 40 años, CM triple negativo en menor de 50 años, y CO epitelial invasivo de alto grado.
 - Portadoras de mutación de BRCA1 y BRCA2.

En estas pacientes la mamografía se realizará de forma anual desde los 30 a los 70 años.

- Riesgo moderado hereditario. Pacientes con los siguientes antecedentes familiares:
 - Un familiar de 1º grado con CM con edad de 36-50 años.
 - Dos familiares de 1º-2º grado con edad mayor o igual a 50 años.
 - Un CM bilateral en mayores de 40 años.

En estos pacientes está aconsejado adelantar el screening a la edad de 25-30 años, aunque no está consensuado. Se realizarán mamografías de forma anual desde los 35 a los 50 y después derivar a PDPCM⁹.

Consejo genético en cáncer de mama de alto grado⁹

Si una persona es portadora de una mutación, se calcula que uno de cada dos familiares en primer grado también puede ser portador de dicha mutación, por lo que podrían beneficiarse de un estudio genético. Este estudio no está indicado entre la población no seleccionada.

PREVENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO¹⁰

1. Cirugía profiláctica

Las mujeres portadoras de la mutación de BRCA1 tienen un 5 % más de riesgo a los 10 años y un 40 % de por vida de tener un cáncer contralateral. En el caso del BRCA2, este porcentaje será menor. Está indicada la mastectomía total bilateral con conservación de piel y la salpingooforectomía bilateral una vez terminado el deseo genésico (en las menores de 45 años reduce el riesgo de cáncer de mama hasta en un 50 %).

Considerar que cuanto más joven es la mujer al diagnóstico de cáncer de mama, más alto es el riesgo.

2. Quimioterapia preventiva

La FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos con sus siglas en inglés), ha aprobado el uso del tamoxifeno y el raloxifeno como tratamiento preventivo en mujeres de alto riesgo, aunque su uso no ha sido totalmente admitido debido a los efectos secundarios como cáncer de endometrio con tamoxifeno y

eventos tromboembólicos con ambos. En mujeres, el uso de los inhibidores de la aromatasas parece tener una menor toxicidad que el tamoxifeno (estudio IBIS II —anastrozol versus placebo, seguimiento de 7 años— y estudio MAP3 —exemestano versus exemestano más celecoxib versus placebo, seguimiento de 3 años). En Europa, estos tratamientos solo se realizan en ensayos clínicos.

En el caso de las mujeres con riesgo medio, el seguimiento se realizará desde Atención Primaria hasta los 50 años, y posteriormente, a través de mamografías en el programa de detección precoz de cáncer de mama.

Los genes BRCA1 y BCRA2 son llamados genes supresores de tumores porque producen proteínas que reparan daños en el ácido desoxirribonucleico. Las portadoras de mutación del gen BRCA1 o BCRA2 tienen una mayor susceptibilidad en la alteración en reparación del ADN y aumento del riesgo de varios tipos de cáncer, sobre todo del cáncer de mama y cáncer de ovario. La terapia dirigida y personalizada cobra importancia en estas pacientes, que son especialmente sensibles a los medicamentos anticoncerozos como los platinos (Cisplatino).

TASAS DE SUPERVIVENCIA

El 65 % de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama invasivo no metastásico (presentan un cáncer invasivo solo en la mama), tienen una tasa de supervivencia a los cinco años de hasta un 99 %. A los 10 años la tasa de supervivencia es de un 84 %. El 65 % de las mujeres diagnosticadas con CM están en esta fase de cáncer de mama invasivo no metastásico.

SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA^{1,12}

Durante el periodo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, el médico de familia ha de ser una constante en la vida de estas pacientes, encargándose del apoyo psico-social, el tratamiento de las comorbilidades y de las complicaciones y los efectos secundarios que el tratamiento pudiera producir. Especial atención a la aparición de recurrencias y los segundos tumores. Hay que trabajar en la modificación de los estilos de vida a fin de reducir el riesgo de recurrencias o la aparición de segundos tumores y enfermedades cardiovasculares.

Es en esta fase donde el asesoramiento familiar cobra una especial importancia, detectando los posibles casos de riesgo aumentado según la historia familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de detección precoz del cáncer de mama [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/consejos-de-salud/deteccion-precoz-del-cancer-de-mama/programa-de-deteccion-precoz-del-cancer-de-mama>
2. GEICAM. Investigación en Cáncer de Mama [Internet]. El cáncer de mama en España GEICAM. Investigación en Cáncer de Mama. Disponible en: <https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana>.
3. Aibar L., Santalla A., López Criado MS., González-Pérez I., Calderón M., Gallo J, Fernández-Parra J. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. Elsevier [Internet]. 2011;38(4):141-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X10001231>
4. Romero Guzmán GJ., Domínguez Franjo E., Díez Pérez de Las Vacas MI., Alegre Borge N., Puentes Bejarano DA. Cribado radiológico de cáncer de mama en mujeres con alto riesgo. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2021;34(1):37-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-cribado-radiologico-cancer-mama-mujeres-S0214158220301213>
5. CDC español. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
6. PAHO/WHO. Pan American Health Organization [Internet]. Cáncer de mama – OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
7. Cancer.Net [Internet]. Cáncer de mama; Datos y cifras del cáncer 2022 y Datos y cifras del cáncer 2020. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadisticas.pdf>
8. Brusint B., Vich P., Álvarez-Hernández C., Cuadrado-Rouco C., Díaz-García N., Redondo-Margüello E. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (II/V). Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2014;40(7):381-391. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.003>
9. Arroyo Yustos M., Martín Angulo M., Álvarez-Mon Soto M. Enfermedades oncológicas (IV) Cáncer de mama, tumores ginecológicos y consejo genético. Medicine [Internet]. 2017;12(34):2011-2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.05.001>
10. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Mutaciones en el gen BRCA: el riesgo de cáncer y las pruebas genéticas; noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>
11. Marzo-Castillejo M., Vela-Vallespín C., Bellas-Beceiro B., Bartolomé-Moreno C., Ginés-Díaz Y., Melús-Palazón E. Grupos de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización del PAPPS. Elsevier [Internet]. 2020;52(S2):44-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.003>
12. Detección precoz del cáncer de mama [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/deteccion-precoz-cancer-mama>

Qué hacer ante las infecciones urinarias

Action plan for a patient with urinary infections

Víctor J. Medina Pedraza y Daime Pérez Feito

RESUMEN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una patología de alta prevalencia en todo el mundo. Generalmente no son complicadas y las mujeres son el sexo más afectado. En la mayoría de los casos su manejo es ambulatorio, sin necesidad de pruebas diagnósticas, pero es importante hacer un uso racional de los antibióticos disponibles. La *Escherichia coli* es el uropatógeno causante más común (hasta en el 80 % de los casos). También pueden presentarse como bacteriuria asintomática (BA) o como ITU complicadas que requieren un manejo especial.

Palabras clave: *infección urinaria, ITU, ITU complicada*

ABSTRACT

Urinary tract infections (UTIs) are a highly prevalent pathology worldwide. They are generally uncomplicated and women are the most affected sex. Its management in most cases is outpatient, without the need for diagnostic test, but it is important to make rational use of the available antibiotics. Escherichia coli is the most common causative uropathogen (up to 80 % of cases). They can also present as asymptomatic bacteriuria (BA) or as complicated UTI that require special management.

Keywords: *urinary tract infections, UTI, complicated UTI*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de orina son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria; representa hasta el 10 % de los mismos. Constituyen la segunda causa de infección atendida en ámbito comunitario, y la primera en el ámbito hospitalario. Todo ello pone de manifiesto la importancia de un buen manejo de las mismas por parte de los médicos de familia¹⁻⁴.

Se define como infección del tracto urinario (ITU) a la presencia de microorganismos, habitualmente bacterias,

que causan inflamación con daño tisular asociado en cualquier punto del tracto urinario, desde la uretra hasta la corteza renal, así como las estructuras adyacentes en el varón (próstata, epidídimo y testículo)³.

ETIOLOGÍA

El principal organismo responsable de las ITU es la *Echerichiacoli*. Un microorganismo saprófito de la mucosa gastrointestinal desde la cual puede colonizar

Víctor J. Medina Pedraza

Médico especialista en MFyC. Centro de Salud Ensanche de Vallecas. Madrid.
Miembro del GT de Urología (Nefrología y vías urinarias) de SEMERGEN.

Daime Pérez Feito.

Médico especialista en MFyC. Centro de Salud Cintruénigo. Navarra.
Miembro del GT de Urología (Nefrología y vías urinarias) de SEMERGEN.

Correspondencia:

Victor J. Medina Pedraza
vmedina89@gmail.com

el aparato urinario⁵. Esta colonización puede ser asintomática (bacteriuria asintomática) o provocar inflamación y daño en la mucosa de la vejiga (cistitis) u otras localizaciones². Además de *E. coli*, en la Tabla 1 figuran otros microorganismos causantes de esta patología.

CLASIFICACIÓN

Al hablar de ITU no hablamos nunca de una entidad única, sino que para la valoración de las mismas es necesario tener en cuenta factores como la edad, el sexo o las propias circunstancias clínicas del paciente. Dichos factores condicionantes nos van a poner ante escenarios clínicos diferentes en los cuales variará tanto el manejo inicial como el tratamiento final²⁻⁴.

Atendiendo a lo anterior, la *European Association of Urology* (EAU) usa la siguiente clasificación de las infecciones urinarias que nos puede servir de guía a la hora de abordar la explicación de esta patología (Figura 1).

CISTITIS NO COMPLICADA

Se define como cistitis no complicada a todo episodio de cistitis de tipo agudo y limitado, ya sea esporádico o recurrente, en mujeres no embarazadas y en las que no existe anomalía anatómica o fisiológica conocida del aparato urinario, así como comorbilidades sugestivas de complicación².

Aproximadamente el 50 % de todas las mujeres tendrá, en algún momento de su vida, un episodio de cistitis aguda. Existen múltiples factores de riesgo que predisponen a las mismas, tales como las relaciones sexuales, el uso de espermicidas, el cambio de compañero sexual o la aparición de infecciones urinarias durante la infancia, entre otras¹⁻⁴.

Clínica

La clínica clásica de la infección de orina incluye disuria, polaquiuria y urgencia miccional¹⁻⁴.

A la hora de enfrentarnos a una posible ITU en la mujer, es importante hacer una buena anamnesis. Esta no tiene que ser muy extensa, pero si tiene que servir de base para, en la medida de lo posible, establecer un claro diagnóstico diferencial con otras patologías que nos harían sospechar una ITU complicada u otra entidad¹⁻⁴.

En un primer momento, lo más importante es establecer si nos encontramos ante un episodio aislado o si ha presentado algún tipo de episodio similar en las últimas semanas o meses. Además de esto, es importante preguntar por síntomas que nos ayuden con el diagnóstico diferencial, tales como fiebre, dolor en fosa renal o hipogastrio o la presencia de flujo vaginal¹⁻⁴.

Tabla 1. Espectro antimicrobiano de las infecciones de orina

GRAM NEGATIVO		GRAM POSITIVO	
<i>E. coli</i>	79.2 %	<i>S. saprophyticus</i>	4.4 %
<i>P. mirabilis</i>	4.3 %	<i>Enterococcus</i>	3.2 %
<i>K. pneumoniae</i>	2.3 %		

Fuente: Palou J, Pigrau C, Molina I, Ledesma JM, Angulo J; Grupo Colaborador Español del Estudio ARESC. Etiología y sensibilidad de los uropatógenos identificados en infecciones urinarias bajas no complicadas de la mujer (estudio ARESC): implicaciones en la terapia empírica. *MedClin (Barc)*. 2011; 136: 1-7.

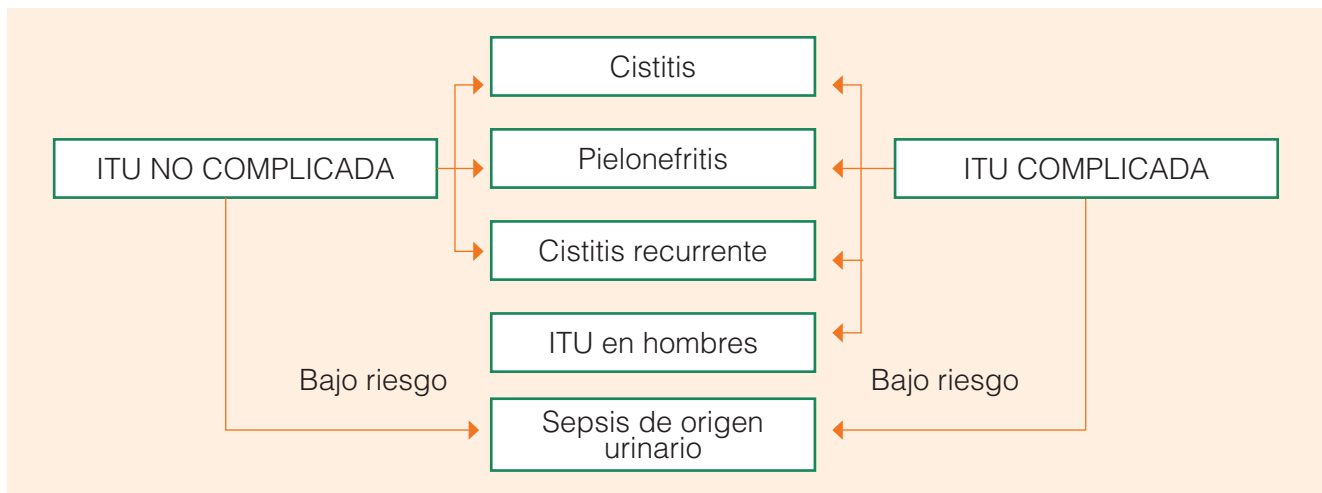


Figura 1. Concepto de ITU complicada y no complicada

Fuente: Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerling SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on urological infections. Países Bajos: European Association of Urology; 2022.

Exploración física

La rentabilidad de una exploración física ante un episodio de cistitis no complicada aislada es muy baja. Se pueden realizar algunas exploraciones como palpación abdominal con puño percusión renal o exploración vaginal siempre que durante la anamnesis nos surja duda diagnóstica con otro cuadro¹⁻⁴.

Exploraciones complementarias

Clásicamente, la tira de orina ha sido considerada como una imposición a la hora de realizar el diagnóstico de una infección urinaria. A día de hoy, las guías nos dicen que la rentabilidad de la realización de una tira de orina ante un episodio de cistitis no complicada es muy baja, por lo que no recomiendan su utilización de manera sistemática¹⁻⁴.

Lo mismo sucede con el urocultivo. Este no está indicado ni para el diagnóstico de cistitis no complicada,

ni para confirmar erradicación del mismo. Solo está indicado ante duda diagnóstica con otras patologías, síntomas atípicos o durante el embarazo¹⁻⁴.

Tratamiento

Como en toda infección, la terapia antibiótica es el tratamiento que más eficacia ha demostrado. Según las últimas guías, y atendiendo a las resistencias en nuestro país, el tratamiento de elección es la fosfomicina trometamol 3g dosis única (DU). Este es un antibiótico muy seguro con una gran ventaja: su facilidad de administración, que asegura cumplimiento del tratamiento en la gran mayoría de los casos^{2, 6}.

Se pueden emplear como alternativas pautas con nitrofurantoína o trimetoprim-sulfametoxazol, durante no más de cinco días en el caso de cistitis no complicada. A este respecto, es importante tener en cuenta que la nitrofurantoína no debe ser empleada en pacientes con filtrado glomerular menor de 30 ml/min/1.73 m² (Tabla 2)^{2, 6}.

Tabla 2. Tratamiento empírico de la cistitis no complicada

Primera elección	Fosfomicina: 3 g dosis única.
Segunda elección	Nitrofurantoína: 100 mg cada 12 h durante 5 días.
Tercera elección	Trimetoprim - sulfametoxazol: 160/800 mg cada 12 h durante 5 días.

Fuente: elaboración propia.

El uso de β -lactámicos como la amoxicilina o las cefalosporinas para el tratamiento empírico de las cistitis no complicadas debe evitarse en la medida de lo posible, sobre todo, porque se está empezando a objetivar un gran aumento de las resistencias a dichos antibióticos por los principales microorganismos responsables de ITU^{2, 4-6}.

Respecto a las quinolonas, muy empleadas hasta hace poco, es importante tener en cuenta que en la mayoría de estudios, las resistencias intrínsecas de *E.coli* a estos antibióticos es superior al 20 %, por lo que no deberían emplearse nunca como tratamiento empírico⁵⁻⁶. Además de esto, existen alertas sanitarias tanto de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, como de la Agencia Europea del Medicamento que recomiendan limitar el empleo de quinolonas para infecciones no complicadas, sobre todo cuando existan alternativas más seguras, por los potenciales efectos secundarios que pueden presentar estos fármacos, por lo que solo se debe emplear cuando no sea posible el uso de otros antibióticos.

En el caso de verse obligado a emplear cefalosporinas o quinolonas para el tratamiento de una cistitis no complicada por cualquier circunstancia, hay que tener en cuenta que las pautas no tienen por qué superar los 3-5 días²⁻³.

Actualmente, la guía europea de urología nos deja abierta la puerta a tratar la cistitis no complicada en mujeres con síntomas leves-moderados únicamente con pautas de tratamiento sintomático, como pueden ser los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como alternativa al tratamiento antibiótico. Si bien, el grado de recomendación de esta acción es bajo, es importante tenerlo en cuenta sobre todo para aquellas pacientes en las que existe duda diagnóstica, pese incluso a la realización de tira de orina, y se decide realizar un sistemático de orina en laboratorio y un urocultivo para confirmar infección de orina².

CISTITIS RECIDIVANTE

Se define como cistitis recidivante a aquella que aparece antes de las dos semanas desde la finalización del tratamiento antibiótico y que suele ser causada por un fallo en la pauta antibiótica o por presencia de alguna alteración anatómica o funcional en las vías urinarias².

La clínica de las cistitis recidivantes no difiere mucho de la presentada ante el primer episodio de cistitis. Son características la disuria, polaquiuria y la

urgencia miccional¹⁻⁴. En estas pacientes, es importante realizar un urocultivo previo a la utilización de nuevas pautas antibióticas empíricas para analizar el posible microorganismo responsable¹⁻⁴.

De cara al análisis de dicho urocultivo, uno de los primeros resultados que podemos esperar es que nos encontremos ante una cepa de *E.coli* resistente al tratamiento empírico ya empleado. De ser así, el tratamiento dirigido según antibiograma es la opción más adecuada, con pautas medias de 3-5 días. No es preciso ampliar el tiempo de tratamiento por encontrarnos ante una recidiva, dado que no se trata de una cistitis complicada.

Por otro lado, si nos encontramos otro tipo de bacteria, sería importante hacer una reflexión sobre el microorganismo en sí y la idoneidad de realizar alguna prueba complementaria en este momento. Debemos remarcar la relación existente entre, por ejemplo, *Proteus mirabilis* y la presencia de cálculos coraliiformes en la ecografía, lo que nos lleva a la necesidad de realizar cambios específicos en el manejo².

CISTITIS RECURRENTE

Se define como cistitis recurrente a la presencia de 3 o más episodios de ITU en un año, o de al menos 2 episodios en los últimos seis meses. Es importante remarcar que no incluye únicamente episodios de cistitis sino también de pielonefritis, ya sea complicada o no¹⁻⁵.

La cistitis recurrente es una entidad muy frecuente en mujeres, que afecta incluso hasta a un tercio de las mujeres que presentan cistitis. Esto nos sirve para poner énfasis en la importancia de la anamnesis a la hora de valorar un episodio de cistitis¹⁻⁵.

Manejo

El manejo de las cistitis recurrentes pasa por varias etapas:

1. SISTEMÁTICO DE ORINA Y UROCULTIVO: es imprescindible la realización de urocultivo para confirmar el diagnóstico de las cistitis recidivantes, objetivando el microorganismo y espectro antibiograma del mismo, así como diagnosticar o descartar verdaderos episodios de ITU^{1-3,5}.
2. EXPLORACIÓN FÍSICA: si bien la exploración física de rutina ante una cistitis no complicada no aportaba mucha información, la exploración física

ante una sospecha de cistitis recurrente, sobre todo de la zona pélvica, nos puede ayudar a diagnosticar otras posibles causas de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) como el prolapso vesicouterino o la vaginitis atrófica entre otras^{1-3,5}.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: las guías urológicas no recomiendan de entrada la realización de pruebas complementarias (cistoscopia, pruebas de imagen...) durante el estudio de una cistitis recurrente. Estas pueden ser útiles si nos encontramos ante casos atípicos que puedan presentar cálculos renoureterales u obstrucción al flujo, o ante la sospecha de cistitis intersticial o cáncer vesical^{1-3,5}.
4. VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO: es muy importante hacer una valoración exhaustiva de los posibles factores de riesgo para la aparición de cistitis recurrente. Esta depende de la situación vital de la paciente (premenopáusica o postmenopáusica) y nos servirá de punto de partida para poner un tratamiento específico, o seleccionar la pauta de tratamiento profiláctico más adecuada para ella^{1-3,5}.

En la Tabla 3 figuran estos factores de riesgo.

Tratamiento episodio agudo

En el tratamiento de las cistitis recurrentes tenemos que tener en cuenta varios puntos. Por un lado, es importante remarcar que, pese a que debemos hacer

un estudio pormenorizado y valorar todo lo anterior, lo más apremiante es realizar un tratamiento del episodio agudo que ha causado la consulta en un primer momento. Este tratamiento empírico se puede realizar con cualquiera de las pautas que hemos visto en el apartado de cistitis no complicada¹⁻⁵.

Tratamiento profiláctico

Al hablar de tratamiento de la cistitis recurrente nos solemos referir casi siempre al tratamiento profiláctico. Con este tipo de tratamiento lo que se pretende es disminuir el número de episodios de ITU y tiene tres grandes bloques bien definidos: medidas higiénico-dietéticas, profilaxis antibiótica y profilaxis no antibiótica.

Medidas higiénico-dietéticas

Aunque la evidencia a este respecto es bastante limitada², es importante aconsejar a nuestras pacientes ciertas medidas que, si bien pueden ser bastante obvias, también en muchas ocasiones ayudan a reducir el número de episodios. Entre dichas medidas se incluyen: aumentar el consumo de líquidos (al menos 1.5 l de líquidos al día), realizar una micción tras las relaciones sexuales, consejos sobre higiene femenina, o recomendar una limpieza tras la defecación que evite el arrastre de microorganismos hacia la vagina (higiene anteroposterior)²⁻⁵ (Tabla 4).

Tabla 3. Factores de riesgo para la aparición de cistitis recurrente

Mujeres jóvenes y premenopáusicas	Mujeres postmenopáusicas
Frecuencia y asociación con las relaciones sexuales.	Deficiencia estrogénica.
Nueva pareja sexual.	Incontinencia urinaria.
Uso de espermicidas.	Cistocele.
Antecedentes de ITU en la madre.	Cirugía urológica/ginecológica.
Distancia corta del cuello perineal.	Residuo postmiccional elevado.
Antecedentes personales de ITU antes de los 15 años.	Cambios en la microbiota vaginal.
	Antecedentes personales de ITU previos a la menopausia.

Fuente: Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerling SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on urological infections. Países Bajos: European Association of Urology; 2022.

Tabla 4. Medidas higiénico-dietéticas para la prevención de cistitis recurrentes

Medidas higiénico-dietéticas
Realizar una ingesta mínima de líquidos diaria superior a 1,5 - 2 litros.
No posponer la micción tras el deseo miccional.
Realizar una micción cada 3-4 horas.
Evitar el estreñimiento.
Higiene genital en sentido anteroposterior evitando el arrastre hacia la vagina.
Orinar tras las relaciones sexuales.
Evitar la higiene genital excesiva, así como las duchas vaginales.

Fuente: elaboración propia.

Profilaxis antibiótica

A día de hoy, la profilaxis antibiótica es la forma más efectiva de tratamiento de la cistitis recurrente. El modo en el que se debe hacer este tipo de tratamiento es individualizado, según las características de la paciente y los factores de riesgo que hayamos analizado¹⁻⁵.

- **AUTODIAGNÓSTICO-AUTOTRATAMIENTO:** como su propio nombre indica, es una opción en la que se deja a criterio de la paciente el diagnóstico y la realización, por su propia cuenta, del tratamiento. Para ello, es necesario que la paciente este muy motivada y que se tenga la certeza de que vaya a realizar un buen cumplimiento del tratamiento. Es más recomendable en pacientes que cumplen criterios de cistitis recurrente, pero en un número bajo de episodios al año. Las pautas de antibiótico a emplear siempre deben ser cortas, y los antibióticos son los mismos que se emplean ante un episodio de cistitis aislada. Es importante indicar a estas pacientes que si no mejoran pasadas 48h, es preciso acudir a consulta médica para evaluar posibles complicaciones o diagnósticos alternativos¹⁻⁵.
- **TRAS RELACIONES SEXUALES:** útil en pacientes jóvenes, en las que la aparición de las infecciones de orina está asociada a la práctica de relaciones sexuales. En estos casos, se puede emplear una pauta de tratamiento antibiótico profiláctico que debe ser iniciado antes de las primeras 24-48 h tras la relación. Si las relaciones sexuales son muy frecuentes, se pueden cambiar estas pautas a demanda por pautas de tratamiento fijo cada 7-10 días. Al igual que en el tipo anterior, los antibióticos a emplear no difieren mucho de los empleados ante un episodio aislado de cistitis¹⁻⁵. Actualmente, se indica también que este tipo de pautas puede tener mayor adecuación durante el embarazo².
- **TRATAMIENTO CONTINUO:** es el más controvertido de los casos, por las implicaciones que puede tener a nivel de aumento de resistencias de forma global, pero también es el que más estudios presenta a su favor². Se trata de una pauta continua diaria, a una dosis mínima eficaz según el antibiótico a emplear y de administración normalmente nocturna. Las pautas varían desde los 3 meses a un año sin un claro consenso sobre cuánto tiempo sería el indicado. Su principal inconveniente es que la tasa de recurrencia no disminuye una vez terminado el tratamiento. Se pueden emplear pautas con fosfomicina 3 g cada 10 días, cotrimoxazol 200/40 mg cada 24 h, o trimetoprim 100 mg cada 24 h. En las guías también podemos encontrar pautas continuas con nitrofurantoína, pero estas no están recomendadas según la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios por la alta potencialidad de reacciones adversas de tipo pulmonar en tratamientos de larga duración¹⁻⁶.

Profilaxis no antibiótica

El principal problema de la profilaxis antibiótica es, como bien se ha indicado anteriormente, que su eficacia desaparece al interrumpir el tratamiento. Mantener este tipo de tratamientos de manera crónica es inviable por razones obvias, como la alta incidencia de efectos secundarios relacionados con la disbiosis de la microbiota (oral, intestinal, genital, etc.), así como la aparición de resistencias antimicrobianas múltiples. Esto nos pone en un escenario complicado a la hora de tratar las cistitis recurrentes en el que la profilaxis no antibiótica puede suponer un alivio para nuestras pacientes⁷.

Prácticamente la totalidad de estos tratamientos basan su mecanismo de acción en aumentar los mecanismos de defensa del huésped para luchar contra la infección^{1,5}.

- **PROBIÓTICOS:** bacterias del género *Lactobacillus* colonizan la mucosa urogenital de manera habitual y ayudan a la protección contra la invasión mucosa de la *E. coli*. Este tipo de bacterias secretan múltiples sustancias que colaboran en la acidificación de la vagina. No todos los lactobacillus actúan en la flora vaginal, por lo que los más recomendados son *L. rhamnosus* GR1 o *L. reuteri* B-54. Es importante remarcar que los estudios concluyentes a este respecto no tienen la calidad óptima para que se puedan extraer conclusiones sobre las pautas de aplicación, pero sí que sugieren, en la mayoría de los metaanálisis, una mejoría objetiva con este tipo de tratamiento respecto a placebo^{1,5}.
- **ESTRÓGENOS TÓPICOS:** los estrógenos tópicos empleados en pacientes menopáusicas con atrofia urogenital ayudan a aumentar la concentración vaginal de *lactobacillus* y disminuyen el pH vaginal. Es importante remarcar que solo la formulación tópica vaginal ha demostrado eficacia y que es necesario tener en cuenta los antecedentes personales de la paciente antes de iniciar su tratamiento. La pauta de aplicación se inicia una vez al día durante las 2-3 primeras semanas para, posteriormente, continuar con una aplicación cada 3 días^{1,5,8}.
- **ARÁNDANO ROJO:** el arándano rojo contiene un polisacárido, la proantocianidina (PAC), que reduce en gran medida la adherencia de *E. coli* al urotelio. Los estudios a este respecto son algo más limitados, aunque su uso se sigue aconsejando dado que tiene un alto potencial de beneficio en contra del bajísimo riesgo que puedan suponer. Se

recomienda que el producto que se administre sea un preparado comercial, debido a la gran cantidad de arándanos que se precisa consumir de manera natural para alcanzar la concentración de PAC necesaria. Es importante que, si se inicia este tipo de tratamiento, se haga con preparaciones que contengan al menos 36 mg de PAC, que se administrarán diariamente durante 6-12 meses^{1,5}.

- **D-MANOSA:** la D-manosa es un monosacárido eliminado íntegramente por la orina que se encarga de inhibir competitivamente la adhesión de las fimbrias de *E. coli* al urotelio. Las evidencias respecto a D-manosa son bastante prometedoras, con reducción del número de episodios de ITU respecto al uso de placebo, e incluso demostrando igualdad en la reducción al ser comparada con nitrofurantoína, con la clara disminución de efectos secundarios. El empleo de preparados con D-manosa debe contener al menos 1-2 g de la misma, que se emplean de manera diaria durante un periodo de al menos 6 meses^{1,5,8}.
- **INSTILACIONES ENDOVESICALES:** Las instilaciones endovesicales de ácido hialurónico y condroitín sulfato son empleadas por especialistas en urología para el tratamiento la cistitis intersticial o la vejiga hiperactiva, entre otros. El mecanismo de acción por el que actúan es el restablecimiento de la permeabilidad normal del urotelio, dificultando la adhesión de patógenos. Se emplean sobre todo en el tratamiento de cistitis complejas y deben llevarse a cabo en todo caso en ámbito hospitalario^{1,2,5}.
- **VACUNACIÓN:** Los estudios y progresos a este respecto muestran gran efectividad, aunque es difícil valorar en todas las pacientes. Se trata de tratamientos muy específicos, que pueden no estar presentes en todos los servicios de urología, por lo que se recurre a ellos en última instancia en cistitis muy complicadas refractarias a todo tipo de tratamientos^{1,2,5}.

En la actualidad hay varios estudios muy prometedores respecto al empleo combinado de varias de estas formas, como el uso combinado de arándano rojo y D-manosa, o el uso de *lactobacillus rhamnosus* y extracto de arándanos junto a otros compuestos como la vitamina C^{5,8}. Es por ello, que se recomienda emplear este tipo de tratamientos de manera combinada siempre que sea posible.

El principal inconveniente que pueden presentar la mayoría de tratamientos no antibióticos, es que ninguno está financiado, de momento, por el sistema nacional

Qué hacer ante...

de salud, lo que presupone un desembolso importante por parte de las pacientes, con la consecuente reticencia a mantenerlo y la disminución de su eficacia.

PIELONEFRITIS NO COMPLICADA

La pielonefritis es la infección del parénquima renal de origen normalmente bacteriano. Aunque esta puede ser potencialmente grave por la posibilidad de provocar sepsis de origen renal, en mujeres jóvenes premenopáusicas y ante la ausencia de embarazo y otras comorbilidades, puede ser tratada en las propias consultas de Atención Primaria².

Clínica

La clínica clásica de pielonefritis incluye: fiebre, dolor en flanco/fosa renal y síntomas de disuria y polaquiuria.

Lo más importante ante un paciente con sospecha de pielonefritis es realizar un diagnóstico diferencial adecuado para descartar que cumplan criterios de ITU complicada (Tabla 5). Es importante también tener en cuenta el estado general del paciente y valorar signos de gravedad en cualquier caso².

Diagnóstico

Es necesario realizar tanto sistemático de orina, como urocultivo previo al inicio de tratamiento².

La realización de otras pruebas complementarias vendrá dada por las características clínicas del paciente y los antecedentes que pueda presentar, pudiendo ser necesaria una ecografía renal o incluso tomografía computarizada, en el caso de que tenga

historia previa de litiasis o alteración renal. También es preciso realizar una prueba de imagen si no existe mejoría clínica pasadas 48 h-72 h desde el inicio del tratamiento antibiótico².

Por ello es importante reevaluar al paciente tras las primeras 24-48 horas desde que se inicia el tratamiento en busca de posibles signos o síntomas de complicación.

Tratamiento

Para el tratamiento de una pielonefritis no complicada, las pautas antibióticas deben ser algo más largas que las empleadas en las cistitis, y basadas sobre todo en cefalosporinas (cefuroxima 500 mg cada 12 horas durante 7 días) o quinolonas (ciprofloxacino 250 mg cada 12 horas durante 7 días o levofloxacino 500 mg cada 24 horas durante 7 días)^{2,6}. El empleo de pautas basadas en fosfomicina o nitrofurantoina en pielonefritis no complicadas se desaconseja dada la poca evidencia de eficacia².

ITU COMPLICADA

Las infecciones urinarias complicadas son definidas como toda aquella ITU que ocurre en un paciente con circunstancias clínicas, ya sean propias del huésped o del microorganismo responsable, que suponen una dificultad añadida para el tratamiento de la misma². Estos factores condicionantes se subrayan en la Tabla 5.

Clínica

La clínica no difiere en gran medida de la referida en los puntos anteriores, si bien es necesario tener

Tabla 5. Factores de riesgo de ITU Complicada

Obstrucción	Hombre
Presencia de cuerpo extraño.	Embarazo.
Vaciado incompleto.	Diabetes.
Reflejo vesicouretral.	Inmunodeprimidos.
Historia reciente de cirugía.	Antecedentes de infecciones graves.
Microorganismos multirresistentes.	

Fuente: Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerling SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on urological infections. Países Bajos: European Association of Urology; 2022.

en cuenta los factores de riesgo mencionados para saber que nos encontramos ante este tipo de ITU.

Es importante poner de manifiesto que los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) no se deben únicamente a ITU, sino que existen otras patologías en este tipo de pacientes que pueden ocasionar una clínica similar (hiperplasia benigna prostática, vejiga neurógena, etc.).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de una ITU complicada es necesario solicitar: un sistemático de orina para confirmar la sospecha y un urocultivo previo al tratamiento para valorar el microorganismo responsable². Puede ser necesario también un segundo urocultivo tras finalización del tratamiento antibiótico para confirmar la erradicación. Esta última indicación no es obligatoria, pero si recomendable.

El argumento a favor de confirmar la efectividad del tratamiento se debe a que, si bien es la *E. coli* el principal microorganismo responsable de este tipo de infecciones, no es infrecuente encontrar otros microorganismos causantes de ITU complicadas, por lo que es importante saber que el tratamiento empírico que se ha realizado ha sido el adecuado.

Tratamiento

La principal norma a la hora de establecer las pautas de tratamiento de una ITU complicada es que los tiempos del mismo son más largos que los anteriores,

precisando como mínimo entre 7 y 14 días de tratamiento^{2,6}.

Es importante recordar la alta resistencia a ciertos antibióticos que existe para este tipo de ITU, por lo que es interesante el empleo de pautas antibióticas basadas en amoxicilina/clavulánico o cefalosporinas de tercera generación. Las quinolonas, si bien deben evitarse por las altas tasas de resistencias empíricas en nuestro país, deben ser consideradas en aquellos casos en los que existen alergias o contraindicaciones a β lactámicos^{2,6}.

Todo lo anterior se aplica, sobre todo, a pacientes en los que la situación basal no sugiera gravedad, pues de ser así, es necesario realizar de inicio un tratamiento intravenoso basado en cefalosporinas y continuación ambulatoria vía oral con el mismo tipo de fármacos^{2,6}.

ITU EN EL VARÓN. PROSTATITIS

Como bien hemos visto anteriormente, la infección de orina en el varón es considerada, por definición, una infección de orina complicada. La principal razón de esto viene derivada de la anatomía: la uretra en el varón es más larga que en la mujer, por lo que la colonización de la vejiga por parte de los microorganismos es más complicada. Esto nos sugiere que, o bien existe una alteración anatómica previa, o la virulencia del microorganismo es mayor de lo habitual. Además de esto, no se puede perder de vista la existencia de estructuras anatómicas añadidas, como la

Tabla 6. Clasificación de la prostatitis y el SDPC

Tipo	Nombre y descripción
I	Prostatitis bacteriana aguda.
II	Prostatitis bacteriana crónica.
III	Prostatitis abacteriana crónica – síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC): A. SDPC inflamatorio (leucocitos en semen/SPE/VB3). B. SDPC no inflamatorio (ausencia de leucocitos en semen/SPE/VB3).
IV	Prostatitis inflamatoria asintomática (prostatitis histológica).

SDPC: síndrome de dolor pélvico crónico; SPE: secreción prostática exprimida; VB: orina de la vejiga evacuada 3 (orina obtenida después de un masaje prostático).

Fuente: Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerling SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on urological infections. Países Bajos: European Association of Urology; 2022.

próstata, que pueden interferir a la hora de la valoración de una infección urinaria en el hombre.

Etiología

La prostatitis tiene una clasificación muy específica y validada según el *National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) of the National Institutes of Health (NIH)* que se puede ver en la Tabla 6. En los apartados I y II se incluyen la prostatitis bacteriana, que, según los estudios, se objetiva en menos del 10 % de los pacientes con clínica compatible con prostatitis².

Aunque *E. coli* es el principal patógeno responsable, el espectro de microorganismos responsables de este cuadro clínico es mucho más amplio que en ITU anteriores, incluyendo incluso microorganismos relacionados con las infecciones de transmisión sexual (sobre todo en pacientes jóvenes), u otros microorganismos como *M. tuberculosis* o *Candida spp*².

Clínica

Los síntomas de una infección urinaria en el varón son muy similares a los vistos en la mujer; disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Es importante atender a la presencia de dolor en diferentes localizaciones como pueden ser el perineo, el escroto, el pene o incluso el recto, pues nos debe sugerir la posibilidad de una prostatitis. Esta se suele acompañar también de fiebre o malestar general².

A la exploración física, es importante remarcar que el tacto rectal es necesario para descartar complicación prostática. Un tacto rectal con próstata dolorosa sugiere un diagnóstico de prostatitis, y si además se asocia con una próstata blanda o fluctuante, nos debe poner sobre aviso de posible complicación de la misma por abscesificación de la glándula².

En las guías se sugiere evitar el masaje prostático, pero es importante diferenciar este del tacto rectal simple. La exploración prostática para descartar

complicación en la prostatitis no solo no está desaconsejada, sino que se considera una necesidad para una correcta valoración del paciente².

Diagnóstico

La realización de una tira de orina en una ITU en el varón es muy interesante para iniciar el diagnóstico. Es frecuente encontrar leucocitos y nitritos positivos, lo que aumenta el valor predictivo positivo de la prueba hasta el 95 %².

Como ante cualquier infección de orina complicada, la ITU en el varón debe venir acompañada de la realización de un urocultivo previo al inicio del tratamiento, independientemente de que nos encontremos ante una cistitis aislada o una sospecha de prostatitis².

Una posibilidad muy útil en el diagnóstico de la prostatitis es la realización de pruebas basadas en PCR de orina de primera micción para el diagnóstico de microorganismos como *C. trachomatis*, si bien esta prueba puede no estar accesible en la mayoría de laboratorios. El cultivo de semen no se recomienda de manera rutinaria por la baja rentabilidad que tiene y la ecografía transrectal solo debe ser empleada si la sospecha de absceso prostático es muy alta².

Al igual que en cualquier ITU complicada, en la prostatitis no es obligatorio la realización de urocultivo para confirmar erradicación, aunque si puede ser recomendable su uso².

Tratamiento

En el tratamiento de las ITU del varón es importante tener clara la sospecha diagnóstica. La cistitis, pese a ser rara, es posible, por lo que las pautas se adaptan a lo expuesto en el apartado anterior de cistitis complicada^{2,5}.

Por otro lado, ante la sospecha de prostatitis, el tratamiento debe ser prolongado al menos hasta las 3 semanas, dada la baja permeabilidad prostática para

Tabla 7. Tratamiento empírico de prostatitis bacteriana aguda

Cefixima: 400 mg cada 24 horas, durante 4 semanas.

Ciprofloxacino: 250 mg cada 12 horas, durante 4 semanas.

Levofloxacino: 500 mg cada 12 horas, durante 4 semanas.

Fuente: elaboración propia.

los antibióticos. Los criterios para la elección se basan principalmente en el uso de quinolonas o cefalosporinas de tercera generación. Si bien ninguna de ellas está contraindicada, podría ser preferible el uso de cefalosporinas dadas las razones explicadas en capítulos anteriores respecto al uso de las fluorquinolonas (Tabla 7)^{2, 5}.

Es importante remarcar que es imprescindible mantenerse alerta al resultado del urocultivo, pues en muchas ocasiones, sobre todo en pacientes jóvenes, el microorganismo responsable puede ser atípico o relacionado con las relaciones sexuales, por lo que puede ser necesario realizar el cambio del mismo a pautas con doxiciclina, azitromicina o incluso metronidazol. También hay que tener en cuenta que en un alto porcentaje de casos, la sospecha de prostatitis es abacteriana, por lo que podemos encontrarnos antes cualquier otro diagnóstico posible de prostatitis crónica^{2, 5}.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

La bacteriuria asintomática (BA) se define como el crecimiento bacteriano por encima de 10⁵ unidades formadoras de colonias (UFC) en una muestra de orina de micción media ante la ausencia de síntomas del tracto urinario inferior^{2, 3}.

Esta entidad es muy común, y se debe principalmente a la colonización del tracto urinario por múltiples microorganismos. Es más frecuente en edades avanzadas de la vida y en los pacientes que se asocian otros factores como la institucionalización en residencias o las lesiones medulares^{2, 3}.

El manejo de la BA ha cambiado mucho a lo largo de la historia. En la actualidad, las recomendaciones en las guías urológicas internacionales son bastante claras a este respecto.

En pacientes sin ningún tipo de factor de riesgo asociado, el diagnóstico rutinario o incluso el tratamiento de la BA no ha demostrado utilidad alguna. El tratamiento de este tipo de infecciones lo único que causa es aumentar las resistencias, seleccionando a las cepas más fuertes y causando mayores dificultades a la hora de tratar cualquier infección urinaria posterior que pueda presentar el paciente^{2, 3}.

En el caso de presentar BA en pacientes con factores de riesgo tradicionales como diabetes mellitus, menopausia, institucionalización o incluso sondaje vesical permanente o intermitente, las recomendaciones actuales son similares a lo expuesto anteriormente. No es preciso realizar cultivos de orina de

manera rutinaria a estos pacientes, ni tratar de manera rutinaria ante la presencia de una BA^{2, 3}.

Sí que es preciso realizar urocultivo de screening y tratamiento ante una BA en las siguientes condiciones:

- **EMBARAZO:** es en mujeres embarazadas en quienes, debido al alto riesgo de progresión a ITU complicada, es preciso realizar urocultivo en el primer trimestre a modo de screening de la BA. Las pautas de tratamiento están algo discutidas sin llegar a un claro consenso sobre si es mejor la dosis única o las pautas inferiores a una semana. En estos casos, sí es necesario realizar urocultivo para confirmar erradicación del microorganismo e incluso es recomendable realizar urocultivo rutinario mensual hasta el parto^{2, 6}.
- **PREVIO A CIRUGÍA UROTELIAL:** En el caso de pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía urotelial las recomendaciones son más o menos superponibles a las anteriores. La única salvedad es que no es preciso realizar un urocultivo postratamiento, pero sí es necesario vigilar síntomas ante la posibilidad de ITU complicada^{2, 6}.

Aunque las guías europeas no hagan mención a ello, sí que consideramos importante poner de manifiesto que existe algún estudio reciente en el que se sugiere incluir a los trasplantados renales recientes dentro de los grupos en los que es preciso realizar despistaje y tratamiento de las BA. Esta recomendación de realización de screening y tratamiento solo hay que tenerla en cuenta durante el primer mes tras el trasplante, pues pasado este tiempo, no se ha objetivado un aumento de las infecciones o complicaciones en estos pacientes^{6, 9, 10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brenes Bermúdez FJ. Evaluación de la cistitis recurrente desde la atención primaria: Madrid; IM&C; 2020.
2. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerling SE, Köves B, et al. EAU Guidelines on urological infections. Países Bajos: European Association of Urology; 2022. Disponible en: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2022.pdf>
3. Anger JT., Bixler BR., Holmes RS., Lee UJ., Santiago-Lastra Y., Selph SS. Updates to Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/

- SUFU Guideline. *The Journal of Urology*. 2022; 208(3): 536-541. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35942788/>
- Brenes Bermúdez FJ., Medina Pedraza V., Alonso Osorio MJ. Uso del extracto de arándanos y probióticos en infecciones del tracto urinario. Ed Mayo. AEU SEMERGEN 2022. Disponible en: <https://semergen.es/index.php?seccion=biblioteca&subSeccion=detalleDocumento&idD=1052>
 - Palou J, Pigrau C, Molina I, Ledesma JM, Angulo J; Grupo Colaborador Español del Estudio ARESC. Etiología y sensibilidad de los uropatógenos identificados en infecciones urinarias bajas no complicadas de la mujer (estudio ARESC): implicaciones en la terapia empírica. *MedClin (Barc)*. 2011; 136: 1-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775310007463>
 - De Cueto M et al. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC) *EnfermInfeccMicrobiol-Clin*. 2017;35(5):314-320. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28017477/>
 - Beerepoot M, Geerlings S. Non-Antibiotic Prophylaxis for Urinary Tract infections. *Pathogens* 2016; 5 (2): 36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092529/>
 - Ala-Jaakkola R., Laitila A., Ouwehand AC., Lehtoranta L. Role of D-mannose in urinary tract infections – a narrative review. *Nutrition Journal*; 2022; 21(18). Disponible en: <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-022-00769-x>
 - Santos CAQ., Brennan DC. Urinary tract infection in kidney transplant recipients. In *UpToDate*. Vella J, Blumberg EA (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Disponible en: <https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/urinary-tract-infection-in-kidney-transplant-recipients>
 - Coussement J., Kamar N., Matignon M., Weekers L., Scemla A., Giral M., et al. Antibiotics versus no therapy in kidney transplant recipients with asymptomatic bacteriuria (BiRT): a pragmatic, multicentre, randomized, controlled trial. *ClinMicrobiolInfect* 2021; 27 (3):398-405. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919076/>

Guía de actuación en enfermedad por reflujo gastroesofágico

Action guidelines in gastroesophageal reflux disease

César Granja Ortega, Sonia Fernández Jorde y Noelia Fontanillas Garmilla

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) sigue siendo una de las patologías más prevalentes en nuestro medio, ocasionando una disminución en la calidad de vida de nuestros pacientes. La pirosis o regurgitación son los síntomas típicos y definitorios de esta patología. Existe una postura común en la bibliografía revisada: en la primera aproximación diagnóstica, se deben descartar signos y síntomas de alarma en todos los pacientes que acudan a nuestra consulta por esta patología. De esta misma manera, existe un acuerdo en que el abordaje inicial de la patología ante la ausencia de signos y síntomas de alarma, puede ser el tratamiento empírico sin necesidad de pruebas complementarias. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) siguen siendo el tratamiento de elección, pudiéndose complementar con otras medidas y tratamientos farmacológicos.

Palabras clave: *reflujo, pirosis, esofagitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, inhibidor de la bomba de protones*

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) continues to be one of the most prevalent pathologies in our environment, causing a decrease in the quality of life of our patients. Heartburn or regurgitation are the typical and defining symptoms of this pathology. There is a common position in the literature reviewed: in the first diagnostic approach, alarm signs and symptoms should be ruled out in all patients who come to our consult for this pathology. In the same way, there is an agreement that the initial approach to pathology in the absence of warning signs and symptoms can be empirical treatment without the need for additional tests. Proton pump inhibitors (PPIs) continue to be the treatment of choice and can be complemented with other measures and pharmacological treatments.

Keywords: *reflux, heartburn, esophagitis, gastroesophageal reflux disease, proton pump inhibitors*

César Granja Ortega

Médico especialista en MFyC. Miembro del GT de Digestivo SEMERGEN. Centro de salud Los Castros (Santander, Cantabria).

Sonia Fernández Jorde

Residente 4º año MFyC. Miembro del GT de Digestivo SEMERGEN. Centro de Salud Bezana (Santa Cruz de Bezana, Cantabria).

Noelia Fontanillas Garmilla

Médica especialista en MFyC. Coordinadora del GT de Digestivo SEMERGEN, Centro de Salud Bezana (Santa Cruz de Bezana, Cantabria).

Correspondencia:

César Granja Ortega
cesargranja@hotmail.com

DEFINICIÓN

Según el documento de consenso de Montreal de 2006¹ se define la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) como la condición que ocurre cuando el reflujo del contenido gástrico conduce a la aparición de síntomas molestos o complicaciones que llegan a alterar la calidad de vida relacionada con la salud.

La pirosis se considera patológica cuando produce síntomas leves dos o más días a la semana, o síntomas moderados-intensos al menos una vez a la semana¹.

Desde un punto de vista objetivo, se establece por la presencia de lesiones en la mucosa, demostradas por medio de la endoscopia o por la exposición anormal del esófago al ácido, demostrada por medio de la pHmetría.

FISIOPATOLOGÍA

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el escape del contenido gástrico o duodenal hacia la luz del esófago, debido a relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI) o a la incompetencia verdadera del mismo. Las relajaciones transitorias son una situación fisiológica que a priori no producen lesiones ni síntomas.

Para que la ERGE se desarrolle debe darse un desequilibrio entre las causas potencialmente agresivas y los mecanismos defensivos de la mucosa esofágica²:

1. BARRERA ANTIRREFLUJO: constituida por el esfínter esofágico inferior (EEI), el diafragma

crural y la disposición anatómica de la propia unión esofagogástrica. Su función es mantener una resistencia natural al RGE.

En la mayoría de las ocasiones, tanto en personas sanas como en individuos que presentan ERGE, la causa principal es la relajación transitoria espontánea del EEI (RTEEI) y no una pérdida permanente del tono.

La frecuencia y la duración de las RTEEI no son mayores en personas que presentan ERGE. El concepto de “bolsillo ácido” se define como una fina película de ácido que se halla por encima del contenido alimentario del estómago y se sitúa próxima al cardias, justificando que la mayoría de los episodios de reflujo ácido ocurren en periodo postprandial durante los episodios de RTEEI. Las hernias hiatales facilitan el reflujo desde el saco herniario, ya que en algunos casos aumentan el número y la duración de las RTEEI y pueden producir hipotonía esfinteriana.

Otras causas que podrían favorecer el RGE son el retraso en el vaciamiento gástrico y el aumento de la presión intraabdominal (embarazo, tos crónica, obesidad, etc.).

2. ALTERACIONES DEL ACLARAMIENTO ESOFÁGICO: el aclaramiento esofágico del ácido es la capacidad que tiene el esófago para eliminar el ácido residual que queda en la mucosa después de un episodio aislado de reflujo.

Viene determinado por el peristaltismo, el efecto de la gravedad y una secreción salivar adecuada. Determina la duración del reflujo y por tanto, el tiempo al que la mucosa esofágica está expuesta al ácido.

3. COMPOSICIÓN Y VOLUMEN DEL CONTENIDO GÁSTRICO: el ácido es el principal causante de la esofagitis y de los síntomas del RGE. La bilis y las enzimas digestivas presentes en el jugo gástrico junto con el ácido tienen también un papel importante.

4. RESISTENCIA DE LA MUCOSA ESOFÁGICA: los factores defensivos epiteliales dependen de un flujo sanguíneo adecuado, una correcta salivación, la integridad de las uniones intercelulares y la producción del moco y bicarbonato por las células epiteliales.

5. AUMENTO DE LA SENSIBILIDAD VISCERAL: La percepción visceral en cada individuo condiciona que la intensidad con la que se manifiestan los síntomas pueda ser distinta entre diferentes personas. Habitualmente, una mucosa erosiva es más

sensible al ácido debido a que la inflamación reduce el umbral de percepción visceral. En estos casos, los pacientes refieren síntomas compatibles con ERGE sin datos endoscópicos de daño tisular y, en ocasiones, sin evidenciarse reflujo ácido en rango patológico.

SÍNTOMAS

Esofágicos

- SÍNDROME TÍPICO:** los síntomas principales de la ERGE son la pirosis y la regurgitación. Se establece así el concepto de síndrome típico a la sensación de pirosis retroesternal asociada o no a regurgitación. La presencia de ambos síntomas hace considerar firmemente el diagnóstico. La pirosis es descrita por el paciente como una sensación de ardor o quemazón, que asciende desde el estómago hacia el cuello. Es la manifestación clínica más frecuente de la ERGE. La regurgitación se define como el retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago, o incluso a la boca. En España se ha descrito que aproximadamente 1 de cada 3 personas padecen pirosis y más de 1 de cada 10, regurgitación ácida de forma habitual^{3,4}.
- SÍNDROME DOLOR TORÁCICO POR REFLUJO:** otra manifestación importante es el dolor torácico de causa esofágica, que en ocasiones es indistinguible del dolor de origen coronario. Antes de iniciar un tratamiento dirigido al RGE en un paciente con dolor torácico, debe descartarse siempre una causa cardiológica. Se estima que el 30 %-60 % de los pacientes que presentan dolor torácico de origen no cardiológico tiene su origen en el reflujo, siendo el RGE la causa más frecuente de esta sintomatología. La respuesta al tratamiento antisecretor en estos pacientes no es muy eficaz^{3,4}.

Extraesofágicos

Las manifestaciones extraesofágicas de la ERGE pueden incluir síntomas laríngeos y pulmonares como ronquera, carraspeo y tos crónica, y afecciones como laringitis, faringitis y fibrosis pulmonar. Se ha propuesto la ERGE como posible causa de exacerbación del asma. Incluso en pacientes con

ERGE establecida, puede ser difícil establecer que la ERGE sea la causa inicial de estos problemas (Tabla 1)^{3,4}.

Tabla 1. Manifestaciones extraesofágicas de la ERGE

Tos crónica
Asma
Laringitis
Faringitis
Sinusitis
Erosiones dentales/Caries
Laringoespasma
SAOS
Disfonía

Fuente: elaboración propia.

En el diagnóstico y tratamiento de la ERGE es fundamental tener en cuenta los signos y síntomas de alarma. Su detección determina un enfoque distinto en el abordaje de esta patología. Los signos y síntomas de alarma quedan resumidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Signos y síntomas de alarma en la ERGE

Disfagia
Odinofagia
Pérdida de peso no intencionada
Anemia
Hematemesis o melenas
Vómitos recurrentes

Fuente: elaboración propia.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Endoscopia

Como se ha explicado antes, el diagnóstico de ERGE es clínico, no siendo necesaria la realización de una endoscopia en los pacientes con síndrome típico (pirosis o regurgitación). La última guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la ERGE de la American College of Gastroenterology recomienda la realización de una gastroscopia en los siguientes

Tabla 3. Recomendaciones realización endoscopia diagnóstica en pacientes con ERGE según la American College of Gastroenterology (3)

1. Se recomienda endoscopia diagnóstica, idealmente después de suspender los IBP durante 2-4 semanas, en pacientes cuyos síntomas clásicos de ERGE no responden adecuadamente a un ensayo empírico de 8 semanas con IBP o cuyos síntomas regresan cuando se interrumpen los IBP (recomendación fuerte, bajo nivel de evidencia).
2. En pacientes que tienen dolor torácico sin ardor de estómago y que han tenido una evaluación adecuada para excluir enfermedad cardíaca, se recomienda pruebas objetivas para ERGE (endoscopia y/o pHmetría) (sugerencia, bajo nivel de evidencia).
3. Se recomienda la endoscopia como primera prueba para la evaluación de pacientes que presentan disfagia u otros síntomas de alarma (pérdida de peso y sangrado gastrointestinal) y para pacientes con múltiples factores de riesgo para el esófago de Barrett (recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).

Fuente: Katz PO., Dunbar KB., Schnoll-Sussman FH., Greer KB, Yadlapati R., Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022; 117(1):27-56.

casos: cuando el diagnóstico de ERGE plantea dudas, ante la presencia de signos y síntomas de alarma y en pacientes con factores de riesgo para descartar esófago de Barrett^{3,5} (Tabla 3).

Contraste baritado

No está indicado en el estudio de la ERGE. Posee muy baja sensibilidad y especificidad, salvo para la detección de estenosis péptica. En tales casos, la radiología baritada es un procedimiento más sensible que la propia endoscopia. La presencia de reflujo en un esofagograma de bario tiene poca sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de ERGE en comparación con la pHmetría. El hallazgo de reflujo de bario por encima de la entrada torácica con o sin maniobras de provocación aumenta algo la sensibilidad para el reflujo, pero no lo suficiente como para recomendar el esofagograma de bario como prueba de diagnóstico para la ERGE⁵.

Manometría esofágica

La manometría no está indicada en todos los pacientes con ERGE, puesto que no permite el diagnóstico del reflujo. Se puede utilizar para evaluar las anomalías de la motilidad asociadas con la ERGE. La presión débil del esfínter esofágico inferior y la motilidad esofágica ineficaz a menudo acompañan a la ERGE grave, pero ninguna anomalía manométrica es específica de la ERGE. La manometría también tiene un papel en la evaluación de pacientes que consideran procedimientos antirreflujo quirúrgicos o endoscópicos, además es una herramienta diagnóstica en pacientes que no responden a los IBP cuando no se puede demostrar la etiología de los síntomas mediante la monitorización del pH por impedancia y en pacientes con dolor torácico no cardíaco⁵.

Monitorización del reflujo. PHmetría ambulatoria

La monitorización ambulatoria del reflujo (pHmetría o impedancia-pH) permite evaluar la exposición esofágica al ácido para establecer o descartar un diagnóstico de ERGE y correlacionar los síntomas con los episodios de reflujo. Los principales métodos de prueba de reflujo son el catéter transnasal y la novedosa cápsula de telemetría inalámbrica (Bravo Reflux Capsule) adherida a la mucosa esofágica colocada mediante endoscopia, que aún no está extendida en todos los sistemas sanitarios. Con los catéteres de pH y pH/impedancia posicionados transnasalmente, el período de monitorización generalmente se limita a 24 horas, mientras que la monitorización inalámbrica de la cápsula puede durar de 48 a 96 horas. Además, la cápsula evita la incomodidad física y presenta ventajas estéticas frente a un catéter transnasal y, por lo tanto, es más probable que los pacientes realicen sus actividades diarias normales durante la duración de la prueba^{3,5}.

EMBARAZO

Aproximadamente dos tercios de las mujeres embarazadas experimentan acidez estomacal, que puede comenzar en cualquier trimestre. Los síntomas en general están bien controlados con el manejo convencional, y desaparecen tras el parto. El embarazo y el aumento de peso son factores de riesgo para padecer síntomas de ERGE. El diagnóstico de ERGE en estos casos también se basa en los síntomas referidos por la paciente. La realización de una endoscopia o monitorización del pH rara vez son necesarias. Puede considerarse la realización de una EDA,

que preferiblemente se demorará hasta transcurrido el primer trimestre de embarazo. No suelen requerirse la indicación de exploraciones invasivas, solo en caso de clínica grave y refractaria o de datos de alarma^{3,5,6}.

MANEJO

Cuestionarios

En ausencia de signos y síntomas de alarma se ha aceptado la presencia de pirosis y regurgitación como sospecha diagnóstica suficiente para iniciar tratamiento de forma empírica.

Si se compara la sensibilidad y especificidad de estos síntomas frente a pruebas objetivas estas son bajas.

Se han validado numerosos cuestionarios para el diagnóstico de la ERGE y su gravedad, tanto en Atención Primaria como Especializada. Su valor diagnóstico en la práctica habitual es moderado, con valores predictivos similares o inferiores a los que proporciona la mera opinión clínica del médico de familia o del gastroenterólogo.

Existen distintos tipos de cuestionarios, ejemplo de ello son el Reflux Disease Questionnaire (RDQ) y el Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GRDQ). Estos son una herramienta sencilla y económica para cuantificar numéricamente la frecuencia e intensidad de los síntomas y los cambios tras el tratamiento. La utilización de cuestionarios específicos (RDQ o GERDQ) añade un sistema cuantitativo para la medición de cambios⁷.

DIETA Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Las principales recomendaciones son:

- **Alimentación:** entre los alimentos que más se relacionan con el reflujo están las grasas, cítricos, chocolate, bebidas con gas, café o alcohol. La recomendación general es la de limitar su consumo en pacientes en los que exista una clara relación entre el consumo de estos alimentos y la aparición de síntomas.
- **Tabaco:** el cese del consumo de tabaco se relaciona con una mejoría de los síntomas.
- **Peso:** existe evidencia de que los pacientes con sobrepeso o con ganancia de peso reciente pueden

mejorar los síntomas si consiguen una reducción ponderal.

- **Medidas posturales:** el descanso nocturno con el cabecero de la cama ligeramente elevado es el cambio más recomendado. Distanciar la última ingesta de la hora de acostarse también es una medida a tener presente, así como dormir sobre el lado izquierdo.

FÁRMACOS

- **ANTIÁCIDOS:** actúan neutralizando la secreción ácida por su carácter básico. Son de acción rápida y corta duración, se emplean en el control sintomático de casos leves o como coadyuvantes de otros fármacos que se estén empleando de base.
- **ALGINATOS:** ejercen una barrera ante el contenido ácido, son muy útiles en la neutralización del bolsillo ácido. El empleo junto con antiácidos ha demostrado mayor eficacia que el placebo o los antiácidos solos.
- **SUCRALFATO:** uno de los fármacos conocidos como protectores de la mucosa, forma una película en la mucosa esofágica previniendo de la acción nociva del contenido refluído. De utilidad también en el reflujo alcalino ya que es capaz de neutralizar los ácidos biliares y la pepsina. De elección en el tratamiento de la ERGE durante el embarazo.
- **PROCINÉTICOS:** estimulan la motilidad esofagogástrica, pueden aumentar el tono del esfínter esofágico inferior reduciendo las RTEEI, consiguiendo así una mejora en el aclaramiento esofágico. Algunos de ellos como la cinitaprida, levosulpirida, cleboprida, metoclopramida, domperidona y macrólidos como la eritromicina pueden tener indicación, asociados a un inhibidor de la bomba de protones (IBP), en pacientes en los que predomine la regurgitación y el retraso del vaciamiento gástrico.
- **BACLOFENO:** está incluido dentro del grupo de inhibidores del reflujo gastroesofágico. Es un agonista de los receptores GABA, capaz de incrementar la presión del EEI. Reduce el número de RTEEI pudiendo reducir el reflujo ácido y no ácido. Su uso se ve limitado por la aparición de efectos secundarios sobre el sistema nervioso central. Se propone en casos refractarios a IBP. Otros fármacos clasificados como agentes antirreflujo son los cannabinoides, lesogaberán y arbaclofeno sin indicaciones específicas aún para su uso.

Antagonistas de los receptores tipo 2 de la histamina (AntiH2)

Disminuyen la secreción de ácido al inhibir el receptor de histamina 2 en la célula parietal gástrica. Tienen un inicio de acción más lento que los antiácidos, alcanzando concentraciones máximas 2,5 horas después de la dosis, pero una duración de acción significativamente más larga de 4 a 10 horas. Los antiH2 también son más eficaces para disminuir la frecuencia y la gravedad de los síntomas de acidez estomacal en comparación con los antiácidos y el placebo.

Sin embargo, los antiH2 tienen una eficacia limitada en pacientes con esofagitis erosiva. Las tasas de curación de la mucosa en pacientes con esofagitis erosiva leve son más altas con la terapia de antiH2 en comparación con el placebo. Las antiH2 son ineficaces en pacientes con esofagitis grave.

El desarrollo de la taquifilaxis dentro de las dos o seis semanas posteriores al inicio de las antiH2 limita su uso en el manejo de la ERGE.

Se establece por tanto, la utilidad de los antiH2 en pacientes que no presenten esofagitis erosiva, como tratamiento sintomático puntual, en pautas de tratamiento descendente con IBP, y antes de acostarse, en pacientes con predominio de síntomas nocturnos a pesar del tratamiento con IBP^{3,4,5,8}.

IBP: ensayo terapéutico con un inhibidor de la bomba de protones

Los IBP han demostrado ser los fármacos de elección para el alivio de los síntomas de la ERGE, la curación de la esofagitis erosiva y la prevención de la recaída y las complicaciones de la enfermedad.

En un metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados de terapias antirreflujo en pacientes con esofagitis erosiva, el porcentaje de pacientes con cicatrización esofágica dentro de las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento fue del 51,9 % con antiH2 en comparación con el 83,6 % con IBP, y la cicatrización fue más rápida con IBP. Además, los IBP fueron superiores a los antiH2 en el alivio de los síntomas (en el 77,4 % frente al 47,6 % de los pacientes), el mantenimiento del alivio de los síntomas y la prevención de complicaciones⁸.

Los distintos IBP disponibles en la actualidad poseen distinta farmacocinética y farmacodinamia, pero tienen efectos clínicos similares.

Uno de los aspectos fundamentales sobre el empleo de los IBP es que deben tomarse de 30 a 60 minutos

antes de las comidas, preferiblemente en el desayuno, y usarse de forma continuada durante el tiempo establecido para lograr un efecto clínico máximo.

Los IBP son el tratamiento de primera línea en pacientes con esofagitis erosiva de moderada a grave, complicaciones de ERGE (úlceras o estenosis esofágicas), esófago de Barrett y manifestaciones extraesofágicas. Las recomendaciones para el uso de la terapia con IBP se resumen en la Tabla 4.

El tratamiento a largo plazo con IBP se ha asociado con gran variedad de eventos adversos, incluyendo infección por *Clostridium difficile*, gastroenteritis bacteriana, sobrecrecimiento bacteriano, neumonía, enfermedad renal crónica, fractura ósea, demencia e infarto de miocardio. Sin embargo, los estudios llevados a cabo no se pueden utilizar para determinar la causalidad debido al grado de confusión posible que presentan. En un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, que involucró a 17.598 participantes, la administración de pantoprazol a una dosis de 40 mg diarios durante 3 años se asoció con un aumento significativo pero pequeño en la incidencia de infecciones entéricas (1,4 % con pantoprazol vs. 1 % con placebo), pero no mostró ningún otro evento adverso⁹.

Los IBP deben usarse en la dosis más baja que controle los síntomas del paciente y la inflamación esofágica. El tratamiento debe ser reevaluado periódicamente.

El último documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), propone ante la presencia de pirosis o regurgitación sin síntomas de alarma, comenzar con un IBP a dosis estándar durante 2 semanas. En caso de ausencia de respuesta o respuesta parcial, se debe optimizar el empleo de IBP, empleando dosis doble de IBP hasta 8 semanas⁴.

La optimización de la terapia con IBP incluye verificar el cumplimiento, confirmando que el IBP se toma de 30 a 60 minutos antes de la primera comida del día, para la pauta a dosis estándar y antes de la primera comida y de la cena, para la pauta a doble dosis diaria. Un estudio que analizó datos de ensayos aleatorios en los que se realizó monitorización del pH gástrico en pacientes que recibieron varias formulaciones de IBP, concluyó que la terapia con IBP dos veces al día es superior a la terapia con IBP de dosis doble una vez al día para mantener el pH gástrico por encima de 4 durante 24 horas de monitorización¹⁰.

Tabla 4. Recomendaciones sobre el uso de IBP según la American College of Gastroenterology

1	Para pacientes con síntomas clásicos de ERGE de acidez estomacal y regurgitación que no tienen síntomas de alarma, se recomienda un ensayo de 8 semanas de IBP empíricos, una vez al día antes de una comida (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte).
2	Se recomienda intentar discontinuar los IBP en pacientes cuyos síntomas clásicos de ERGE responden a un ensayo empírico de 8 semanas con IBP (nivel bajo de evidencia, sugerencia).
3	Se recomienda el tratamiento con IBP sobre el tratamiento con antiH2 para la curación de EE (nivel alto de evidencia, recomendación fuerte).
4	Se recomienda el tratamiento con IBP sobre antiH2 para el mantenimiento de la cicatrización de EE (nivel moderado de evidencia, recomendación fuerte).
5	Recomendamos la administración de IBP de 30 a 60 minutos antes de una comida en lugar de a la hora de acostarse para el control de los síntomas de ERGE (nivel moderado de evidencia, recomendación fuerte).
6	Para los pacientes con ERGE que no tienen estenosis esofágica ni esófago de Barrett, y cuyos síntomas se han resuelto con el tratamiento con IBP, se debe intentar suspender los IBP (nivel bajo de evidencia, sugerencia).
7	Para los pacientes con ERGE que requieren terapia de mantenimiento con IBP, los IBP deben administrarse en la dosis más baja que controle de manera efectiva los síntomas de ERGE y mantenga la curación de la esofagitis por reflujo (nivel bajo de evidencia, sugerencia).
8	No se recomienda la adición rutinaria de terapias médicas en pacientes que no responden a los IBP (nivel moderado de evidencia, sugerencia).
9	Se recomienda terapia de mantenimiento con IBP indefinidamente o cirugía antirreflujo para pacientes con esofagitis Los Ángeles grado C o D (nivel moderado de evidencia, recomendación fuerte).

Fuente: Katz PO., Dunbar KB., Schnoll-Sussman FH., Greer KB, Yadlapati R., Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022; 117(1):27-56.

Algunos estudios han encontrado que duplicar la dosis de IBP o dosificarla dos veces al día puede ayudar con los síntomas típicos persistentes de la ERGE, al igual que cambiar a un IBP diferente.

EMBARAZO Y LACTANCIA

El manejo inicial en el embarazo consiste en el cambio del estilo de vida y la modificación de la dieta. En pacientes con síntomas persistentes, la terapia farmacológica debe comenzar con antiácidos, alginatos o sucralfato. En pacientes que no responden, al igual que las pacientes no embarazadas, se deben utilizar antiH2 y luego los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) para controlar los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vakil N., van Zanten SV., Kahrilas P., Dent J., Jones R., Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006; 101(8):1900-1920. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16928254/>
2. Fuchs K., Lee A., Breithaupt W., Varga G., Babic B., Horgan S. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease-wich factors are important? Transl Gastroenterol Hepatol. 2021; 6: 53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8573365/>
3. Katz PO., Dunbar KB., Schnoll-Sussman FH., Greer KB, Yadlapati R., Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the diagnosis and Management of

- Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2022; 117(1):27-56. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2022/01000/ACG_Clinical_Guideline_for_the_Diagnosis_and.14.aspx
- Alcedo J., Ciriza C., Balboa A., Serra J., Murzi-Pulgar M., Rey E., et al. Documento de actualización de la guía de práctica clínica sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto; 2019. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/contenidos/reflujo_gastroesofagico_final.pdf
 - Katzka DA., Kahrilas PJ. Advances in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *BMJ.* 2020; 371:m3786. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3786.long>
 - Thelin CS., Richter JE. Review article: the management of heartburn during pregnancy and lactation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020; 51:421. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31950535/>
 - Broderick R., Fuchs K., Breithaupt W., Varga G., Schulz T., Babic B., et al. Clinical Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: A Prospective Study on Symptom Diversity and Modification of Questionnaire Application. *Dig Dis.* 2020; 38:188-195. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/502796>
 - Fass R. Gastroesophageal Reflux Disease. *N Engl Med.* 2022; 387(13):1207-16. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp2114026?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
 - Freedberg DE., Kim LS., Yang Y. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: expert review and best practice advice from the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology.* 2017; 152(4):706-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28257716/>
 - Graham DY., Tansel A. Interchangeable use of proton pump inhibitors based on relative potency. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018; 16(6):800-808. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964908/>

Actualización terapéutica en anticoncepción hormonal

Therapeutic update in hormonal contraception

Milagros González Béjar y Sara Sáez Jiménez

RESUMEN

El médico de Atención Primaria (AP) debe estar actualizado en los distintos métodos anticonceptivos. Esta actualización en la terapia anticonceptiva sirve para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres y ser equitativos.

El inicio de las relaciones sexuales, así como los métodos para evitar un embarazo, hace que cambie nuestra prescripción en este tema. Debemos administrar la medicación contraceptiva que tenga el menor número de fallos (embarazos no deseados).

En esta actualización, el médico de AP conocerá los métodos anticonceptivos actuales para ofrecer la mejor información en esta materia a todas las mujeres que lo soliciten.

Palabras clave: *anticonceptivo, dispositivos intrauterinos (DIU), anticoncepción postcoital*

ABSTRACT

The Primary Care doctor must be updated on the different contraceptive methods. This update in contraceptive therapy serves to offer the same opportunities to all women and be equitable.

The beginning of sexual activity, as well as the methods to avoid pregnancy, change our prescription on this subject. We must give the contraceptive drug that has the least number of failures (unwanted pregnancies).

In this update, the PC doctor will know the current contraceptive methods to offer the best information on this matter to all women who request it.

Keywords: *contraceptive agents, intrauterine devices, contraceptives postcoital*

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud (SNS) reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, tal y como se recoge en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente. El desarrollo de una sexualidad saludable pasa por el reconocimiento de los derechos sexuales, el derecho

a la información y la decisión libre sobre la propia sexualidad del individuo¹.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ANTICONCEPCIÓN?

Volviendo a la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, para el desarrollo de una sexualidad saludable, hay que reconocer el derecho a la

Milagros González Béjar

Miembro del GT de la mujer, sexología y respiratorio en Semergen. Sexóloga.

Sara Sáez Jiménez

Medicina familiar y comunitaria en centro de salud Calahorra, La Rioja. Miembro del GT de la mujer SEMERGEN y de la red REDI.

Correspondencia:

Milagros González Béjar
mgbejar@telefonica.net

información y la decisión libre sobre la propia sexualidad. Antes de indicar un método anticonceptivo, la mujer debe ser informada de todas las posibilidades, fármacos (características y reversibilidad, posibles efectos adversos...) y vías disponibles, de forma objetiva, detallada y actualizada. Se debe respetar el método que ella elija según sus preferencias y el facultativo aportará las indicaciones sobre el más adecuado en el caso de que coexistan antecedentes o patologías de riesgo.

Entre los usuarios de anticonceptivos en los Estados Unidos, los métodos más utilizados quedan reflejados en la Tabla 1².

En España, se ha objetivado un aumento progresivo en los últimos 20 años del uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil.

Según la encuesta de 2022 del observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC, el 75,7 % de las mujeres españolas en edad fértil utiliza actualmente algún método anticonceptivo. En comparación con los datos de encuestas anteriores, se observa un aumento del porcentaje de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo.

Según dicha encuesta, en la Tabla 2, encontramos los métodos anticonceptivos que actualmente se utilizan en España³.

Lo que llama la atención en esta encuesta es que solo el 10 % de las mujeres acude al médico de familia para la prescripción de métodos anticonceptivos, siendo de un 15,8 % entre las mujeres de 15-19 años, mientras que el 36,9 % los toma por iniciativa propia. Esto tiene que cambiar ya que somos los más accesibles a la mujer y de nuestra formación depende que estas cifras cambien.

Se deben realizar planes de actuación conjuntos con enfermería y con la matrona desde AP, para que esta situación cambie y la paciente tenga una información que parte de profesionales sanitarios.

La información también se debe dar acerca de los riesgos de no usar métodos anticonceptivos, en muchas

Tabla 1. Métodos anticonceptivos

Anticonceptivos orales	21 %
Anticoncepción femenina permanente (esterilización)	28 %
Condomes masculinos	13 %
Anticoncepción masculina permanente	9 %
Dispositivos intrauterinos (DIU)	13 %
Abstinencia (coito interrumpido)	6 %
Inyecciones de progestágenos	3 %
Anillos o parches anticonceptivos	2 %
Implante subdérmico de progestágenos	3 %
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (abstinencia periódica)	3 %
Métodos de barrera femeninos	Inferior al 1%

Fuente: Current Contraceptive Status Among Women Aged 15–49: United States, 2017–2019. NCHS Data Brief 388:1-8.

Tabla 2. Métodos anticonceptivos utilizados. Mujeres de 15-49 años en 2022

Ninguno	22.4 %
Preservativo	35.7 %
Píldora	17 %
Su pareja tiene la vasectomía	4.7 %
DIU Hormonal	3.8 %
Ligadura o extirpación de las trompas	3.8 %
DIU de cobre	2.9 %
DIU hormonal	3.8 %
Anillo vaginal	1.9 %
Ns/Nc (no leer)	1.9 %
Implante subcutáneo	1.7 %
Coitus interruptus (marcha atrás)	1.0 %
Píldora solo gestagenos	0.8 %
Otro	0.7 %
Parche (pegado en la piel)	0.7 %
Inyectable (inyecciones trimestrales)	0.4 %
Métodos naturales de control y abstinencia	0.3 %
Diafragma	0.1 %
Espermicidas (cremas u óvulos vaginales)	0.1 %

Fuente: encuesta de Anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC.

ocasiones falta información por parte de la mujer o existen conocimientos erróneos, y se debe registrar en las historia los motivos de la no utilización de dichos métodos: por no mantener relaciones sexuales, rechazo de la pareja, no confiar en dichos métodos o posibles efectos secundarios de los mismos.

¿QUÉ HACER ANTE SOLICITUD DE ANTICONCEPCIÓN?

Si una paciente acude a la consulta solicitando anticoncepción, lo primero es realizar una valoración inicial:

- Anamnesis: preguntar por hábito tabáquico.

- Factores de riesgo: antecedentes personales de trombosis y antecedentes familiares de trombofilia.
- Exploración: tensión arterial, índice de masa corporal (IMC), etc.
- Analítica o citología para descartar infecciones de transmisión sexual (ITS). Ambas pruebas pueden ser recomendables pero no obligatorias.

TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS

En cuanto a los métodos de los que disponemos en el mercado actual debemos distinguir dos tipos fundamentales:

1. Métodos poco eficaces

Dentro de este tipo de métodos encontramos:

1.1. Naturales

- Ogino (ritmo del calendario).
- Billings (moco cervical).
- Método sintotérmico.

1.2. Coitus interruptus (marcha atrás).

2. Métodos eficaces

2.1. Métodos de barrera

- Preservativo (masculino, femenino).
- Diafragmas vaginales.
- Capuchón cervical.
- Espermicidas: espumas, supositorios.
- Gel anticonceptivo.
- Esponja anticonceptiva.

2.2. Hormonales

- Orales.
- Vaginales.
- Transdérmicos.
- Intramusculares.
- Implantes.
- DIU de liberación hormonal.
- Anticoncepción postcoital.

2.3. DIU de cobre

2.4. Métodos irreversibles: Esterilización voluntaria

- Ligadura de trompas/Método Essure (obstrucción Tubárica).
- Vasectomía.

En la Figura 1 queda recogido el algoritmo de selección del método anticonceptivo basándonos en las características de la paciente.



Figura 1. Algoritmo de elección del método anticonceptivo.

Fuente: Trillo Fernández C. Guía de consulta rápida en concepto contraceptivo SEMFYC.

CONTRACEPTIVOS HORMONALES

Los contraceptivos hormonales tienen dos características importantes, como son, la eficacia y la reversibilidad, lo que hace que sean el segundo método anticonceptivo por detrás de los preservativos.

En contra podemos decir que no previenen de las ETS.

1. Contracepción oral

Los anticonceptivos orales inhiben la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) por el hipotálamo, inhibiendo así la liberación de las hormonas hipofisarias que estimulan la ovulación y afectan el revestimiento del útero espesando el moco cervical.

Son efectivos si se usan habitualmente y no hay fallos en cuanto a olvidos de toma⁴.

Dentro de los anticonceptivos orales se encuentran los combinados (estrógeno y progestágeno), y los de solo gestágeno:

- Los que solo contienen gestágeno, son también denominados minipildora y contienen 75 µg de desogestrel. Se inician el primer día del ciclo y se toman durante todos los días del mismo (28 días) sin periodo de descanso, al contrario que los combinados. Tras su retirada, desaparecen sus efectos de infertilidad de forma inmediata. Si se olvida de tomar un comprimido se considera que el periodo de seguridad son 12 h, por lo que si ha transcurrido menos de ese tiempo es importante tomar la última dosis lo antes posible, y si han transcurrido más de 12 h hay que utilizar doble método anticonceptivo durante al menos 48 h.
- Los anticonceptivos combinados son varios y se pueden clasificar según la dosis de estrógeno, según el tipo de gestágeno, según la composición (mono, bi, trifásicos) y el número de comprimidos. Hay un incremento del riesgo de ictus e infartos de miocardio que varía dependiendo de la dosis de EE y del tipo de gestágeno del anticonceptivo¹.

En las Tablas 3 y 4, podemos observar dónde quedan recogidos los que están actualmente comercializados en España, con fecha de actualización del 19/01/2021.

2. Anillo vaginal

Se trata de un anillo de unos 5 cm, flexible, incoloro, que produce la liberación progresiva y prolongada en

el tiempo de 120 µg de etonorgestrel y 15 µg de etinilestradiol. Se emplea de forma continua durante 21 días, pasado este tiempo se retira, se deja 7 días de descanso y se inserta otro nuevo. Se introduce el primer día del ciclo, si una mujer olvida cambiarlo después de 3 semanas de uso, sigue siendo eficaz máximo una semana más. Si se cae y permanece fuera menos de 3h hay que lavarlo y reintroducirlo sin precisar medidas extra. Si permanece fuera más de 3h habrá que utilizar un método de barrera añadido durante 7 días. Se puede extraer para el coito sin que pierda eficacia, siempre que no permanezca más de 3 h fuera de la vagina, aunque la mayoría de las veces no interfiere en las relaciones sexuales.

3. Parches transdérmicos

Existen 2 tipos en función del gestágeno: los que liberan 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de norelgestromina (Eвра[®]) o 13 µg de etinilestradiol y 6 µg gestodeno (Lisvy[®]).

Se aplican sobre la piel (abdomen, nalgas, hombro y parte superior del brazo) una vez por semana durante 3 semanas al mes, con una semana posterior de descanso. Se coloca el primer día de la menstruación y las siguientes 2 semanas, siempre recambiándolo el mismo día de la semana. Se comenzará a los 7 días otro ciclo. Debe verificarse diariamente el buen estado del parche y es importante rotar la zona de aplicación. No se deben colocar en mamas ni en mucosas.

Su efecto no se ve afectado por el sudor, piscina ni por la aplicación de crema. Se han descrito reacciones cutáneas en el lugar de aplicación y un mayor aumento de la tensión mamaria y dismenorrea respecto a los orales.

4. Intramusculares

El que se encuentra actualmente disponible es el acetato de medroxiprogesterona (Depo-progevera 150[®]), de administración trimestral. Se debe inyectar en los primeros 5 días del ciclo. Es el método más eficaz de todos. No se encuentra influido por el peso corporal o el uso de medicación que estimule el metabolismo hepático, por lo que no requiere ajuste de dosis.

Puede producir una disminución reversible de la densidad mineral ósea sin trascendencia clínica. El efecto secundario más relevante y la principal causa de abandono del tratamiento es la alteración en el

Tabla 3. Preparados comercializados en España

Anticonceptivos orales (nombre comercial)	Tipo de progesterona	Perfil clínico
De segunda generación		
Microgynon, Ovoplex (50 µcg), Rigevidon Triagynon, Triciclor (trifasicos)	Levonorgestrel	Puede ayudar a regular ciclos. Puede usarse si hay alteraciones de la libido.
Edelsin, Liberelle	Norgestimato	
Loette, Linelle, Levobel, Anaomi, Keriette, Levesialle, Tricen	Levonorgestrel	Puede usarse si hay alteraciones de la libido.
Seasonique	Levonorgestrel	Si desea reducir su numero de reglas a cuatro al año.
Sibilla, Donabel, Ailyn, Oedien, Verenzana, Cecilia, Danielle	Dienogest (30 µcg EE) (20 µg EE)	Puede regular ciclos en caso que no se consiga con los otros anticonceptivos.
Qlaira (cuatrifasico)	Dienogest	
De tercera generación		
Suavuret, Bemasive	Desogestrel	Puede ayudar a regular ciclos.
Harmonet, Drosiane, Melteva, Meliane Tri-Minulet, Trigynovin, Gestinyl (trifasicos)	Gestodeno	
Gracial (bifasico)	Desogestrel	
Minulet, Tevalet, Gynovin	Gestodeno	
Minesse, Melodene	Gestodeno (15 µcg EE)	
Otros preparados (con etinilestradiol)		
Yasmin, Aranka, Drosure, Yira, Liofora, Yaz, Drelle, Palandra, Cleosensa, Cleodette, Antin	Drosperinona (30 µ EE)	Si la paciente tiene miedo a engordar. En casos de mastalgia. Reduce la tension premenstrual. Reduce el hirsutismo.
Yasminelle, Dretinelle, Drospil, Drosurelle, Drosianelle Daylette, Drosbelalle, Drosbellaflex, Arankele	Drosperinona (20 µg EE)	
Zoely	Nomegestrol	Puede ayudar a regular ciclos.
Belara, Balianca, Elynor	Acetato de clormadinona	Puede usarse para reducir el hirsutismo.
Diane-35, Gynepfen, Diacare	Acetato de ciproterona	

Fuente: Gencat. Decisiones compartidas. Preparados comercializados en España. [Internet]. Actualización 19/01/2021.

patrón de sangrado. Se ha objetivado que hasta el 70 % de las usuarias presentan sangrados irregulares en el primer año y hasta un 80 % en los 3 siguientes años. En muchas ocasiones con el paso de los años lo que ocurre es una amenorrea por atrofia.

Anteriormente existía una combinación de enantato de estradiol 10 mg y acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg (Topasel®), de administración mensual, iniciándose su administración el séptimo u octavo día del ciclo. Desde hace años ha dejado de comercializarse en España.

5. Implante subdérmico

Los implantes subcutáneos con 68 mg de etonorgestrel (Implanon®) o 75 mg de levonorgestrel (Jadelle®), consisten en una varilla (Implanon®) o dos varillas (Jadelle®) flexibles que se insertan a nivel subdérmico en la cara interna del brazo no dominante a unos 8 cm de distancia del cóndilo humeral, con anestesia local y gracias a un aplicador. Pueden causar hematoma, dolor o infección en la zona de aplicación, por lo que es importante realizarlo bajo medidas de asepsia.

Tabla 4. Preparados comercializados en España

Minipíldolas	Tipo de progesterona	Perfil clínico
Cerazet ^a , Azalia ^a , Nacrez ^a , Kerizet ^a , Desopop ^a Slinda, Aristiane	Desogestrel Drosperinona	Está indicada si hay contraindicación a los estrógenos. Está indicada durante la lactancia materna.
DIU		
DIU Mirena ^a (5 años, 52 mg) DIU Levoserta (5 años, 52 mg) DIU Jaydess (3 años, 13,5 mg) Kyleena (5 años, 19,5 mg)	Levonorgestrel	Está indicado si hay reglas muy abundantes.
Implante contraceptivo subdérmico		
Implanon ^a	Etonogestrel	No cumplidoras. Debe tenerse cuidado con la irregularidad menstrual.
Parche anticonceptivo		
EVRA	Norelgestromina	
Anticonceptivo inyectable		
Depo-Progevera	Acetato de medroxiprogesterona	Puede mejorar el acné.
Anillo vaginal		
Nuvaring, Ornibel ^a , Setlona ^a , Dolna ^a , Ringo ^a	Etonogestrel	Puede usarse si hay alteraciones de la libido.
Anticonceptivos poscoitales		
Norlevo, Postinor	Levonorgestrel	Solo están indicados en situaciones de anticoncepción de emergencia.
ellaOne	Acetato de ulipristal	

Fuente: Gencat. Decisiones compartidas. Preparados comercializados en España. [Internet]. Actualización 19/01/2021.

Se deben colocar en los primeros 5 días del ciclo. Producen una liberación hormonal continua impidiendo la ovulación.

Es efectivo a partir de las 24 h postinserción y se puede considerar el método más eficaz para prevenir el embarazo. Están diseñados como método anticonceptivo de acción larga, ya que se pueden utilizar entre 3 y 5 años sin necesidad de recambiarlo (Implanon[®] duración 3 años y Jadelle[®] duración de 3-5 años), ya que durante este tiempo se mantiene su eficacia del 99 %.

Una vez retirado el implante, el efecto anticonceptivo desaparece inmediatamente, y los ciclos ovulatorios se reanudan de forma normal.

6. Dispositivo intrauterino (DIU)

Dentro de los DIU tenemos 2 tipos diferentes: el DIU de cobre que actúa por un proceso inflamatorio local no hormonal, y el DIU hormonal que es el que nos atañe en esta ocasión. Existen 2 presentaciones en función de la dosis de levonorgestrel 52 mg (Mirena[®],

duración de 5 años) y el del 13.5 mg (Jaydess[®], duración de 3 años).

Los hormonales, además de una reacción inflamatoria local, producen liberación continua de hormona produciendo una proliferación del endometrio y una condensación del flujo vaginal. Se considera que tienen una seguridad del 99 %.

La ventaja de estos dispositivos es que mejora la endometriosis, producen menos dismenorrea e hipermenorreas.

Se ha objetivado que las mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de expulsión del dispositivo.

Su uso no está aconsejado en caso de embarazo, distorsión uterina, sangrado vaginal de etiología no filiada, enfermedad trofoblástica gestacional, cáncer de ovario o endometrio, cervicitis purulenta o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) activa en el momento actual.

Entre las posibles complicaciones se encuentran el sangrado, dolor pélvico y la perforación uterina (poco frecuente).

7. Anticoncepción postcoital

También conocida como anticoncepción de emergencia. Se considera indicada cuando ha habido un uso incorrecto o incidencias con los métodos de barrera, ausencia de toma de anticonceptivos orales durante más de 3 días consecutivos, expulsión total o parcial de un DIU, casos de violación y relaciones sexuales bajo consumo de tóxicos que han podido alterar el nivel de conciencia.

Levonorgestrel 1.5 mg (Norlevo®) se considera efectivo en las primeras 72 h tras haber mantenido la relación sexual. Produce una inhibición o retraso de la ovulación, por lo que hay que tener en cuenta que su acción no es efectiva una vez que se inicia la elevación de la LH y por lo tanto no tiene efecto sobre el embarazo establecido. No tiene efectos sobre el endometrio por lo que no impide la implantación ni interfiere con la migración espermática.

Acetato de ulipristal® 30 mg (Esmya®, Ellaone®) se considera efectiva durante 120 h, es decir en los 5 días posteriores a la relación. Es un agonista de la progesterona por lo que reduce la LH y retrasa la ovulación 5 días, que es el tiempo que se considera como ventana fértil del espermatozoide.

DIU de cobre es efectivo si se inserta en los primeros 5 días tras el coito. Se considera el método más eficaz, ya que presenta una seguridad superior al 99 %. Está indicado en aquellas mujeres que posteriormente deseen continuar con el DIU como método anticonceptivo o en aquellas en las que no es posible utilizar un método hormonal (vómitos, mala tolerancia, efectos adversos, etc.). A pesar de estas ventajas, es el método menos empleado por el efecto blastocistotóxico del cobre, que provoca cambios histológicos en el endometrio, con cierta interferencia en la fecundación sin interferir en la ovulación o el ciclo menstrual. El DIU está contraindicado en caso de embarazo, sepsis puerperal o aborto en los 3 últimos meses, EPI, cervicitis purulenta, ITS, cáncer genital, anomalías uterinas congénitas, alergia a metales, porfiria o hemorragia vaginal inexplicada.

No es recomendable en casos de violación por la posibilidad de contagio de alguna ITS.

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CONTRACEPCIÓN HORMONAL

Uno de los efectos adversos más común en la anticoncepción hormonal, es la metrorragia. Con nuevas

combinaciones como el estetrol/drospirenona, se ha observado un menor riesgo de trombosis, y rara vez se informaron casos de migraña severa, trombosis venosa profunda, niveles altos de potasio o depresión durante los ensayos clínicos⁵.

La evidencia de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, y estudios de cohortes que evaluaron las asociaciones entre el uso de los anticonceptivos orales y el riesgo cardiovascular, el riesgo de cáncer y otros resultados adversos, se clasificó como no significativa⁶. Esto nos indica la importancia de la individualización del tratamiento y la realización de una anamnesis exhaustiva para indicar el mejor tratamiento para la mujer que nos solicita el tratamiento anticonceptivo.

Las propiedades antiandrogénicas del acetato de ciproterona pueden estar asociadas con disminuciones en la resistencia a la insulina y reducciones en los niveles de andrógenos circulantes entre mujeres con síndrome del ovario poliquístico (SOP), produciendo así los niveles de glucosa en ayunas observados.

Una combinación de factores, probablemente, explica el mayor riesgo de cáncer de cuello uterino entre las mujeres que actualmente usan anticonceptivos orales combinados. Al igual que el riesgo de cáncer de mama, el riesgo de cáncer de cuello uterino parece ser sensible al tiempo, con poco o ningún aumento del riesgo cuando se han usado anticonceptivos orales combinados durante menos de 5 años o no se han usado durante más de 10 años.

La anticoncepción postcoital no debe ser considerada como un método anticonceptivo habitual.

El uso de anticonceptivos hormonales combinados no debe recomendarse en los siguientes casos⁷:

- Lactancia materna hasta 6 meses.
- Posparto sin lactancia inferior a 21 días.
- Tabaquismo con edad mayor de 35 años.
- Determinados factores de riesgo cardiovascular (edad, tabaco, diabetes, hipertensión, perímetro cintura superior a 88 cm).
- Episodios de enfermedad tromboembólica venosa o tromboembolismo pulmonar.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Trombofilia conocida o sospecha.
- Cardiopatía isquémica.
- Ictus.
- Hiperlipemia.
- Valvulopatía complicada.
- Migraña con aura o sin aura mayores de 35 años.

- Migraña sin aura menores de 35 años.
- Cáncer de mama actual o previo (superior a 5 años de evolución).
- Diabetes con neuropatía, retinopatía y nefropatía o duración superior a 20 años.
- Litiasis biliar sintomática actual o en tratamiento médico.
- Historia de colelitiasis relacionada con contraceptivos.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Adenoma hepático o hepatocarcinoma.
- Lupus eritematoso sistémico: anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Fármacos inductores enzimáticos.

BENEFICIOS DEL USO DE LA CONTRACEPCIÓN HORMONAL

Existen muchos beneficios asociados a la anticoncepción hormonal, incluida la reducción de los pólipos endometriales en el contexto del uso de tamoxifeno y la disminución de la incidencia de cáncer de ovario y colorrectal.

También debemos mirar todos los estudios revisados de una manera objetiva, ya que no todos los anticonceptivos demuestran evidencia clínica significativa. Sin embargo, las conclusiones extraídas de los datos sobre anticonceptivos orales combinados tienen implicaciones para la práctica clínica.

El DIU hormonal puede aliviar el síndrome premenstrual y ser efectivo para tratar la endometriosis y el síndrome del ovario poliquístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf
2. Daniels K, Abma JC. Current Contraceptive Status Among Women Aged 15–49: United States, 2017–2019. NCHS Data Brief 388:1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33151146/>
3. Encuesta de Anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos. Observatorio de salud sexual y reproductiva de la SEC. Disponible en: <https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2022-5/>
4. Casey FE. Anticonceptivos orales. 2022. [Internet] Manual MSD. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificación-familiar/métodos-anticonceptivos-hormonales>
5. Lee A., Syed YY. Estetrol/Drospirenone: A Review in Oral Contraception. *Drugs*. 2022 Jul; 82(10):1117-1125. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35781795/>
6. Brabakaran S., Veettil SK., Kaiser JE., Raja Rao VR., Wattanayingcharoenchai R., Maharajan M., et al. Association of Hormonal Contraceptive Use With Adverse Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Clinical Trials and Cohort Studies. *JAMA Netw Open*. 2022 Jan 4; 5(1):e2143730. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35029663/>
7. María Plumed Tejero. Consejo anticonceptivo en atención primaria. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. 2021; 16 (8): 449. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/consejo-anticonceptivo-en-atencion-primaria/>
8. Trillo Fernández C. Guía de consulta rápida en concepto contraceptivo semfyc. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/03/Consejo-Contraceptivo_GuiaRapida_2022.pdf
9. Gencat. Decisiones compartidas. Preparados comercializados en España. [Internet]. Actualización 19/01/2021. Disponible en: https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcion/recursos_professionals/

Gestión del tiempo en las consultas de Atención Primaria

Time management in Primary Care consultations

José Ignacio González Lillo, Manuela Guillén Pérez, Elia María Ortuño Pascual y Hans Eguía Ángeles

“Cuida los minutos, pues las horas ya se cuidarán de sí mismas”.
Cartas a su hijo (1774) de Felipe Stanhope de Chesterfield

RESUMEN

La labor de los médicos de familia se fundamenta en la atención continuada de los pacientes y en el conocimiento de su entorno, lo que permite una asistencia basada más en un ejercicio clínico que tecnológico. Sin embargo, la amplitud de las tareas asumidas hace sentir a los profesionales la dificultad para atender a sus pacientes con la calidad que merecen. Por ello, se hace absolutamente necesario conocer herramientas para gestionar el escaso tiempo del que se dispone.

La gestión del tiempo se define como “una forma de toma de decisiones utilizada por las personas para estructurar, proteger y adaptar su tiempo a las condiciones cambiantes”. A lo largo del presente trabajo se presentan distintas iniciativas para ayudar a mejorar la gestión del tiempo: unidades de triaje, flexibilidad de las agendas, y mayor capacidad de autogestión entre otras, se presentan como grandes estrategias.

Palabras clave: *gestión del tiempo, Atención Primaria*

ABSTRACT

The principal job of family doctors is based on the continuous care of our patients and knowledge of their environment, which allows care based more on a clinical exercise more than on a technological one. However, professionals feel difficulty in providing the care that patients deserve due to this huge work overload. Therefore, we need to know how to manage the little time available.

Time management is defined as “a form of decision-making used by people to structure, protect and adapt their time to changing conditions”. Throughout this work, different strategies are presented to help improve time management: triage, flexibility of medical schedule, and to increase the self-management, among others. All of them are presented as great strategies.

Keywords: *time management, general practice*

José Ignacio González Lillo

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Zalfonada-Picarral (Zaragoza). Miembro de los GT de HTA y enfermedad CV, Diabetes y gestión de SEMERGEN. Miembro de la junta directiva de SEMERGEN Aragón.

Manuela Guillén Pérez

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica de Atención Primaria. CS Sangonera la Verde (Murcia). Miembro del GT de Gestión de SEMERGEN. Presidenta de SEMERGEN Murcia.

Elia María Ortuño Pascual

Médica de Familia en CSI Calp. Miembro de los GT de Gestión y de Diabetes de SEMERGEN.

Hans Eguía Ángeles

Médico especialista en MFyC. Médico Atención Primaria Lægehuset Rudkøbing (Dinamarca). Miembro de los GT de HTA y enfermedad CV, de nuevas tecnologías y del grupo de gestión de SEMERGEN.

Correspondencia:

José Ignacio González Lillo
gonzaillo1971@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La labor de los médicos de Atención Primaria (AP) es altamente resolutiva porque se fundamenta en la atención continuada de los pacientes y en el conocimiento de su entorno. Esto permite una atención cercana que persigue garantizar una asistencia sanitaria de calidad. Sin embargo, la amplitud de las tareas asumidas por los médicos de AP, ya sean tareas propias como impropias, hacen sentir a los profesionales la dificultad para atenderlas con la calidad que merecen sus pacientes y la impotencia para asumirlas todas.

Este problema se ha agravado tras la epidemia de COVID-19, que ha dejado al descubierto muchas carencias crónicas en todos los puntos de la gestión sanitaria, y que al final nos repercuten en un esfuerzo diario suplementario muy importante en los equipos de Atención Primaria (EAP).

Por todo ello, resulta claramente insuficiente el horario laboral, y se hace necesario “priorizar”, es decir, dedicar casi la totalidad de la jornada a la demanda asistencial en detrimento de otras actividades.

Por otra parte, las elevadas presiones asistenciales tienen como efecto una disminución del tiempo dedicado a cada paciente, lo que conlleva una merma en la calidad asistencial, un descontento por parte de los pacientes y una desmotivación e insatisfacción por parte de los profesionales.

¿Qué podemos hacer? No se puede “estirar” el tiempo. Aún considerando el falso supuesto de que pudiera prolongarse la jornada laboral, los profesionales no podrían rendir según unos mínimos de calidad. Si buscamos soluciones alternativas al problema, es posible que, como respuesta natural, apuntáramos al aumento de plantilla, pero hay sobradas evidencias de la escasa repercusión a largo plazo que la reducción de cupos tiene en la presión asistencial, ya que al reducir el cupo aumenta la frecuentación con el consiguiente aumento de la presión asistencial. Por tanto, lo que nos queda, es vigilar cuidadosamente ese bien escaso que es el tiempo¹.

Apoyándonos en las reflexiones anteriores, a lo largo del texto, esbozaremos pistas útiles para aprender a gestionar nuestra jornada laboral y explorar el mundo de las nuevas tecnologías con la esperanza de encontrar facilitadores a nuestro trabajo.

GESTIÓN DEL TIEMPO

En los tiempos actuales se habla mucho del manejo del tiempo o de su gestión. Se suele pensar que este término se refiere solamente al manejo del tiempo en el trabajo, pero va más allá, se refiere al manejo del tiempo en general, incluyendo el tiempo de ocio, estudio, etc. La falta de tiempo se debe a comportamientos que se han ido incrementando en nuestra sociedad llevándonos a una “pobreza de tiempo crónica”¹ que ha hecho que el número de libros sobre el manejo del tiempo aumente en más del 2.700 % desde 1960 a 2008².

Hay que tener en consideración que la sensación de “no tener tiempo” es también una fuente de estrés, por lo que algunas veces tratamos de reducir reuniones de trabajo de una hora a media hora, o minimizar el tiempo no productivo. Pero muchas veces, este tipo de cambios si no están bien organizados no llevan consigo mayor eficiencia y pueden generar más estrés; incluso hay algunas publicaciones que mencionan que “la búsqueda del manejo adecuado del tiempo” es también una fuente extra de estrés^{2,3}.

En general, la gestión del tiempo se define como “una forma de toma de decisiones utilizada por las personas para estructurar, proteger y adaptar su tiempo a las condiciones cambiantes”, lo que significa que consta de tres componentes: estructurar, proteger y adaptar el tiempo².

Este tema tiene tanta repercusión que incluso la revista Harvard Business Review, orientada al mundo

empresarial, comentaba algo sumamente importante en el año 2021: “*La productividad es importante. Pero en un mundo donde el agotamiento es rampante, también necesitamos estrategias para eliminar el volumen en lugar de simplemente acomodarlo*”^{2,4}. Esto, como podemos ver, también se puede extrapolar a la sanidad.

Hay 3 recomendaciones básicas para lograr tener éxito en el manejo del tiempo:

- a. **Reducir el volumen de tareas:** respecto a las tareas que nos son asignadas, debemos pensar en términos de prioridades, no de tiempo. Esto significa que tenemos que establecer qué tarea es la principal para poder empezar por ella. Para las tareas que nosotros mismos nos planteamos, debemos tener en cuenta el uso del calendario. Habitualmente, nuestro calendario solo muestra el trabajo sincrónico (tareas que realiza con otras personas al mismo tiempo) como reuniones, llamadas telefónicas, charlas de café, etc., sin considerar el trabajo asincrónico (tareas que realizas por tu cuenta y no en tiempo real con otros). Se deberían combinar nuestro calendario y la lista de tareas pendientes, bloqueando tiempo para cada una de nuestras tareas pendientes. Al obtener una vista completa de los compromisos que tenemos, podemos ver nuestra capacidad real antes de aceptar asumir más.
- b. **Reemplazo de las decisiones con principios:** enfrentarse continuamente a decisiones importantes puede conducir a la llamada sobrecarga cognitiva, lo que aumenta la probabilidad de cometer errores y contribuye significativamente a sentirse abrumado o estresado. Para poder evitar este problema, se pueden reemplazar las decisiones con principios absolutos. Un ejemplo es cuando alguien quiere bajar de peso y decide no comer después de las 7 de la tarde. Si quiere comer una manzana a las 9 de la noche, lo que normalmente sería una decisión (comerla o no) se convierte en principio automáticamente en una negación, puesto que se dijo que no se comería nada después de las 7 de la tarde. Otro ejemplo podría ser el de Steve Jobs, que decidió usar lo mismo todos los días para eliminar la fatiga de la decisión de elegir un atuendo todas las mañanas.
- c. **Usar estructuras en lugar de fuerza de voluntad para minimizar las distracciones:** muchos conocemos la palabra procrastinar como una especie de distracción que nos impide avanzar de

manera regular y terminar con nuestras tareas. Esto perjudica nuestro trabajo y, además, nos hace sentirnos más abrumados/estresados porque nos damos cuenta de que no estamos avanzando como deberíamos. Para evitarlo, es una buena idea estructurar pequeños momentos de distracción o SMOR (Small Moments Of Reflection). Este breve descanso para recuperarse permitirá que no nos distraigamos más durante el tiempo de realizar tareas y, además, nos da una idea real del tiempo de trabajo.

Es interesante conocer que en la literatura científica se menciona que normalmente para lograr la efectividad en el manejo del tiempo, se tiene que tener la habilidad para influenciar algún aspecto del rendimiento, el bienestar o ambos. Varios estudios han investigado la eficacia de la gestión del tiempo. Aeon, Faber y Panaccio realizaron un metaanálisis buscando responder si la gestión del tiempo funciona o no. Para ello analizaron 158 estudios y llegaron a la conclusión de que la gestión del tiempo tiene una influencia moderada en el desempeño laboral, el rendimiento académico y el bienestar³.

GESTIÓN DEL TIEMPO DESDE LA MACROGESTIÓN SANITARIA

Es importante conocer qué es la gestión sanitaria. Según Vicente Ortún, gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización —cultural, deportiva, económica— para conseguir las finalidades de esta⁵. También entendemos como gestión la utilización adecuada de los recursos para dar una óptima atención sanitaria a la población.

Para J. R. Repullo la gestión clínica puede ser una manera de tomar decisiones con cada paciente, una forma de organizar el trabajo (procesos asistenciales, protocolos, etc), un modelo de funcionamiento y desarrollo de actividades o un “estar abierto” a rediseñar la organización cuando los resultados no son los esperados. De esta definición podemos extraer que una adecuada gestión clínica economizará nuestro tiempo⁶.

Debemos recordar que, en el ámbito sanitario, diferenciamos 3 niveles jerárquicos de gestión, de modo que para abordar reformas en el nivel inferior hay que hacer cambios en los niveles superiores:

- La **macrogestión sanitaria** (o política sanitaria) consiste en la intervención del Estado para

aumentar la equidad y corregir las disfunciones del mercado. Es la encargada de la gestión global de los sistemas autonómicos de salud.

- La **mesogestión sanitaria** (o gestión de centros) se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud (CS), un hospital o una aseguradora, pero todo en un entorno muy regulado.
- La **microgestión sanitaria** (o gestión clínica) parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (fundamentalmente, los clínicos) asignan los recursos sanitarios en sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, realizadas en una tarea de incertidumbre.

Desde un punto de vista teórico, es necesario redirigir el Sistema Sanitario hacia la consecución de resultados clínicos, incremento de los niveles de salud de la población y en eficiencia de las actuaciones planteadas. El objetivo debería ser cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización profesional que se justifique por sus resultados. Esto supone un proceso de rediseño organizativo que debe incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica con criterios exclusivos de efectividad y calidad⁷.

La modificación de los valores estratégicos de la organización se exponen en la siguiente Tabla de García Prieto⁷ (Tabla 1).

Este cambio de visión en la macrogestión debe concretarse en planes específicos cuyos objetivos finales se recogen en el documento consenso en el que participó la Sociedad Española de Médicos de AP (SEMERGEN) y que se resume en estos 10 puntos⁸ (Tabla 2).

Respecto al tercer punto, convendría recordar que se puede gestionar la escasez, pero no la pobreza. Difícilmente será gestionable un sistema insuficiente para resolver los problemas de salud de la población.

LA MICROGESTIÓN EN LA GESTIÓN DEL TIEMPO

Intentar definir cómo debería ser una consulta de AP y cómo gestionarla entraña varias dificultades:

- Existen muchas “opiniones” de colectivos (sociedades, fundaciones, sindicatos con intereses no siempre coincidentes), pero escasa bibliografía.
- Cada sistema autonómico de salud ha seguido estrategias distintas e incluso dentro de la misma comunidad no se han tomado las mismas iniciativas.

Tabla 1. Modalidades organizativas y de gestión en AP

Nuevos valores estratégicos		
	Desde	Hacia
Objetivo	Eficiencia por parte de los gestores basada en los recursos.	Legitimación social (usuarios) y realización personal de los profesionales basada en los resultados.
Producto	Incremento de la actividad.	Servicios efectivos y de calidad.
Recurso	Equipamiento, recursos, centros.	Unidades clínicas.
Activos	Equipos de dirección y de gestión.	Profesionales sanitarios.
Energía	Regulación jerarquizada y estratificada por niveles de complejidad.	Conocimiento y competencia de los profesionales. Información basada en la evidencia, útil y suficiente.
Organización	Centralizada, divisional, uniforme.	Flexible, descentralizada, coordinada, instrumental respecto a usuarios y profesionales.

Fuente: García Prieto EE. Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. [Internet]. 2005;3(1):67-72.

Tabla 2. La Medicina de Familia en la reconstrucción del SNS: propuestas para un nuevo modelo de Atención Primaria

1	Poner en valor la Medicina de Familia y la AP.
2	Definir por consenso la estrategia global para AP en el Sistema Nacional de Salud.
3	Incrementar la dotación presupuestaria de AP para hacer posible la consecución de los objetivos propuestos.
4	Mejorar la dotación y organización de los recursos humanos en el ámbito de la AP.
5	Revisar y actualizar la cartera de servicios en AP.
6	Mejorar la dotación tecnológica en AP.
7	Facilitar un acceso amplio y equitativo a las pruebas diagnósticas desde AP en el conjunto de las CCAA.
8	Poner en marcha medidas que faciliten la coordinación real entre la AP y la Atención Hospitalaria.
9	Revisar el modelo docente y fomentar la atracción de los recién graduados en Medicina a la especialidad de Medicina de Familia.
10	Diseñar y poner en marcha actuaciones específicas para el entorno rural.

Fuente: Pastor A., Polo García J., Franco C., Martínez Olmos J., Micó R., Marínez-Berganza L. La Medicina de Familia en la reconstrucción del SNS: propuestas para un nuevo modelo de Atención Primaria.

- El panorama actual de la AP es muy diferente en las diferentes comunidades autónomas, sobre todo entre el medio urbano y el medio rural.
- No se han adoptado decisiones a largo plazo, por lo que no puede evaluarse la eficacia de ninguna de estas medidas o recomendaciones.

En lo que la mayor parte de las sociedades y expertos coinciden, es en apostar por la autogestión de los centros, aumentando el control de la agenda por el sanitario y el papel de enfermería en AP.

Algunas medidas concretas a adoptar en los equipos de AP serían las siguientes:

a) Circuitos de atención urgente

La llegada del triaje que ya conocemos en los servicios de Urgencias Hospitalarios a los centros de salud (adaptada en forma de cribado) ha sido consecuencia del aluvión de llegadas de pacientes sin cita reclamando asistencia inmediata por diferentes motivos. Un posible algoritmo de actuación sería este (Tabla 3).

Los clasificados como prioridad 1 deberían ser vistos bien de inmediato o en el día, en función de la gravedad, los clasificados como prioridad 2 deberían ser citados con la mayor brevedad posible y los clasificados como prioridad 3, de manera normal.

Tabla 3. Propuesta de priorización de tareas en el triaje

	URGENTE	NO URGENTE
PREOCUPANTE	Preocupante y urgente. Prioridad 1	Preocupante pero no urgente. Prioridad 2
NO PREOCUPANTE	Urgente pero no preocupante. Prioridad 1	No urgente ni preocupante. Prioridad 3

Fuente: elaboración propia.

Las unidades de cribado o circuitos de urgencias deben ser una realidad para discriminar lo que debe ser visto de inmediato y lo que puede ser pospuesto. El objetivo de estas unidades es regular el flujo de usuarios en las consultas de medicina por contingencias que no deberían ocupar huecos de agenda que se quitan a otros pacientes que sí las necesitan, por lo que nosotros mismos gestionamos la nuestra propia y evitamos que los centros de salud se conviertan en *Walk-in Clinics*.

Respecto al personal que debe ser el encargado de realizar este cribado, hay que tener en cuenta que muchos contactos con el sistema de salud son meramente administrativos, por lo que se deberían poder resolver en la unidad de admisión.

El personal de enfermería ya ejercía antes de la pandemia un importante rol como gestor de casos en la atención del paciente crónico complejo. Durante la pandemia, fue necesario un cambio de rol de la enfermería, en el que se combinaba su trabajo asistencial con el cribado y la primera asistencia a pacientes COVID. En la actualidad, algunos sistemas autonómicos de salud están comenzando a implantar unidades de cribado y asistencia por enfermería, por lo que es pronto para evaluar la efectividad de estas medidas. Sin embargo, es evidente que el papel de la enfermería familiar y comunitaria es esencial en los centros de salud.

Respecto al papel de los médicos de familia, se deberían reservar 3 o 4 citas urgentes o no demorables que deberían ser especialmente bien cuidadas para aquellas visitas urgentes.

En resumen, parece evidente que hay que reorientar las tareas de cada miembro del equipo de AP para delimitar claramente las tareas propias de las impropias y evitar que las tareas administrativas colapsen nuestras consultas

b) Flexibilidad de las agendas

La elaboración de las agendas del EAP ha de garantizar tanto la accesibilidad a los usuarios como proporcionar el tiempo adecuado a cada paciente. Esto es prácticamente imposible hoy en día. A las características individuales de nuestra propia forma de pasar consulta se le añade el problema de la saturación de las agendas, por lo que resulta prácticamente imposible adecuar accesibilidad y calidad asistencial.

Lo ideal sería aumentar la capacidad de autogestión, como ya se ha dicho anteriormente, pero hasta

que eso ocurra, proponemos algunas ideas que pueden ser útiles:

- Citar nosotros (bien sea presencial o telefónicamente) a los pacientes crónicos que precisan seguimiento habitual, de manera que se garantice su acceso al sistema, preferiblemente en horario de consulta programada.
- Dejar las tareas burocráticas (como tramitación de ILT, informes, entre otros) para primera o última hora, según se adapte a las necesidades del sanitario.
- Dejar huecos “colchón” cada cierto tiempo para recuperar tiempo perdido.
- Reconocer a aquellos pacientes en los normalmente gastamos más tiempo para advertir al personal administrativo de que les ocupen más tiempo.
- Minimizar los “ladrones de tiempo” (llamadas, interrupciones, etc.)
- Limitar al máximo el tiempo dedicado a visitas banales.

c) La entrevista clínica: nuestra gran aliada

Hay que seguir el modelo de entrevista semiestructurada de Borrel; delimitar claramente el o los motivos de consulta. Realizar preguntas abiertas, escucha activa y saber captar las preocupaciones del paciente, que pueden aparecer como lenguaje verbal o como no verbal⁹.

En caso de demanda múltiple, se debe priorizar las demandas del paciente, separando aquellas que realmente son urgentes de las importantes, ya que los propios pacientes no son capaces de diferenciarlas de modo similar a como se ha descrito anteriormente.

d) Consulta a demanda

Todas las citas deben ser digitales, es decir, deben aparecer en nuestra agenda. Una visita sin cita es una cita que se pierde para otro paciente. Esto es algo que debemos evitar. El problema de este punto, y donde radica la principal debilidad del sistema, es que los usuarios tienen cada vez más problemas para contactar con su CS. Las citas por internet o aplicaciones de móvil tienen el inconveniente de la brecha digital, que dificulta el acceso a población sin acceso ni conocimientos informáticos. Por ello, debemos seguir ofreciendo acceso telefónico y presencial como hasta ahora.

e) Consulta programada, la nueva consulta del paciente crónico

Las consultas programadas son citas establecidas exclusivamente por el médico o el personal de enfermería del equipo de AP y deberían transformarse en espacios reservados para el seguimiento de pacientes con patologías crónicas. Estas citas deberíamos gestionarlas nosotros mismos a pacientes dependientes, crónicos o por cualquier otro motivo que haga imprescindible el seguimiento y, por tanto, no podemos permitir que el aluvión de citas “urgentes” o “inmediatas” impida el seguimiento de patologías graves, actuando así sobre la ley de cuidados inversos.

En este espacio debería tener cabida la lectura de informes de especialistas, de las unidades de crónicos complejos, la asistencia telefónica, la lectura de valores de telemedicina, la revisión de fármacos o cualquier otra tarea que tenga que ver con estos pacientes.

f) La visita a domicilio

La visita a domicilio forma parte de nuestras tareas habituales. Hay que diferenciar entre dos tipos de visitas a domicilio: las urgentes y las demorables.

Las visitas a domicilio urgentes deben ser gestionadas de manera centralizada por el propio equipo de admisión. Deberían establecerse unos turnos de asistencia en los que se sepa de antemano qué médico y qué enfermera se encargan de estos avisos a una determinada hora y esos profesionales deben estar disponibles para atenderlas con inmediatez, por lo que es fundamental que no tengan citas. También debe quedar reflejado quién tiene que acudir en caso de ausencia del profesional.

Las visitas no urgentes, que corresponden a pacientes que requieren una visita por su médico, deben ser atendidas por este en un horario preestablecido para ello.

Estas dos premisas suponen que hay que establecer un horario de domicilios no urgentes y otro de domicilios urgentes donde NO puede haber citaciones y se debe estar localizado.

g) La consulta telefónica y variantes de consulta a distancia

La telemedicina es un amplio campo de atención sanitaria que consiste en la prestación de servicios sanitarios (preventivos o asistenciales) a distancia, a

través de tecnologías de la información y comunicación (teléfono, email, videollamadas, chats, bots, intercambios de imagen, monitorización remota, etc.) y permite monitorizar, diagnosticar, tratar o informar a pacientes o profesionales sin estar físicamente en contacto¹⁰.

La consulta telefónica ha venido para quedarse, es innegable. En el ámbito de la AP, estas consultas se encuentran en su mayoría relacionadas con cuestiones sobre el tratamiento pautado, su renovación, complicaciones derivadas, sintomatología, lectura de pruebas diagnósticas o análisis clínicos, entrega de resultados y prescripción del tratamiento, monitorización y seguimiento del paciente con tratamiento domiciliario, seguimiento de los pacientes postquirúrgicos y los de hospitalización domiciliaria. Cabe señalar que, en ningún caso se debería emplear este tipo de consulta para diagnósticos graves ni sustituir a la consulta presencial tradicional¹⁰.

Respecto a los sistemas de telemedicina, hay todavía mucho margen de mejora y una enorme variabilidad entre CCAA.

h) Burocracia y tareas administrativas

En el momento actual, las tareas administrativas y burocráticas ocupan un gran espacio de nuestra actividad diaria. Destaca, sobre todo el, ampliamente discutido, asunto de las ILT. La gestión de las ILT no genera ningún valor, nos resta tiempo para otros pacientes y la consulta de AP no es el espacio idóneo para su gestión, sobre todo en aquellos pacientes cuyo seguimiento corresponde a la atención hospitalaria.

Creemos fundamental que cada estamento sanitario resuelva su propia burocracia para que no recaiga toda en los EAP, sobre todo en dos aspectos fundamentales: los informes médicos y las derivaciones a otros especialistas. Si un especialista hospitalario considera que un paciente debe ser visto por otro especialista, debería derivarlo él mismo y no remitirlos a nuestras consultas para ser derivado.

Otro problema frecuente que nos quita muchísimo tiempo, generando además prisas y urgencias, es el de las prescripciones urgentes por caducidad, desabastecimientos o errores de dispensación/retirada de medicamentos. Lógicamente, el médico es el responsable de los tratamientos de los pacientes y debe seguir siendo así, pero habría que solucionar que el paciente deba acudir a su médico “de inmediato” para resolver un fármaco que no se retiró a tiempo. La

farmacia comunitaria puede jugar un importante papel en este importante asunto.

Mientras esta tarea siga recayendo sobre nosotros, se pueden delimitar unas horas determinadas un día a la semana para este tipo de tareas, o incluso sacarlas fuera del horario habitual de consulta previo acuerdo con la dirección de cada sector.

i) Coordinación con otros profesionales sanitarios

En general, hay que acabar con el mito de ser “los chicos para todo” y que cualquier asunto deba pasar por el médico de AP. Los protocolos conjuntos de derivación son un elemento fundamental de coordinación, ya que la información es compartida y visualizable por todos los especialistas involucrados en la asistencia del paciente. Asimismo, la historia digital es un arma muy eficaz para que otros especialistas compartan información importante sobre los pacientes.

También es imprescindible definir las competencias y funciones de los profesionales según su formación y responsabilidad, y que cada problema se resuelva en el nivel que debe resolverse.

La relación con el ámbito socio-sanitario tiene aquí especial importancia. Tarde o temprano, es un tema que habrá que abordar. La primera tarea por resolver es la informatización de estos centros, para tener acceso al historial y medicamentos de todos los pacientes.

LADRONES DEL TIEMPO

Vivimos en una sociedad y un ámbito laboral sobrecargados de tareas y distracciones a las que informalmente llamamos “ladrones del tiempo”. A continuación, citamos los principales ladrones del tiempo conocidos en la consulta de AP y alguna estrategia para neutralizarlos:

a. **Interrupciones:** ocasionan una pérdida de la concentración en la tarea que estamos realizando y un tiempo de recuperación de minutos. Consecuentemente disminuyen nuestra productividad, además de favorecer que cometamos errores. Dentro de este grupo, podemos incluir las llamadas telefónicas no programadas. Una anticipación a las posibles interrupciones, estableciendo un bloque temporal en el que incluirlas, podría aminorar el problema.

- b. **Citas o visitas no programadas:** se incorporan a nuestra agenda de forma ilimitada por falta de cribado, por lo que restan tiempo a la atención de nuestra demanda. Para atacar a este ladrón del tiempo podremos utilizar varias estrategias ya nombradas: unidades de cribado, formación del personal administrativo y reservar este tipo de demanda.
- c. **Correo electrónico:** una bondad de nuestros tiempos que puede convertirse en un mal si le prestamos atención continua. Debe establecerse un intervalo de tiempo fijo para su contestación.
- d. **Reuniones:** desplazan nuestros horarios habituales obligándonos a reducirlos o comprimirlos. Se deben aceptar solo aquellas que persigan unos objetivos claros.
- e. **Dificultad para delegar:** la confianza en nuestro equipo nos ayudará a gestionar mejor nuestro tiempo. Si las instrucciones son claras, todos los aspectos técnicos pueden ser delegados.
- f. **Aplazamiento de tareas:** la burocratización de las consultas ocasiona, con frecuencia, acúmulos de documentos por cumplimentar que llegan a ser un estresor importante para el médico de familia.
- g. **Multitarea:** intentar hacer tareas sobre la marcha, durante el transcurso de otra, puede ocasionarnos una pérdida de tiempo. Tanto el aplazamiento de tareas como la multitarea precisan una mejora organizativa. Establecer un bloque de tiempo para atender tareas de tipo administrativo ayudaría en la gestión.
- h. **Microcompromisos:** tareas que incorporamos a nuestra jornada laboral porque pensamos que nuestro coste temporal es muy pequeño y a cambio hacemos un favor. Ser conscientes del tiempo que nos resta suele ser una buena medida correctora.
- i. **Carencias formativas o comunicativas:** entorpecen la consulta. Un autoexamen nos permitiría establecer estrategias para mejorar en estos aspectos.
- j. **Imprevistos:** si nuestra experiencia es que ocurren con frecuencia, agendar pequeños descansos extras permitiría un lugar en el que encajarlos.

CONCLUSIONES

Es innegable que debemos aprender a gestionar nuestro precioso tiempo. Hay cambios que forman parte de la propia organización del sistema sanitario

(macrogestión), otros de la organización del equipo de AP (reasignación de tareas, unidades de cribado, etc.) y otros de nuestra propia gestión de la consulta.

En este último punto, podemos resumir que las mejores estrategias para reducir las tareas innecesarias o que nos hacen “perder el tiempo” son aquellas que mejoran las habilidades organizativas y comunicativas.

Estas estrategias son: reservar huecos para visitas indemorables, asignar cada tarea al nivel que debe gestionarlo, mejorar nuestras habilidades de comunicación, identificar a los ladrones de tiempo, priorizar tareas según su importancia, no procrastinar (“no dejes para mañana lo que puedas hacer hoy”), auditar nuestras actividades y liberar capacidad mental utilizando herramientas de gestión de tareas (nos permite concentrarnos en lo que “nos toca” en ese momento).

REFERENCIAS

1. Bellón Saameño, JA. Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria | Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet] 2004; 30(1); 17-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-algunas-claves-gestion-demanda-atencion-13066280>
2. Giurge LM, Whillans AV., West C. Why time poverty matters for individuals, organisations and nations. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2020;4(10):993–1003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32747805/>
3. Aeon B, Faber A, Panaccio A. Does time management work? A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428644/>
4. Jensen D. Time Management Won't Save You [Internet]. *Harvard Business Review*. 2021. Disponible en: <https://hbr.org/2021/06/time-management-wont-save-you>
5. Ortún Rubio V. ¿Conocimiento para gestionar?. *Gest Clin Sant*. 1999;1(1):5–6. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper22.pdf>
6. Rubio Cebrián S., Repullo Labrador JR., Rubio González B. DICCIONARIO DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA. 2018 Madrid. Disponible en: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/7276/DiccionarioDeGesti%F3nY_2018.pdf;jsessionid=E89A-F3583A9EADB326F6BBC35315247?sequence=1
7. García Prieto EE. Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. [Internet]. 2005;3(1):67–72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1138744>
8. Pastor A., Polo García J., Franco C., Martínez Olmos J., Micó R., Marínez-Berganza L. La Medicina de Familia en la reconstrucción del SNS: propuestas para un nuevo modelo de Atención Primaria. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/noticias/2021/Octubre/consenso43CongresoSEMERGEN.pdf>
9. Borrell I Carrió F. Entrevista clínica viva. Manual de estrategias prácticas. *Aten Primaria* [Internet]. 2004;34(1): 3–5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246606753_Entrevista_clinica_viva
10. Alcoba O., Arenas A., Badrinas L., Barbiero A., Barrubés J., Farrús G. Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario. Propuestas para impulsar la consulta de salud virtual en el sistema sanitario. 2020. Disponible en: <https://barcelonahealthhub.com/wp-content/uploads/2020/07/aEstudio-de-la-Consulta-de-Salud-Virtual-telemedicina-y-sus-beneficios-para-los-sistemas-sanitarios.pdf>

Gota tofácea crónica

Chronic tophacea gout

Naiara Cubelos Fernández, Albert Carbó Jordà y Estefanía Robles Martín

RESUMEN

La artropatía gotosa es una patología frecuente en las consultas de Atención Primaria, no obstante, son pocos los casos que evolucionan a la forma extrema, debido al tratamiento farmacológico y a las medidas higiénico-dietéticas que se pautan en nuestras consultas. En casos avanzados, los pacientes pueden precisar hasta intervención quirúrgica. La gota evoluciona en 4 estadios: asintomática, artritis gotosa aguda, crisis gotosas y finalmente, gota tofácea crónica, como es el caso actual. Es trabajo fundamental del médico de Atención Primaria detectarla y poner tratamiento cuanto antes, con el fin de conseguir una concentración de ácido úrico por debajo de 6 mg/dl y evitar, así, la evolución a grados avanzados de la enfermedad.

Palabras clave: *gota tofácea crónica, ácido úrico, hiperuricemia*

ABSTRACT

Gouty arthropathy is a frequent pathology in Primary Care consultations, however, there are a few cases that evolve to the extreme form, due to pharmacological treatment and hygienic-dietary measures, which are prescribed in our consultations. In advanced cases, patients may even require surgical intervention. Gout evolves in 4 stages: asymptomatic, acute gouty arthritis, gouty crises and finally, chronic tophaceous gout, as it is the current case. It is the fundamental job of the Primary Care physician to detect it and treat it as soon as possible in order to achieve a uric acid concentration below 6 mg/dl and avoid progression to advanced stages of the disease.

Keywords: *chronic tophaceus gout, uric acid, hyperuricemia*

INTRODUCCIÓN

La hiperuricemia es un trastorno metabólico muy prevalente en las consultas de Atención Primaria. Consiste en una concentración de ácido úrico en sangre, superior o igual a 7 mg/dl en hombres, y superior o igual a 6 mg/dl en mujeres². Es el factor principal para la aparición de gota, artritis inflamatoria más común en los países desarrollados (cerca de 880.000 personas padecen gota en España según el estudio EPISER 2016¹).

El caso clínico siguiente trata sobre un paciente con diagnóstico de hiperuricemia desde hace más de 30 años, que debido a una mala adherencia al tratamiento farmacológico y, sobre todo, a las medidas higiénico-dietéticas, evoluciona de manera muy tórpida.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer más profundamente la clínica para identificar la artritis gotosa e incidir en el tratamiento que se puede realizar desde Atención Primaria, con el fin de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Caso clínico

Naiara Cubelos Fernández

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I (León).

Albert Carbó Jordà

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I (León).

Estefanía Robles Martín

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I (León).

Correspondencia:

Naiara Cubelos Fernández
n.cubelos.fernandez@gmail.com

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Varón de 85 años, bebedor desde los 20 años, consume 4 o 5 cervezas al día, acude por dolor en el primer dedo del pie izquierdo y por una herida abierta en dicho dedo. También presenta empeoramiento de artralgias en manos y pies.

Hace 20 años, comenzó con crisis de dolor e inflamación monoarticular en extremidades superiores, que inicialmente cedían con antiinflamatorios no esteroideos. Aproximadamente 10 años después, comenzó con la misma sintomatología en extremidades inferiores.

Al paciente se le explicaron en aquel momento las medidas farmacológicas y no farmacológicas³ fundamentales para la prevención de crisis gotosas: evitar la ingesta de alimentos de origen animal ricos en purinas (carne roja, marisco, vísceras, conservas, embutidos), las bebidas ricas en fructosa y las bebidas alcohólicas, en particular la cerveza.

El paciente no realizaba el tratamiento correctamente (ni el farmacológico ni las medidas higiénico-dietéticas), por lo que posteriormente comenzó con crisis mensuales, evolucionando a poliartritis.

Antecedentes personales:

- Hiperuricemia de 30 años de evolución, sin tratamiento por mala adherencia del paciente.
- Hipertensión Arterial en tratamiento con valsartán 80 mg/24 horas.
- Gota diagnosticada hace 20 años, sin tratamiento por decisión del paciente.
- Exfumador.

EXPLORACIÓN

Tensión arterial: 145/90 mmHg, afebril. Peso: 85 kg, altura: 1,70 metros.

Presencia de deformidad⁴, tumefacción, dolor y artralgias en manos y pies (Figura 1). Tofos en ambas manos y pies, con fistula en articulación metatarsofalángica y en el primer dedo del pie izquierdo, donde se aprecian cristales de urato monosódico (Figuras 2 y 3).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica: uricemia: 8,3 mg/dl, el resto normal.
- Hemograma: PCR elevada, factor reumatoide negativo.
- Rx manos y pies: erosiones óseas con márgenes escleróticos y calcificaciones.

EVOLUCIÓN

Se recomendó suspender alcohol e iniciar tratamiento con colchicina 1 mg/12 horas, y naproxeno 500 mg/12 h. Posteriormente (a las 3 semanas), se suspendió colchicina y se inició tratamiento con alopurinol 300 mg/día.

Importante mejoría a las 3 semanas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.



Figura 1. Deformidad, tumefacción en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de ambas manos. Tofos gotosos

Fuente: elaboración propia.



Figura 2. Podagra en el primer dedo del pie izquierdo y herida abierta
Fuente: elaboración propia.



Figura 3. Fístula en región lateral del primer dedo del pie izquierdo con cristales de urato monosódico en base
Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tratamiento farmacológico⁵ de los pacientes con enfermedad gotosa, este supone tratar la fase aguda de crisis, evitar las recurrencias y evitar la progresión de la enfermedad, así como disminuir los niveles de ácido úrico en sangre.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la colchicina 0,5 mg/8 horas son los principales fármacos para conseguir un alivio rápido del dolor y la inflamación. Ante intolerancia o contraindicación a estos fármacos, pueden utilizarse corticoides (prednisona). Tras la resolución del brote agudo, a las 2-4 semanas, debe iniciarse el tratamiento hipouricemiante, con el fin de conseguir cifras de ácido úrico en sangre inferiores a 7 mg/dl.

Si el paciente está en tratamiento con hipouricemiantes y presenta una crisis aguda, no debe suspenderse el tratamiento, ya que es continuo e indefinido.

Tenemos 3 tipos de fármacos hipouricemiantes⁶ según el mecanismo de acción:

1. Fármacos que bloquean la síntesis de ácido úrico: alopurinol, febuxostat. Alopurinol es el más utilizado, se inicia en dosis de 100 mg/día vía oral y se incrementa 100 mg al mes hasta alcanzar la dosis habitual de 300 mg/día. Febuxostat ha sido aprobado para el tratamiento de la hiperuricemia crónica cuando ya hay depósito de urato.
2. Fármacos uricosúricos: probenecid para la gota crónica o la artritis gotosa. Benzbromarona en

dosis de 100 mg/día, en gota tofácea, 100 mg/12 horas.

3. Uricasas: convierten el ácido úrico en el producto final del metabolismo purínico. Se usan por vía intravenosa.

Es importante mencionar que, ante un paciente con hiperuricemia asintomática, no se suele realizar tratamiento farmacológico. El objetivo es conseguir cifras de ácido úrico en sangre inferiores a 7 mg/dl mediante la dieta, control de peso y ejercicio físico.

DIAGNÓSTICO

Gota tofácea crónica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Aunque se trata de un diagnóstico casi evidente en la exploración, habría que descartar enfermedades reumatológicas asociadas a la patología de base, como artritis reumatoide (Tabla 1).

COMENTARIO FINAL

Tras insistir en una dieta baja en purinas y en una correcta posología del tratamiento hipouricemiante, el paciente mejoró de forma considerable el dolor y la inflamación articular, pero en su caso, se

Tabla 1. Diagnóstico diferencial gota versus artritis reumatoide

GOTA	ARTRITIS REUMATOIDE
Etiología principal: hiperuricemia.	Trastorno autoinmune.
Más frecuente en varones (4:1) en edad media.	Más común en mujeres en años reproductivos.
Suele comenzar en el primer dedo del pie.	Comienza en articulaciones pequeñas de manos y pies.
Articulaciones afectadas: metatarsfalángica del primer dedo del pie, manos, orejas, rodillas y tobillos.	Articulaciones afectadas: interfalángicas de manos y pies y metacarpo/metatarsfalángicas.
Afectación articular: asimétrica.	Afectación articular: simétrica.
En analítica sanguínea: ácido úrico elevado.	En analítica sanguínea: anemia normocítica y normocrómica, anticuerpos antinucleares, anticuerpos antipéptido citrulinado, factor reumatoide positivo (su ausencia no excluye el diagnóstico).
Análisis de líquido sinovial: aparición de cristales de urato monosódico.	Líquido sinovial de carácter inflamatorio, viscosidad disminuida, celularidad 20.000-50.000 ml.

Fuente: elaboración propia.

desea conseguir cifras de ácido úrico en sangre más exigentes, debido a la fase en la que se encuentra su enfermedad (inferior 6 mg/dl).

BIBLIOGRAFÍA

1. Quilis N, Sivera F, Daniel Seoane-Mato et al. Prevalence of gout in the adult general population in Spain: Estimating the proportion of undiagnosed cases. *Joint Bone Spine*. 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325050/>
2. Sancho Bueno T, De la Serna B., García Puig J. Un paciente con hiperuricemia. *Med integral*. 2000; 35 (3): 100-111. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/412176891/un-paciente-con-hiperuricemia>
3. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con gota. Sociedad española de Reumatología. Ed.2020. Página 52. Depósito legal: M-27336-2020, ISBN: 978-84-09-24210-8. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/03/gpc_605_gota_ser_compl.pdf
4. Rodríguez Linares JE, del Castillo Pasos MH. Gota en imágenes. *Rev Cuba Reumatol*. 2015;17 (3): 244-6.
5. González-Rozas M, Prieto de Paula JM, Francisto Hidalgo S, López Pedreira MR. Gota tofácea crónica. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2013; 39 (6): 29-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-gota-tofa-cea-cronica-S1138359312001451>
6. Keller SF. Gota. *Manual MSD (versión para profesionales)*. 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculo-esquelético-y-conectivo/artritis-inducida-por-cristales/gota>

TEST DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

El Programa de Formación Continuada FMF de SEMERGEN, dirigido a médicos de familia, ofrece a los alumnos la posibilidad de obtener los créditos otorgados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Para poder acceder a los créditos ya solicitados, ha de cumplimentar *online* el test de evaluación de los artículos y casos clínicos que aparecen en cada unidad del Programa y obtener el 80% de respuestas correctas.

Para realizar los test, con los datos de registro facilitados una vez formalizada su inscripción deberá acceder a <https://www.livemed.in> e identificarse como alumno.

Una vez efectuado el test, en el caso de superar el porcentaje de respuestas correctas, podrá imprimir el diploma directamente en la web.



En el siguiente número

QUÉ DEBE SABER UN MÉDICO DE FAMILIA DE...

Cáncer de pulmón

QUÉ HACER ANTE...

Fibrilación auricular

GUÍA DE ACTUACIÓN EN...

Obesidad

ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA EN...

Insulinización

COMPETENCIAS BÁSICAS

Consentimiento informado

CASO CLÍNICO

Doctora, me huelen los pies

