

COMUNICAR SALUD



COORDINAN:
PABLO PÉREZ MARTÍNEZ
JOSÉ MANUEL RAMOS RINCÓN
ANA MAESTRE PEIRÓ

Comunicar Salud

PABLO PÉREZ MARTÍNEZ
JOSÉ MANUEL RAMOS RINCÓN
ANA MAESTRE PEIRÓ

1ª edición: febrero 2023

© Sociedad Española de Medicina Interna

Coordinadores:

Pablo Pérez Martínez

José Manuel Ramos Rincón

Ana Maestre Peiró

Autores: Luis Castilla Guerra, Nuria Muñoz Rivas, Francisco J. Fuentes Jiménez, Eva Mª Moya Mateo, José Pérez Silvestre, Pedro Pablo Casado Escribano, Juana Carretero Gómez, María Belén Alonso Ortiz, Francisco Javier Medrano Ortega, Sara Vela Bernal, Ana Maestre Peiró, Vladimir Salazar Rosa, Ignacio Novo Veleiro, Iván Fernández Castro, Candelaria Martín, Daniel Fuster, José Salvador García Morillo, Esteban Rubio Romero, Isabel Martín Garrido, José Manuel Ramos Rincón, Antonio Ramos Martínez, María Sánchez Ledesma, Fátima Boumhir Lendínez, Antonio Lalueza Blanco, Arturo Artero Mora, Juan María Herrero Martínez, Antoni Riera-Mestre, María Teresa Pérez Sanz, Patricia Pinto Martins, Fernando Maroto Piñero, Cristina Macía Rodríguez, Juan Andreu Ansola, Francisco Epelde, María Jimeno Ariztia, Gema Flox Benítez, Álvaro Alejandro de Oña, Salvador Martín Cortés, Berenice Noelia Otero, Gemma Ortiz Llauradó, Karen Tinoco Gómez, Ismael Said Criado, Isabel Torrente Jiménez, Pilar Cubo Romano, Juan Igor Molina Puente, Virginia García, Santos Ibáñez Barceló, Jesús Canora Lebrato y Luis M. Beltrán Romero

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Diseño Gráfico y Maquetación: Cristina Jueas

ISBN: 978-84-09-47805-7

eISBN: 978-84-09-48195-8

THEMA: MBNH

Depósito legal: M-3487-2023

Edición e impresión: página 1 servicios gráficos, S.L.

Impreso en España - Printed in Spain

Prólogo

Dentro de los objetivos de toda sociedad científica debe ser prioritario acercar el conocimiento médico a la población. Aumentar el conocimiento que sobre las enfermedades tiene la ciudadanía contribuirá, de forma positiva, tanto a la prevención como a la correcta identificación de los síntomas que pueden derivar en una enfermedad grave. Sin embargo, en muchas ocasiones, el acceso de la ciudadanía a fuentes fiables de conocimiento no está disponible ni está exento de riesgos de acceder a información de dudoso rigor científico. Con esta iniciativa, desde la Sociedad Española de Medicina Interna queremos ofrecer información de calidad y rigor científico. Nuestro único objetivo es, dentro de nuestro compromiso con el paciente, fomentar la educación en salud de la población, lo que sin duda redundará en una mejor calidad de vida de las personas.

Como presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna quisiera agradecer a los coordinadores del presente libro la exquisita labor que han realizado y su compromiso, siempre, con las personas.



Juana Carretero Gómez

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna

Coordinación



PABLO PÉREZ MARTÍNEZ

Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Director Científico del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).

Catedrático de Medicina de la Universidad de Córdoba.



JOSÉ MANUEL RAMOS RINCÓN

Especialista en Medicina Interna del Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Profesor titular de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de San Juan, Alicante.



ANA MAESTRE PEIRÓ

Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante).

Profesora asociada de la Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Listado de patologías

01. Ictus Luis Castilla Guerra	8
02. Infarto agudo de miocardio Nuria Muñoz Rivas	10
03. Hipercolesterolemia Francisco J. Fuentes Jiménez	12
04. Hipertensión arterial (HTA) Eva M. Moya Mateo	14
05. Fibrilación auricular José Pérez Silvestre	16
06. Insuficiencia cardiaca José Pérez Silvestre	18
07. Diabetes Pedro Pablo Casado Escribano	20
08. Obesidad Juana Carretero Gómez	22
09. EPOC/Bronquitis crónica María Belén Alonso Ortiz	24
10. Neumotórax Francisco Javier Medrano Ortega	26
11. Osteoporosis Sara Vela Bernal	28
12. Trombosis venosa profunda Ana Maestre Peiró	30
13. Embolia de pulmón Vladimir Salazar Rosa	32
14. Alcoholismo Ignacio Novo Veleiro e Iván Fernández Castro	34
15. Esteatosis hepática Candelaria Martín y Daniel Fuster	36
16. Lupus eritematoso sistémico José Salvador García Morillo	38
17. Artritis reumatoide Esteban Rubio Romero	40
18. Fibromialgia Isabel Martín Garrido	42
19. Sepsis José Manuel Ramos Rincón	44
20. Infección de tracto urinario Antonio Ramos Martínez	46
21. Neumonía María Sánchez Ledesma	48
22. Herpes zóster Fátima Boumhir Lendínez	50
23. Gripe Antonio Lalueza Blanco	52
24. COVID-19 Arturo Artero Mora	54
25. Meningitis Juan María Herrero Martínez	56
26. Enfermedades minoritarias Antoni Riera-Mestre	58
27. Hipotiroidismo María Teresa Pérez Sanz	60
28. Pericarditis Patricia Pinto Martins	62
29. Hemorragia digestiva Iván Fernández Castro	64
30. Pancreatitis Fernando Maroto Piñero	66
31. Hepatitis y cirrosis hepática Cristina Macía Rodríguez y Juan Andreu Ansola	68
32. Palpitaciones Francisco Epelde	70
33. Convulsiones Francisco Epelde	72
34. Lipotimia y síncope Francisco Epelde	74
35. Ansiedad Francisco Epelde	76
36. Vértigo Francisco Epelde	78

Listado de patologías

37. Final de la vida María Jimeno Ariztia	80
38. Cuidados paliativos Gema Flox Benítez	82
39. Diarrea Álvaro Alejandro de Oña	84
40. Hemorroides Salvador Martín Cortés	86
41. Astenia crónica Berenice Noelia Otero y Gemma Ortiz Llauradó	88
42. Anticoagulación Karen Tinoco Gómez	90
43. Telemedicina Ismael Said Criado	92
44. Envejecimiento Isabel Torrente Jiménez	94
45. Comorbilidades/Pluripatología Pilar Cubo Romano	96
46. Anemia Juan Igor Molina Puente	98
47. Leucocitosis y leucopenia Virginia García	100
48. Bioética Santos Ibáñez Barceló	102
49. Eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad Jesús Canora Lebrato	104
50. Ecografía clínica Luis M. Beltrán Romero	106





El ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera el funcionamiento de una determinada parte del cerebro.

Existen dos tipos de ictus:

- **Ictus isquémicos:** por obstrucción de los vasos sanguíneos. Son la mayoría.
- **Ictus hemorrágicos:** debido a la rotura de los vasos sanguíneos cerebrales y la salida de sangre al cerebro.

En España el ictus es la primera causa de muerte en la mujer, la segunda en el hombre. Más de 115 000 personas sufren cada año un ictus, y la mitad de ellas padece secuelas importantes o fallece.

Cuando los vasos sanguíneos se lesionan, no llega el oxígeno suficiente a las células del cerebro (neuronas), que tras 5 a 10 minutos sin oxígeno sufren lesiones irreversibles, de ahí la importancia de aplicar un tratamiento urgente para devolver el flujo sanguíneo.

Por eso decimos el **tiempo es cerebro**: cuanto más tiempo tardemos en trasladar al paciente al hospital para poder aplicar ese tratamiento más tiempo pasa sin llegarla sangre y más neuronas del cerebro se pierden.

Es muy importante identificar lo antes posible los síntomas del ictus para trasladar al paciente de forma urgente a un hospital.

¿Cómo reconocer los síntomas ictus cerebral: qué hay que hacer?

Se resume en tres pasos; indique a la persona que:

1. ¡Sonría!
2. ¡Levante los brazos!
3. Diga alguna frase coherente.

Si en cualquiera de estos tres pasos percibiera algún fallo, por favor, avise de inmediato al servicio de Urgencias 112 o 061.

La mayor parte de los casos de ictus (hasta el 90%) se pueden evitar si se controlan los factores de riesgo vascular y las enfermedades que aumentan el riesgo de padecer un ictus.

Por tanto, es importante acudir al médico y hacerse chequeos regulares para detectar y tratar esos factores de riesgo vascular, como son el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, tener el colesterol elevado o padecer determinadas enfermedades cardíacas, como las arritmias. Además, los pacientes deben tomarse muy en serio cambiar su estilo de vida y cumplir de forma completa y correcta con la medicación que le ha prescrito su médico.



Luis Castilla Guerra

Especialista en Medicina Interna del Hospital Virgen Macarena, Sevilla
Profesor Contratado Doctor Vinculado del Departamento de Medicina,
Universidad de Sevilla

10 puntos clave



El ictus es una enfermedad frecuente, que puede llegar a ser muy grave: más de 100 000 personas sufren un ictus en España, y la mitad de los cuales quedará con alguna secuela o fallecerán por este motivo.



La atención hospitalaria dependerá del tipo de ictus. Por eso, es necesario realizar un TAC craneal para identificar el tipo de ictus: infarto o hemorragia cerebral.



El ictus es una urgencia médica, precisa siempre de un tratamiento médico urgente.



En unidades especializadas se establecerá un tratamiento cuyo fin es restablecer la circulación en la zona cerebral donde se ha interrumpido. Para ello, se cuenta con fármacos intravenosos o mediante el uso de cateterismo de las arterias del cerebro.



En el ictus, el tiempo es oro. En el instante en que se detectan las primeras señales hay que ponerse en contacto con los servicios sanitarios, ya que el tratamiento precoz reduce la probabilidad de morir o de sufrir secuelas permanentes.



Con frecuencia los pacientes precisarán de un programa de rehabilitación con el objetivo de reducir las secuelas.



Los síntomas / signos de alarma principales de un ictus son:

- Debilidad brusca en una parte del cuerpo (mitad derecha o izquierda).
- Dificultad para poder hablar.
- Desviación de la mitad de la boca.



La mayor parte de los casos de ictus (hasta el 90%) se evitan si se controlan los factores de riesgo vascular o las enfermedades que aumentan el riesgo de padecer un ictus.



Esos pacientes se deben trasladar de forma urgente al hospital para someterlos a un tratamiento especial lo antes posible. El tiempo es cerebro. Cuanto antes se inicie el tratamiento, más células de cerebro se salvarán.



Es importante acudir al médico y hacerse chequeos regulares para detectar y tratar los factores de riesgo vascular, como son el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, tener el colesterol elevado o padecer determinadas enfermedades cardiacas, como las arritmias.

2 Infarto de miocardio



El infarto de miocardio es la muerte irreversible (necrosis) del músculo cardiaco debida a la falta prolongada de oxígeno, que llamamos isquemia. Aproximadamente ocurre en 205 casos por cada 100 000 habitantes/año en hombres y en 78/100 000 habitantes/año en mujeres en España.

El infarto se puede presentar de forma brusca, sin avisar, con las siguientes características:

- Típicamente, se trata de un dolor intenso y continuo durante 30-60 minutos, generalmente descrito como una presión o como un peso, aunque también puede presentarse como quemazón o picor. Se localiza con frecuencia detrás del esternón, y puede irradiarse hacia el cuello, la mandíbula o hacia hombro y brazo izquierdo.
- Los pacientes que sufren un infarto de miocardio típico pueden presentar en días o incluso semanas previos, molestias en el pecho, cansancio y malestar. Ante un dolor de estas características más acortado en el tiempo, al que llamamos **angina de pecho**, es importante consultar con los profesionales sanitarios.

Para su diagnóstico es fundamental la historia clínica y el electrocardiograma urgente como herramienta diagnóstica primordial, junto con la medición de las enzimas cardiacas (troponinas) que, en caso de estar elevadas, indican que se ha producido un daño del músculo cardiaco.

El infarto de miocardio se relaciona con los factores de riesgo cardiovascular que producen aterosclerosis. Esto es, placas de ateroma, formadas por colesterol fundamentalmente, que producen la obstrucción de las arterias coronarias que llevan el oxígeno al músculo cardiaco.

Los factores de riesgo cardiovascular más relevantes son la hipertensión (tensión alta), la diabetes (azúcar), la hipercolesterolemia (colesterol), la obesidad y el tabaquismo. Su control es fundamental para prevenir el infarto. Por ello, es importante conocer su presencia realizando un *screening* en el centro de salud, mediante analítica de sangre y medida de la presión arterial.

El diagnóstico del infarto ha de ser muy rápido y requiere de tratamiento urgente. Este está dirigido a restaurar la circulación y, con ella, la llegada de oxígeno tan pronto como sea posible (reperusión) para así evitar la muerte o necrosis del músculo cardiaco.

El tratamiento de reperusión puede ser con tratamiento médico o requerir medios invasivos, percutáneos (angioplastia a través de un cateterismo) o cirugía (*by-pass*), según los casos.



Nuria Muñoz Rivas

Unidad de Riesgo Cardiovascular y Enfermedad Tromboembólica Venosa
Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid
Profesora Asociada Ciencias de la Salud,
Universidad Complutense de Madrid

10 puntos clave



Aunque el dolor típico del infarto suele ser precordial (detrás del esternón), en algunos pacientes, el síntoma es digestivo, con dolor en el epigastrio (en el estómago) y sensación de indigestión o de gases.



En algunas personas (más frecuentemente en mujeres, personas con diabetes y pacientes ancianos o con enfermedades cognitivas) los síntomas se manifiestan de forma atípica, por lo que se retrasa el acceso al tratamiento urgente y con ello empeoran los resultados en salud.



En algunas ocasiones, a través de un electrocardiograma, se puede ver la cicatriz de un infarto antiguo, sobre todo en pacientes con muchos factores de riesgo vascular.



Los países de la cuenca mediterránea tienen menor incidencia de infarto y esto se debe fundamentalmente a la dieta mediterránea, rica en productos vegetales, cereales integrales, legumbres, hortalizas, frutos secos; y su consumo elevado por encima de los alimentos de origen animal, junto con aceite de oliva como grasa principal.



El electrocardiograma es fundamental en el diagnóstico y permite diferenciar dos tipos de infarto, con y sin elevación ST. Esta distinción tiene importancia también en la terapia urgente que el paciente debe recibir mediante la activación del código infarto.



Hay familias en las que se producen infarto de miocardio de forma precoz (antes de los 50 años en varón y 60 en mujer), en relación con enfermedades que cursan con niveles de colesterol muy elevados (hipercolesterolemia familiar). Es importante reconocer y diagnosticar a estos pacientes.



La mayoría de las muertes ocasionadas por un infarto de miocardio ocurren de forma temprana y se deben a una arritmia llamada fibrilación ventricular. El desfibrilador en estos pacientes puede salvarles la vida, y por ello están disponibles en distintos lugares públicos.



Los pacientes que han sufrido un infarto tendrán que tomar de por vida medicación para prevenir nuevos episodios. Antiagregantes y aspirina mayoritariamente, además de fármacos para mantener niveles muy bajos de colesterol.

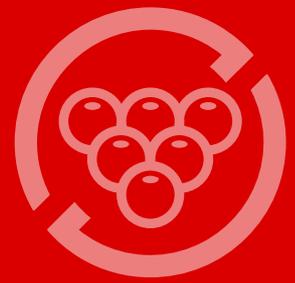


Es fundamental evitar el consumo de tabaco, ya que esto reduce hasta el 50% el riesgo de infarto mortal al cabo de 10 años.



El infarto de miocardio puede llevar a complicaciones futuras, como la insuficiencia cardíaca, y aumenta la predisposición a arritmias a largo plazo.

Hipercolesterolemia



Consideramos que un paciente presenta hipercolesterolemia límite si sus cifras de colesterol en sangre se sitúan entre 200 y 220 mg/dl, e hipercolesterolemia definida a partir de cifras iguales o superiores a 220 mg/dl.

La frecuencia de hipercolesterolemia en nuestro país se sitúa en torno al 51% de media, siendo algo mayor en hombres (56,9%) que en mujeres (47,1%). Por tanto, es una enfermedad muy frecuente en nuestro entorno a la que hay que prestar mucha atención.

Generalmente, la hipercolesterolemia no presenta manifestación clínica alguna, salvo cuando se produce la aparición de la complicación clínica más temida, que es la enfermedad cardiovascular (ECV). En la mayor parte de los casos se detecta por un análisis casual o cuando se realiza alguna determinación analítica por otro motivo. En otras ocasiones, en formas de hipercolesterolemia graves o hereditarias, se suele detectar por programas de *screening* familiar al localizar casos índice con niveles de colesterol muy elevados en sangre.

Existen pruebas más que evidentes sobre la relación entre la disminución de la incidencia de ECV y la reducción de los niveles del colesterol en sangre. Un descenso de 39 mg/dl de colesterol LDL (el conocido como "malo") consigue una reducción del 20% en la posibilidad de desarrollar una enfermedad coronaria.

La hipercolesterolemia se puede prevenir llevando un estilo de vida saludable en todos los aspectos (abandono de hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, pérdida de peso, llevar una alimentación sana y realizar actividad física regular). También son recomendables estas medidas de estilo de vida en aquellos pacientes con formas de hipercolesterolemia graves o hereditarias, aunque en estos casos el efecto de estas medidas para reducir las cifras de colesterol sea más limitado.

No todos los pacientes con hipercolesterolemia necesitan tomar fármacos para controlar sus cifras de colesterol, pero sí todos deben poner en práctica cambios que fomenten hábitos saludables. Los pacientes con hipercolesterolemia grave o formas hereditarias y aquellos con enfermedad cardiovascular asociada al estilo de vida saludable deben asociar la toma de fármacos. Las estatinas han demostrado su beneficio para reducir las cifras de colesterol en sangre y también el riesgo de eventos cardiovasculares futuros.



Francisco J. Fuentes Jiménez

Jefe de Sección de Medicina Interna
Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis
UGC de Medicina Interna
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
Profesor Titular de Medicina de la Universidad de Córdoba

10 puntos clave



Mantenerse en el peso ideal. El índice de masa corporal (IMC) se calcula a partir de la fórmula: peso (kg) / talla (m²). Hay sobrepeso con IMC entre 25 y 30, y obesidad cuando es igual o superior a 30. El sobrepeso no es bueno para la salud y se asocia a hipercolesterolemia.



Comer más cereales integrales y legumbres. Los cereales integrales contienen más fibra que los refinados y mayor cantidad de vitaminas y minerales. Las legumbres son muy ricas en vitaminas y minerales, hidratos de carbono complejos y fibra. Todo ello ayuda a reducir los niveles de colesterol en sangre.



Aceite de oliva como grasa principal. El aceite de oliva virgen debe ser la grasa fundamental de la dieta, ya que por su riqueza en ácido oleico la hace especialmente saludable, nos proporciona vitaminas y antioxidantes que previenen el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y ayuda a controlar la hipercolesterolemia.



Mejor carne de ave y pescado. Consumir mayor proporción de carnes de aves, conejo y pescado especialmente azul, ya que estos alimentos poseen un menor contenido en grasas saturadas (perjudiciales) y colesterol si los comparamos con las carnes rojas y embutidos.



Lácteos desnatados. Los lácteos desnatados son saludables porque aportan proteínas de alto valor biológico y minerales como el calcio, evitando las grasas saturadas y el colesterol que contiene la leche entera. Con ello reducimos la probabilidad de desarrollar hipercolesterolemia.



Hasta 3-4 huevos enteros por semana. El consumo de huevo no aumenta en exceso el colesterol. La clara del huevo no contiene colesterol, por lo que no hay limitaciones en su consumo. La yema contiene ácidos grasos monoinsaturados y ácidos grasos omega-3 beneficiosos para la salud.



Evitar la grasa saturada y la grasa trans. Estas grasas son el factor de la dieta que más aumenta el colesterol en sangre, por lo que este tipo de alimentos deben evitarse o tomarlos de forma excepcional (bollería, patatas chips, embutidos, comida rápida, etc.).



Evitar el excesivo consumo de sal y azúcar. Debemos conocer qué alimentos y bebidas contienen sal o azúcar ocultos ayudándonos del etiquetado nutricional. El exceso de sal (sodio), así como el exceso de azúcar refinado, no es saludable.



Comer más frutas, verduras y hortalizas. Los nutrientes, vitaminas y antioxidantes presentes en las frutas y verduras, sobre todo crudas, ayudan a protegernos frente a la enfermedad cardiovascular y a algunos tipos de cáncer. Carecen de colesterol al ser productos vegetales. Se recomiendan 5 raciones de fruta y verdura al día.



Realizar ejercicio físico todos los días. La actividad física beneficia a nuestra salud física y mental. No debemos olvidar que realizar 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado al día ayuda a prevenir la enfermedad cardiovascular y a reducir los niveles elevados de colesterol.

Hipertensión arterial (HTA)



La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, producida por el aumento de presión de la sangre sobre la pared de las arterias. En la mayoría de casos es de causa desconocida (90%) y la denominamos HTA esencial.

El riesgo de padecer HTA aumenta con la edad. En España, 1 de cada 3 personas mayores de 40 años es hipertensa, 2 de cada 3 mayores de 60 años también, y afecta casi a 3 de cada 3 personas mayores de 80 años. Existen otros factores como el consumo excesivo de sal, exceso de peso, estrés prolongado o la apnea de sueño, que favorecen su aparición.

La tensión arterial elevada no produce síntomas en la mayoría de las personas. Cuando los produce, los más frecuentes son dolor de cabeza o de nuca, mareo, sensación de abotargamiento o hemorragias nasales o conjuntivales; algunas personas describen dolor de pecho, fatiga o palpitaciones. Elevaciones bruscas o cifras muy elevadas, llamadas **crisis o emergencias hipertensivas**, es más probable que generen síntomas y puedan desencadenar enfermedades vasculares agudas como ictus o infarto de miocardio.

El diagnóstico es sencillo a través de la toma de tensión arterial, habitualmente con un aparato automático de brazo o tensiómetro. Hablamos de HTA tanto por elevación de la tensión arterial sistólica, popularmente llamada **tensión alta**, como por elevación de la diastólica o **tensión baja**.

Es una enfermedad crónica que en la mayoría de casos dura toda la vida. No tenemos tratamiento curativo, pero sí disponemos de tratamientos eficaces para regularla. Usamos fármacos seguros que no suelen producir efectos secundarios.

Una persona hipertensa que toma su tratamiento de forma correcta y normaliza sus niveles de tensión arterial reduce su riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o de morir por ella al mismo nivel de una persona no hipertensa.

La HTA se puede prevenir y también puede retrasarse su aparición. Es fundamental controlar nuestro peso, manteniendo un índice de masa corporal normal. Mantener un patrón de dieta mediterránea, limitando el consumo de sal a menos de 5 g/día, y realizar actividad física regular adaptada a la edad y a otras enfermedades, si las hubiera.



Eva M. Moya Mateo

Unidad de Riesgo Cardiovascular Avanzada
Servicio Medicina Interna
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

10 puntos clave



La HTA es un problema de salud pública y afecta en torno al 40% de la población adulta.



Las crisis o emergencias hipertensivas son una urgencia médica y suelen ocurrir con cifras superiores a 180/110.



La tensión arterial óptima es 120/70 mmHg. Se diagnostica HTA cuando las cifras son superiores a 135/85 tomadas en el domicilio, y/o superiores a 140/90 tomadas en la consulta, requiere varias tomas separadas en el tiempo.



El diagnóstico precoz y tratamiento correcto de la HTA previene todas las enfermedades cardiovasculares, entre las más frecuentes: infarto y hemorragia cerebral, demencia, infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. En conjunto son la causa más frecuente de muerte en nuestro país.



Un paciente hipertenso o que padece alguna enfermedad cardiovascular es fundamental que vigile periódicamente sus niveles de tensión arterial. Es recomendable disponer de tensiómetro de brazo validado/certificado para realizarse autocontroles en domicilio que ayudarán a su médico y enfermera en la toma de decisiones.



La HTA es un factor de riesgo cardiovascular, lo que significa que aumenta el riesgo de provocar enfermedades del área cardiovascular.



Asociada a otros factores de riesgo como diabetes, colesterol, tabaquismo u obesidad, la HTA multiplica el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.



Las sociedades médicas recomiendan que la toma de tensión en domicilio se realice estando tranquilo, sentado unos minutos, con el brazo apoyado sobre una mesa a la altura del corazón. Se deben realizar 3 tomas separadas por 1-2 minutos. La cifra final es la media aritmética de las 2 últimas tomas.



Cifras de tensión leve o moderadamente elevadas pueden pasar desapercibidas durante meses/años, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento, y provoca daños irreversibles, en arterias y órganos vitales como corazón, cerebro o riñón.



La mejor forma de prevenirla y evitar sus complicaciones es tener hábitos de vida saludables, fundamentalmente comer sano, sin exceso de sal, tener una vida activa y mantener el peso adecuado.

5 Fibrilación auricular



La fibrilación auricular (FA) es la alteración del ritmo del corazón o arritmia, que se produce por alteración de activación del corazón. Durante la fibrilación auricular, las cavidades superiores (aurículas) del corazón laten de forma irregular y de forma no sincronizada con las cavidades inferiores (ventrículos) del corazón. Como consecuencia de estos estímulos, el corazón se acelera y pierde la regularidad de sus latidos. Existen dos tipos de fibrilación auricular: paroxística (aparece y desaparece con duración variable) o persistente (la arritmia permanece en el tiempo sin que vuelva a su ritmo normal).

Es la arritmia más frecuente en España y en el mundo y aparece con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, hipertensos o con problemas valvulares.

La fibrilación auricular es una enfermedad grave, ya que puede producir coágulos de sangre que pueden viajar desde el corazón hasta el cerebro y causar un infarto cerebral.

Las causas más frecuentes de aparición de la fibrilación auricular son la hipertensión arterial (es la más frecuente), los problemas cardiacos (como infartos, valvulopatías...) y las enfermedades hormonales (sobre todo alteraciones de la tiroides). En un tercio de los casos es desconocida la causa.

La fibrilación auricular puede ser asintomática. Sin embargo, la fibrilación auricular puede provocar latidos cardiacos rápidos y fuertes (palpitaciones), falta de aire o debilidad. Además, puede asociar otros síntomas como dolor y presión en el pecho, mareos, o deterioro de enfermedades asociadas, como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca...

Para el diagnóstico, puede evidenciarse el pulso irregular del paciente con fibrilación auricular mediante palpación de la arterial radial en la muñeca, o con un *smartwatch*, y se confirma mediante un electrocardiograma (ECG), que es un registro no doloroso gráfico de la actividad eléctrica del corazón. Una vez confirmado el diagnóstico, el ecocardiograma (prueba indolora que nos permite valorar la morfología del corazón en movimiento) permitirá evaluar las causas de la arritmia y excluir la presencia de coágulos en las cavidades cardiacas.

El tratamiento depende de la gravedad y de la frecuencia de los síntomas y de la existencia o no de enfermedad cardiovascular asociada. Se basa en tres pilares:

- Corregir las causas de la arritmia, como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca, etc.
- Intentar restaurar el ritmo normal del corazón (ritmo sinusal) con la cardioversión, que es el procedimiento por el cual intentamos corregir la arritmia y recuperar el ritmo normal del corazón. Puede realizarse a través de medicamentos antiarrítmicos o mediante descargas eléctricas con un desfibrilador.
- Tratamiento con fármacos anticoagulantes (antivitamina K, heparinas o anticoagulantes de acción directa) para la prevención de trombos.



José Pérez Silvestre

Especialista en Medicina Interna
Coordinador UMIPIIC
Unidad de Manejo Integral Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
Servicio de Medicina Interna
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

10 puntos clave



Es la arritmia más frecuente en España y en el mundo.



La fibrilación auricular aumenta entre 5 y 7 veces el riesgo de sufrir un ictus o embolia.



Signos y síntomas de alarma:

- Palpitaciones o dolor en el pecho es lo más frecuente.
- Puede ser asintomática, incluso con síntomas muy imprecisos como cansancio o fatiga.



Medidas no farmacológicas:

- Evitar obesidad.
- Dormir 7 horas al día.
- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Realizar ejercicio moderado (mantenerse activo).



Diagnóstico: es necesario realizar una exploración física, electrocardiograma, analítica completa con función tiroidea y ecocardiografía.



Se recomienda el cribado oportunista de fibrilación auricular mediante palpación del pulso o tira de electrocardiograma a pacientes mayores de 65 años.



Se asocia con el envejecimiento de la población y afecta a 1 de cada 4 personas de más de 80 años



Mayor frecuencia en varones e hipertensos.



Causas: hipertensión arterial (más frecuente), diabetes *mellitus* tipo 2, insuficiencia cardiaca, y obesidad.



La anticoagulación con anticoagulantes de acción directa, antivitamina K o heparinas es el pilar esencial del tratamiento para evitar coágulos y trombos.

Insuficiencia cardiaca



La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica en la que el corazón está enfermo por diferentes causas, por lo que no es capaz de bombear suficiente sangre al resto del cuerpo, llegando menos sangre a los músculos y otros órganos. Todo ello produce la sensación de cansancio y fatiga.

Es la epidemia del siglo XXI y la causa más frecuente de ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años. Es una enfermedad grave, con una mortalidad elevada, ya que el 20% de los pacientes fallecen al año del diagnóstico, y la mitad a los 5 años.

El corazón llega a este punto por diversas causas; las más frecuentes son un infarto o hipertensión arterial. Otras causas son: afectación de las válvulas cardiacas, arritmias, abuso de alcohol y mal control de enfermedades como la diabetes. En determinadas ocasiones, la causa es desconocida.

Los síntomas más frecuentes son:

- Falta de aire o fatiga (sensación de que no puede hacer nada porque está agotado).
- Dificultad para respirar al estar tumbado o necesidad de levantarse de golpe por sensación de ahogo.
- Tos seca persistente, de predominio nocturno.
- Edemas o hinchazón en las piernas.
- Aumento de orina durante la noche.
- Aumento de peso (>2 kg/semana).
- Palpitaciones en el pecho.

Para el diagnóstico, el médico necesitará realizar una historia clínica con sus antecedentes personales y factores de riesgo cardiovascular, así como una exploración física. Además, se necesitará de un electrocardiograma (prueba sencilla y no dolorosa que registra la actividad del corazón), una analítica completa con parámetros cardiacos y un ecocardiograma (prueba indolora que nos permite valorar la morfología del corazón en movimiento) para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento se orienta a mejorar la calidad de vida, los síntomas y la supervivencia, además de disminuir las visitas a los servicios de Urgencias por nuevas descompensaciones. Se debe empezar por la prevención y la corrección de las causas que provocaron la IC. Hoy en día, existen diversos fármacos que han demostrado una mejoría en el pronóstico de la IC, reduciendo los síntomas y las visitas a Urgencias y disminuyendo la mortalidad.



José Pérez Silvestre

Especialista en Medicina Interna
Coordinador UMIPIC
Unidad de Manejo Integral Pacientes con Insuficiencia Cardiaca
Servicio de Medicina Interna
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

10 puntos clave



Es la causa más frecuente de ingreso hospitalario a partir de los 65 años.



Mayor frecuencia en mujeres y pacientes de edad avanzada.



Factores que pueden descompensar la IC:

- Anemia.
- Resfriados.
- No tomar la medicación correctamente.
- Ingesta importante líquidos o alcohol.



Medidas no farmacológicas:

- Dieta baja en sal y grasas, rica en verduras y frutas.
- Evitar beber mucho líquido.
- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Realizar ejercicio moderado (mantenerse activo).



Elevada mortalidad (20% fallecen al año del diagnóstico, y la mitad a los 5 años).



Importancia del autocuidado:

- Control peso diario.
- Control de presión arterial y frecuencia cardiaca diario.
- No olvidar tomar la medicación.
- Vacunación antigripal.
- No tomar antiinflamatorios.
- Avisar o acudir a su médico si aparecen signos de alarma.



Es una enfermedad sin cura, pero actualmente hay fármacos que mejoran la calidad de vida y disminuyen su elevada mortalidad.



Signos y síntomas de alarma:

- Hinchazón de las piernas.
- Aumento de peso (1 kg en un día- 2 kg en 2-3 días).
- Mareo o pérdida de conocimiento.
- Palpitaciones o dolor en el pecho.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Aumento de almohadas para dormir.



Para el diagnóstico es necesario realizar exploración física, electrocardiograma, analítica completa y ecocardiografía.



Controle sus factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, colesterol y obesidad.

Diabetes



La diabetes *mellitus* (DM) es un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presentación de cifras elevadas de glucosa en la sangre. Existen diferentes tipos, pero las más reconocidas son la DM tipo 1, que debuta en edades tempranas de la vida y que es debida a la destrucción de las células del páncreas productoras de insulina (es la menos frecuente, un 5-10% del total); y la DM tipo 2, presente en edades más avanzadas como consecuencia, habitualmente, de un incremento de la resistencia del cuerpo a la acción de la insulina (es la más frecuente, en torno al 90% del total). La DM es una enfermedad con una elevada presencia en la población (en España se estima que cerca de un 13% de la población la padece y son más de 500 millones los afectados a nivel mundial), con un incremento notable en las últimas décadas como consecuencia de los cambios en los estilos de vida actuales.

La característica de esta enfermedad es la presencia de cifras elevadas de glucosa en sangre, pero esto raramente ocasiona síntomas al paciente (salvo cifras excepcionalmente elevadas). En algunas ocasiones, el debut de la enfermedad se manifiesta con clínica derivada de la afectación de esa hiperglucemia sobre los vasos del cuerpo u otros órganos (eventos cardio- y cerebrovasculares, daño renal, daño en la retina y un largo etcétera).

Debido a ese "efecto silencioso" de la enfermedad, es muy importante su detección precoz, mediante estrategias de *screening* en búsqueda de esa hiperglucemia antes de que produzca daño en los diferentes órganos. Para ello debe realizarse un test de glucemia, que deberá repetirse criterio de su médico de cabecera.

Actualmente existe un elevado número de opciones farmacológicas para el tratamiento de esta enfermedad, pero la mejor estrategia sería la de la prevención, para lo cual son fundamentales unos óptimos estilos de vida en cuanto a alimentación (no solo "el dulce", como falsamente se cree es el responsable de la diabetes; todo alimento se convierte en azúcar en la sangre, siendo la obesidad el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad) y la actividad física. No hay mejor recomendación para prevenir y cuidar la diabetes que seguir este consejo: "Más zapato y menos plato".



Dr. Pedro Pablo Casado Escribano

Servicio de Medicina Interna
Unidad de Riesgo Vascular
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

10 puntos clave



La obesidad es el principal factor de riesgo poblacional para el desarrollo de la DM.



El tratamiento de la DM debe ser individualizado, adaptado a las características del paciente y atendiendo a sus preferencias.



La DM es una enfermedad que confiere a quien la padece un elevado riesgo de sufrir multitud de enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, infarto cerebral, insuficiencia cardiaca, arritmias, etc.).



La DM es la principal causa en países desarrollados de ceguera, de amputación de miembros inferiores y de causar entrada en programa de diálisis.



Actualmente se dispone de numerosas familias de fármacos hipoglucemiantes, tanto orales como inyectables, con una variedad de potenciales beneficios más allá del control del azúcar (pérdida de peso, protección de corazón o riñón, etc.).



Los niveles de glucosa elevados en sangre no suelen ocasionar síntomas al paciente (salvo cifras excepcionalmente elevadas) y terminan ocasionando daño a ciertos órganos con el paso del tiempo (años), mientras que la hipoglucemia si es muy sintomática (palidez, temblores, sudoración, desorientación...) puede ser dañina aunque sea por un periodo de tiempo corto (minutos) si es muy grave.



Los estilos de vida adecuados y saludables (en cuanto a alimentación y ejercicio físico) son los pilares del tratamiento en cualquier estadio de la enfermedad.



La DM es una enfermedad crónica, y como tal requiere de una supervisión a largo plazo por un facultativo médico que ayude al óptimo control y asesoramiento al respecto.

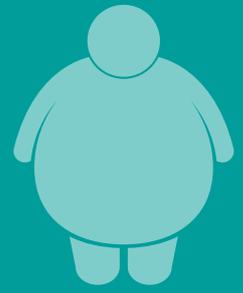


Es de vital importancia realizar *screening* de diabetes para su detección precoz (por encima de 35 años a toda la población o a edades más tempranas si se suman otros factores de riesgo como la obesidad, etc.).



Hay multitud de circunstancias especiales y perfiles de pacientes que pueden condicionar un diferente manejo de esta enfermedad (embarazo y diabetes gestacional, tratamiento con corticoides, población anciana frágil, paciente hospitalizado, etc.).

Obesidad



La obesidad es una **enfermedad** metabólica crónica en cuyo origen participan múltiples factores (multifactorial).

El origen de la obesidad es la acumulación excesiva de grasa corporal, que interfiere en el correcto funcionamiento de prácticamente todos los órganos y sistemas y que conlleva un aumento en la posibilidad de enfermar por diversas causas y un deterioro en la calidad de vida de las personas que viven con obesidad.

El diagnóstico de obesidad se realiza midiendo la relación entre el peso corporal en kilos y la talla en metros al cuadrado (índice de masa corporal) (kg/m^2). Se considera obesidad un IMC $> 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Otra forma de clasificar la obesidad sería en función del perímetro de la cintura: $>88 \text{ cm}$ en mujeres y $>102 \text{ cm}$ en varones. Y atendiendo al origen de la obesidad, en función del porcentaje de grasa corporal, $>25\%$ en mujeres y 30% en varones.

En la infancia, los índices de sobrepeso y obesidad en algunas regiones superan el 60% de los niños en edad escolar.

La obesidad es una enfermedad en sí misma, con síntomas que afectan a todos los órganos y sistemas del cuerpo. La obesidad limita y condiciona la calidad de vida de las personas que la padecen.

El tratamiento de la obesidad comienza con la prevención desde el mismo momento del nacimiento. Los hábitos de vida saludables y el mantenimiento de una actividad física diaria son las mejores herramientas para su prevención y tratamiento.

No existen dietas milagro. La dieta mediterránea y la alimentación a base de productos de temporada y de cercanía debe ser la base de la alimentación de todas las personas, incluidas las personas que viven con obesidad.

Hoy en día, ningún tratamiento está financiado por el sistema público de salud para el tratamiento de la obesidad. Los principales tratamientos aprobados se basan, por un lado, en disminuir la absorción de grasas, y por otro, en disminuir el apetito por diferentes mecanismos, tanto a nivel digestivo como a nivel cerebral.

La cirugía bariátrica permite perder hasta el 50% del peso basal y se considera una técnica definitiva para el tratamiento de la obesidad.



Juana Carretero Gómez

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario de Badajoz

10 puntos clave

La obesidad se clasifica en grados según el IMC:



- <20-24,9 normopeso,
- 25-26,9 sobrepeso grado 1,
- 27-29,9 sobrepeso grado 2,
- 30-34,9 obesidad grado 1,
- 35-39,9 obesidad grado 2,
- 40-49,9 obesidad grado 3 o mórbida,
- >50 obesidad grado 4, supermórbida o extrema.

La grasa corporal se acumula de forma diferente en hombres y mujeres: en la zona glútea y en las caderas en la mujer (obesidad ginoide o de pera) y a nivel abdominal en los varones (obesidad androide o manzana).



La obesidad favorece las enfermedades ginecológicas en la mujer, como el síndrome del ovario poliquístico, y de fertilidad en ambos, hombres y mujeres.



La obesidad aumenta el riesgo de desarrollo de insuficiencia cardiaca o de arritmias, como la fibrilación auricular. En este último caso, condiciona la dosis del tratamiento anticoagulante y, por tanto, el pronóstico.



La obesidad predispone, junto con la hipertensión y la diabetes, para el desarrollo de enfermedad renal crónica y la necesidad de diálisis. Por sí misma, es el principal factor de riesgo para el desarrollo de apnea obstructiva del sueño.



La obesidad aumenta el riesgo de desarrollo de cáncer, destacando los hormonodependientes, como la mama en la mujer o la próstata en el varón.



La obesidad predispone a la aparición de otras enfermedades, como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, predisponiendo también a la aparición de enfermedades cardiovasculares como el infarto o el ictus.



La obesidad promueve la aparición de problemas osteoarticulares, lo que conlleva un aumento en la probabilidad de necesitar de recambio articular y un peor pronóstico de este.



Pérdidas de peso en torno al 5-10% del peso habitual influyen de forma favorable en la mejoría o curación de la mayor parte de las afecciones asociadas a la obesidad, como la diabetes o la apnea del sueño.



Las personas que viven con obesidad merecen ser tratadas con dignidad y respeto, evitando el estigma asociado a la obesidad.



EPOC - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.

Se presenta con mayor frecuencia en edades medias o avanzadas. En las mujeres debuta de forma más temprana y con mayor sintomatología.

En los países desarrollados, el principal factor que impulsa el desarrollo de la enfermedad es el **humo del tabaco**. Solo el 1-2% de los casos se explica por factores genéticos.

Para su diagnóstico es necesario realizar una **espirometría**, que es una prueba de función pulmonar. Mide cuánto aire puede mover una persona, así como la rapidez con la que puede hacerlo. La prueba no es dolorosa y puede realizarse en menos de 10 minutos.

Los efectos de la EPOC no se limitan a los pulmones y las vías respiratorias. También puede dañar el corazón, los riñones y los huesos, o causar cuadros de depresión y ansiedad.

La complicación más común es una exacerbación o brote, en el que los síntomas respiratorios empeoran. La mayoría de las exacerbaciones son producidas por virus y bacterias. Estos brotes se vuelven más comunes a medida que avanza la EPOC.

Llevar una dieta variada rica en frutas y verduras, mantenerse físicamente activo y dormir bien son hábitos que ayudan a un mejor control de la enfermedad. Además, disminuye el riesgo de infección y, por ende, el riesgo de ingresar en el hospital.

Aunque la EPOC no es curable ni totalmente reversible, se puede mejorar con medicamentos. Los broncodilatadores se pueden administrar mediante dispositivos de inhalación (inhaladores) o aparatos nebulizados portátiles muy sencillos de utilizar.

Estos fármacos mejoran la función pulmonar, los síntomas y la calidad de vida; también reducen el número de exacerbaciones. En fases más avanzadas, puede estar indicado el uso de oxígeno continuo.

Dejar de fumar es la acción con mayor impacto sobre la calidad de vida, ya que frena la progresión de la enfermedad.



María Belén Alonso Ortiz

Especialista en Medicina Interna
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (Las Palmas de Gran Canaria)
Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Coordinadora del Grupo de Trabajo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

10 puntos clave



Problema de salud pública debido a su alta prevalencia (11% en la población adulta en España), el aumento de la incidencia asociada al envejecimiento de la población y el gran impacto social y económico.

3 millones de españoles padecen EPOC, siendo la cuarta causa de muerte en nuestro país y la tercera en el mundo. Se estima que cada año mueren en España más de 18 000 personas a causa de la EPOC.



El tratamiento farmacológico está basado en medicamentos como broncodilatadores, antibióticos, esteroides o antiinflamatorios, u oxigenoterapia.



Los pacientes con EPOC suelen presentar sarcopenia, una afección caracterizada por la pérdida de la calidad y la cantidad de masa muscular que puede afectar la fuerza de los músculos respiratorios.



Al menos la mitad de los pacientes con EPOC tendrán una exacerbación o brote; hay un subconjunto de personas que sufren una o dos exacerbaciones al año, o incluso con más frecuencia.



Si no existe contraindicación, se recomienda la vacunación antigripal, antineumocócica y contra la COVID-19 a todos los pacientes con EPOC.



La EPOC aumenta el riesgo de un colapso pulmonar parcial o completo, una afección llamada **neumotórax**.



La EPOC puede provocar hipertensión arterial en las arterias que llevan sangre del corazón a los pulmones, entidad conocida como **hipertensión pulmonar**. Otras patologías que se asocian con frecuencia a la EPOC son la **osteoporosis**, la **anemia**, la **insuficiencia cardíaca** y la **ansiedad** o **depresión**.



Enfermedad infradiagnosticada (e infratratada), con una tasa de alrededor del 80%. En el caso de las mujeres, el infradiagnóstico es aún mayor. Aproximadamente, 500 000 mujeres en España podrían tener EPOC y no lo saben.



La fisioterapia respiratoria puede ayudar también a mejorar la calidad de vida del paciente, favoreciendo el tono muscular, el estado anímico y, como consecuencia de todo ello, las funciones respiratoria y cardíaca.



Los síntomas de una exacerbación incluyen: aumento de la dificultad para respirar, sibilancias, opresión en el pecho, aumento de la producción o cambio en el color del moco o empeoramiento de la tos crónica o desarrollo de una nueva tos.

100 Neumotórax



El neumotórax es la entrada de aire en el espacio pleural que comprime el pulmón y dificulta la respiración.

Los pulmones están rodeados por dos membranas que se llaman pleuras: la **pleura visceral** (que envuelve directamente al pulmón) y la **pleura parietal** (en contacto directo con las costillas). El espacio pleural situado entre estas dos membranas contiene solo una mínima cantidad de líquido que permite el movimiento de los pulmones durante la respiración.

El neumotórax puede aparecer después de un traumatismo, como complicación de algunas intervenciones médicas y de forma espontánea.

El neumotórax por traumatismos se produce por heridas de arma blanca en el tórax o cuando existen fracturas de las costillas por accidentes o caídas.

Algunas intervenciones médicas como la toracocentesis (punción del tórax para extraer líquido pleural) o la toracoscopia (punción del tórax en la que se introduce una pequeña cámara para explorar el pulmón) pueden accidentalmente causar un neumotórax que llamamos **iatrogénico**.

El neumotórax espontáneo aparece sin traumatismos previos. Puede ser **primario** (cuando no hay otra enfermedad pulmonar) o **secundario** (cuando existe una enfermedad pulmonar previa como el asma o el enfisema). El tabaquismo es el factor de riesgo más importante. El neumotórax espontáneo primario es una de las enfermedades torácicas más comunes que afectan a adolescentes y adultos jóvenes. Aparece cada año en 3 de cada 10 000 personas. Los síntomas son la aparición repentina de dificultad para respirar (disnea), dolor intenso en el costado o en el hombro y tos.

El neumotórax es una urgencia médica. Cuando es grave, puede aparecer dificultad respiratoria intensa, sudoración excesiva, palidez, aceleración del ritmo cardíaco (taquicardia), descenso de la presión arterial (hipotensión) e incluso parada cardíaca. El diagnóstico se sospecha por los síntomas y la auscultación con el fonendoscopio, y se confirma con una radiografía de tórax.

La finalidad del tratamiento es que el aire desaparezca del espacio pleural para que el pulmón se expanda. A veces el aire se elimina espontáneamente. Cuando hay síntomas o el neumotórax es grande, hay que extraer el aire aspirando con una aguja insertada en el tórax que puede conectarse a un sistema de vacío tras la punción. En ocasiones hay que recurrir a una intervención quirúrgica.



Francisco Javier Medrano Ortega

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Instituto de Biomedicina de Sevilla
CIBER de Epidemiología y Salud Pública
Profesor Titular de Medicina
Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla

10 puntos clave



El neumotórax es una urgencia médica que puede ser grave: si usted tiene síntomas de un posible neumotórax (cuadro súbito de dificultad respiratoria, dolor intenso en el costado o tos) debe acudir inmediatamente a un servicio de Urgencias.



Un neumotórax reciente, especialmente un neumotórax no tratado, es una contraindicación absoluta para viajar en avión.



Aparece cada año en 3 de cada 10 000 personas. En hombres es tres veces más frecuente que en mujeres.



Neumotórax catamenial: es una complicación rara que ocurre en mujeres, generalmente con endometriosis (enfermedad en la que la mucosa del útero está además en otros órganos), y se produce coincidiendo con el ciclo menstrual.



El neumotórax espontáneo aparece bruscamente adolescentes y jóvenes sin enfermedades respiratorias previas.



Neumotórax recidivante: 1 de cada 3 personas con un neumotórax puede desarrollar un segundo neumotórax (recidivante) que suele aparecer durante los seis meses posteriores al primero.



El neumotórax espontáneo también aparece bruscamente en adultos, normalmente mayores de 55 años con enfermedades respiratorias crónicas, sobre todo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma.



En los primeros episodios de neumotórax, el drenaje (aspiración con un pequeño tubo insertado en el tórax) se requiere solo en pacientes sintomáticos.



No fumar ayuda a prevenir el neumotórax. El 88% de los pacientes con neumotórax espontáneo son fumadores. Fumar multiplica por 9 en mujeres y por 22 en hombres el riesgo de tener un neumotórax.



Después de un neumotórax persistente (que no desaparece con drenaje) o recidivante (que aparece de nuevo) se suele realizar pleurodesis o tratamiento quirúrgico. La pleurodesis consiste en pegar las dos pleuras separadas en el neumotórax. Se realiza instilando en el espacio pleural un irritante químico (habitualmente talco o minociclina).

Osteoporosis



La osteoporosis es una enfermedad que afecta a los huesos, haciendo que estos sean más frágiles, se rompan con mayor facilidad y resistan peor los golpes.

Se estima que la osteoporosis afecta a 2 945 000 personas en España, 79,2% mujeres y 20,8% hombres, hasta un 5,4% de la población total. En el 2019 se produjeron hasta 285 000 nuevas fracturas por fragilidad, lo que se traduciría en 782 fracturas/día.

La osteoporosis no se manifiesta con ningún síntoma hasta que aparecen fracturas. La mayoría de las personas descubren que tienen osteoporosis después de que se rompa un hueso. Los huesos que se fracturan con mayor frecuencia son las vértebras, la cadera y la muñeca. Las fracturas pueden provocar dolor crónico, incapacidad o incluso la muerte, ocasionalmente.

La osteoporosis se diagnostica mediante la cuantificación de la densidad mineral ósea que se puede medir con una densitometría, permitiendo predecir el riesgo de fractura en pacientes sin ningún hueso roto. Por otro lado, la osteoporosis establecida se define como la presencia de una o más fracturas por fragilidad (espontáneas, sin golpe directo previo).

Algunos factores de riesgo para sufrir osteoporosis son la edad avanzada, la menopausia, antecedentes familiares de fractura de cadera o tener una fractura anterior por un golpe de poca importancia, sobre todo después de los 50 años.

La osteoporosis también es un efecto secundario de algunos medicamentos, como los glucocorticoides, la heparina y los tratamientos contra el cáncer, que agotan las hormonas sexuales. El tabaquismo, el abuso del alcohol, los trastornos alimentarios como la anorexia, el sedentarismo y los niveles bajos de vitamina D o calcio son otros factores de riesgo.

Para mantener los huesos lo más sanos posible podemos adoptar unos hábitos de vida saludable como son evitar fumar y limitar el consumo de alcohol, realizar ejercicio diariamente o asegurarnos de que nuestra dieta contenga alimentos ricos en calcio y vitamina D como leche, yogur, verduras de hoja verde, frutos secos y pescado. Los requerimientos de calcio y vitamina D no son los mismos para todos, es por ello que, en algunos casos, es necesario tomar suplementos pautados por su médico.



Sara Vela Bernal

Especialista en Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario de Valencia

10 puntos clave



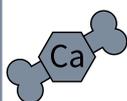
Los huesos osteoporóticos son huesos más porosos, tienen en su interior mayor número de celdillas, más grandes, haciendo que los huesos contengan más aire y sean menos resistentes.



Las mujeres tienen más frecuentemente osteoporosis porque su pico de masa ósea suele ser inferior al del varón y, además, la menopausia acelera la pérdida de hueso.



Las personas con osteoporosis deben tomar medidas para evitar caídas o resbalones. Algunas medidas pueden ser utilizar un apoyo al caminar o barras de sujeción en el baño, retirar alfombras o evitar que haya objetos en el suelo, como cables, que puedan suponer tropiezos.



El calcio y la vitamina D son dos elementos imprescindibles en la dieta para mantener nuestros huesos sanos y reducir el riesgo de osteoporosis.



La osteoporosis es una enfermedad prevenible y tratable, pero la falta de signos de alerta previos a la fractura conlleva que pocos pacientes sean diagnosticados en fases tempranas.



La mayoría de las personas con osteoporosis también necesitan medicamentos para frenar la pérdida de masa ósea o prevenir las fracturas. Los fármacos más frecuentemente utilizados son los antirresortivos, como los bifosfonatos.



La fractura vertebral puede manifestarse como dolor de espalda, pérdida de estatura o postura encorvada.



Otros tratamientos para la osteoporosis son denosumab, romosozumab, la terapia de sustitución de hormonas, los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno y la teriparatida.



La fractura de cadera es una lesión grave que habitualmente requiere reparación quirúrgica y suele producirse ante un traumatismo menor, como una caída en casa, sobre un hueso osteoporótico.

La osteonecrosis maxilar y la fractura atípica se han asociado al uso prolongado de bifosfonatos o denosumab, aunque su incidencia en pacientes con osteoporosis es muy baja. Se recomienda a los pacientes tener una adecuada salud bucal e informar a su médico si va a realizarse algún procedimiento odontológico.



Trombosis venosa profunda (TVP)



La trombosis venosa profunda (TVP) consiste en la formación de un coágulo sanguíneo o trombo en una vena profunda, generalmente de las piernas. Este trombo dificulta el retorno de la sangre al corazón, acumulándose en la pierna, que se hincha, duele, está caliente y enrojecida.

Aproximadamente cada año 1 de cada 1000 adultos presenta una TVP. La posibilidad de presentar esta enfermedad aumenta con la edad.

El diagnóstico de la TVP se basa en la sospecha clínica y se confirma mediante una ecografía de las venas de las piernas, que es una prueba rápida, sencilla y no dolorosa.

La trombosis venosa profunda no suele ser una enfermedad grave si se diagnostica precozmente y se trata adecuadamente. La gravedad se debe principalmente a sus posibles complicaciones: la embolia pulmonar o la hemorragia durante el tratamiento.

Las trombosis también pueden producirse en otros territorios venosos, como las venas de los brazos, venas abdominales, venas superficiales, venas de la retina y senos venosos cerebrales.

La formación de trombos en las venas suele ocurrir por un flujo venoso enlentecido, por un daño en la pared vascular o por un aumento de la densidad de la sangre.

Aunque en muchos casos no encontramos una causa clara, existen situaciones que pueden aumentar el riesgo de trombosis, como son la edad avanzada, la cirugía, los traumatismos de miembros inferiores, la inmovilización, el cáncer, el embarazo o el posparto, así como la toma de anticonceptivos orales, la obesidad y los viajes de larga duración.

La mejor medida para prevenirla TVP es la movilización precoz y caminar. Por ello, tras una operación o durante un ingreso hospitalario se aconseja a los pacientes que se levanten al sillón lo antes posible. Además, en muchas ocasiones es necesario administrar medicación anticoagulante a dosis bajas para prevenir la formación de trombos, siendo la heparina el fármaco anticoagulante más utilizado.

Cuando se produce una TVP, el tratamiento de elección es la anticoagulación, que se realiza con fármacos como heparina, antivitamina K o anticoagulantes orales de acción directa. También pueden ser útiles las medias compresivas, que ayudan a disminuir la hinchazón y el dolor.



Ana Maestre Peiró

Especialista en Medicina Interna

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante)

Profesora Asociada de la Universidad Católica San Antonio de Murcia

10 puntos clave



La TVP es una enfermedad frecuente, que puede llegar a ser grave, pero que se puede prevenir, conociendo las situaciones de riesgo de desarrollarla y tomando precauciones.



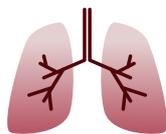
Los síntomas y signos de la TVP empeoran cuando estamos de pie o sentados y mejoran al acostarnos.



Algunas veces la TVP no produce síntomas, de modo que el paciente no lo nota, no acude al médico y, por tanto, no recibe tratamiento. En otros casos, los síntomas son parecidos al malestar que se produce por un golpe en la pierna o una contractura.



Cuando un trombo se fragmenta y se suelta de la pared de la vena, se llama émbolo, y puede viajar hasta el pulmón, ocluyendo el interior de una o más arterias pulmonares.



El tromboembolismo pulmonar es una patología muy grave, ya que hasta un 10% de los pacientes pueden fallecer si no se instaura un tratamiento adecuado de forma temprana.



La tromboflebitis superficial es la trombosis de las venas superficiales. Cuando las venas superficiales están dilatadas, llenas de sangre y pueden verse por debajo de la piel, se llaman varices.



La aparición de una trombosis venosa en relación con viajes largos en avión se denominó al principio **síndrome de clase turista**, por el espacio reducido que existe en la cabina de los vuelos comerciales, término que se ha cambiado por **síndrome del viajero**, ya que también existen episodios de trombosis en pasajeros de primera clase.



Las mujeres embarazadas tienen 5 veces más trombosis venosa que las no embarazadas. La presión por el feto de las venas a nivel inguinal, la producción de sustancias procoagulantes por la placenta y la menor movilidad favorecen la trombosis. También las mujeres que toman anticonceptivos hormonales orales tienen más riesgo de trombosis.

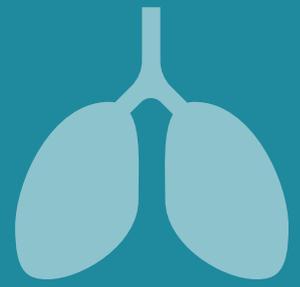


El tratamiento anticoagulante permite estabilizar los trombos y prevenir la aparición de embolias pulmonares, pero también puede ocasionar hemorragias.



1 de cada 3 personas puede presentar un síndrome posttrombótico que produce molestias continuas en la pierna: pesadez, hinchazón, dolor, hormigueos, picores y calambres; con el tiempo, pueden llegar a desarrollar úlceras.

13 Embolia pulmonar



La embolia pulmonar (EP) se produce por la obstrucción del árbol arterial pulmonar por material embólico procedente de cualquier parte del territorio venoso; en el 90-95% de los casos procede de una trombosis venosa profunda en los miembros inferiores.

La incidencia de EP es de 1 caso por cada 1000 habitantes al año. Es la causa del 0,52% de los ingresos hospitalarios.

Sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y variables, y podemos encontrar desde pacientes asintomáticos (50% de los casos) hasta pacientes con cuadros de *shock* o muerte súbita. Algunos síntomas habituales son: dificultad respiratoria, dolor torácico, tos con sangre y pérdida de conocimiento.

La mortalidad en los primeros 3 meses después del diagnóstico es superior al 15%, cifra que se incrementa con la edad. En Europa mueren más personas por embolia pulmonar que por accidentes de tráfico, sida, cáncer de mama y cáncer de próstata juntos.

El diagnóstico de la EP se basa en la sospecha clínica y se confirma mediante el angio-TC de arterias pulmonares, prueba que precisa el uso de contraste intravenoso.

En ocasiones no encontramos ningún factor predisponente, pero la mayoría de las veces existen algunos factores como: el embarazo y el puerperio, la inmovilización prolongada, los traumatismos en miembros inferiores, la cirugía previa, la trombosis previa, el tratamiento hormonal estrogénico, el cáncer y sus tratamientos, el síndrome nefrótico, la enfermedad inflamatoria intestinal, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad hepática, el VIH, el síndrome antifosfolípido, las trombofilias, la enfermedad pulmonar crónica, algunas infecciones y algunos fármacos.

La mejor medida para prevenir una EP es la movilización precoz y caminar en las situaciones de riesgo para dicha enfermedad. En ocasiones es necesario añadir fármacos como la heparina para disminuir el riesgo de EP.

La base del tratamiento de la EP es la anticoagulación (heparina, antivitaminas K o anticoagulantes de acción directa), que sirve para prevenir la formación de nuevos trombos y la progresión del existente a expensas de cierto riesgo de hemorragia. El encargado de hacer desaparecer los trombos es el sistema fibrinolítico fisiológico de cada paciente. En ocasiones muy concretas, como, por ejemplo, la inestabilidad hemodinámica, se utilizan fármacos trombolíticos para eliminar dichos trombos, asumiendo un mayor riesgo hemorrágico que el tratamiento convencional.



Vladimir Salazar Rosa

Responsable de la Unidad de Trombosis, Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia
Profesor Asociado Universidad de Murcia

10 puntos clave



La EP es la gran desconocida, a pesar de ser una enfermedad grave que puede llevar incluso a la muerte.



Los síntomas son inespecíficos y no aparecen siempre, pero ante síntomas como dolor torácico o dificultad respiratoria, se debe consultar con el médico, especialmente si tiene factores de riesgo para EP.



El tratamiento de la EP en embarazadas es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, que no atraviesa la barrera placentaria y es el único anticoagulante que se puede usar con seguridad durante el embarazo.



El diagnóstico de la EP se confirma mediante un TAC con contraste de arterias pulmonares.



En los pacientes a los que no se les puede realizar un TAC con contraste por cualquier motivo, la EP se diagnostica por gammagrafía de ventilación/perfusión.



En las embarazadas existen protocolos diagnósticos para la EP, y en algunos casos será necesario hacer un TAC con contraste, algo totalmente seguro para el embrión y para la madre.



Una EP sin diagnosticar y, por tanto, sin tratar, puede ser mortal en el 10% de los casos.



En Europa se mueren más personas por embolia de pulmón que por accidentes de tráfico, sida, cáncer de mama y cáncer de próstata juntos.



El tratamiento anticoagulante evita la progresión del trombo y la aparición de nuevos trombos mientras nuestro cuerpo elimina el que existe.



Todo tratamiento anticoagulante conlleva un riesgo hemorrágico, siendo los anticoagulantes de acción directa los que mejor perfil de seguridad tienen según los estudios existentes.

Alcoholismo



El término alcoholismo, actualmente entendido de forma genérica como trastorno por consumo de alcohol, abarca diferentes patologías causadas por el consumo de esta sustancia, que van desde un consumo de riesgo hasta la presencia de dependencia o daño orgánico a consecuencia de este. Todos los anteriores son términos que preferimos usar en lugar de "alcoholismo", por su carácter impreciso y las implicaciones que conlleva.

En la actualidad, está demostrado que el consumo de alcohol en cualquier cantidad no resulta nunca beneficioso o saludable y está asociado a riesgos.

Además, el consumo de más de 10 gramos de alcohol/día en mujeres (1 caña de cerveza, media copa de vino o un chupito) o más de 20 gramos de alcohol/día en varones se considera ya consumo de riesgo y se asocia con un mayor peligro para nuestra salud.

Esta sustancia ocasiona a nivel mundial 3 millones de muertes anuales; en España, el 5,4% de la población presenta un consumo de riesgo y cada año ingresan 20 000 personas para tratamiento de la dependencia alcohólica.

Su consumo se relaciona con más de 200 enfermedades distintas, algunas de ellas muy conocidas, como la cirrosis alcohólica, pero también se asocia con otras enfermedades del aparato digestivo, como la pancreatitis crónica; enfermedades cardiovasculares, como la aparición de arritmias o la miocardiopatía dilatada; de la esfera neurológica, como la encefalopatía de Wernicke o la demencia, o procesos tumorales como el cáncer de colon, de esófago, de cabeza y cuello, hepático o de mama. Igual de importantes son sus consecuencias en la esfera social y psiquiátrica, ya que su consumo aumenta de manera significativa los accidentes de todo tipo, así como episodios de violencia y suicidios. Además, se relaciona con otros trastornos mentales como el síndrome ansioso-depresivo o los trastornos de personalidad.

Por tanto, la mejor medida para prevenir todas estas enfermedades es evitar el consumo de bebidas alcohólicas y solicitar ayuda a nuestros médicos habituales si así lo requerimos.



Ignacio Novo Veleiro

Unidad de Hospitalización a Domicilio
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela



Iván Fernández Castro

Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

10 puntos clave



Ningún consumo de alcohol es saludable.



1 de cada 5 suicidios se produce en pacientes con trastornos por consumo de alcohol.



1 de cada 4 trasplantes de hígado se deben a enfermedad hepática alcohólica.



Los infartos, las arritmias, la hipertensión arterial o los ictus son más frecuentes cuanto mayor sea el consumo de alcohol.



El alcohol es, junto al tabaco, uno de los principales factores evitables para la aparición de cáncer. Su riesgo aumenta con cualquier consumo, por pequeño que sea.



Existen numerosas opciones terapéuticas para ayudar a los pacientes en la deshabituación y prevención de recaídas, tanto psicoterapéuticas como farmacológicas.



Nuestro sistema inmunitario se ve afectado por el consumo de alcohol, y son más frecuentes las infecciones pulmonares bacterianas o víricas en los pacientes con trastornos por consumo de dicha sustancia.



El consumo de cualquier cantidad de alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones del feto.

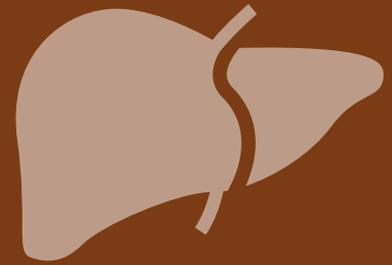


El consumo de alcohol ideal para la salud es cero.



El 30-50% de los accidentes de tráfico están relacionados con el consumo de alcohol.

15 Esteatosis hepática



La esteatosis hepática, o hígado graso, consiste en un acúmulo de grasa, fundamentalmente triglicéridos, en las células del tejido hepático, los hepatocitos.

Es la enfermedad hepática más frecuente, con una prevalencia de un tercio de la población mundial, y se ha incrementado en los últimos años debido tanto al aumento de la obesidad como a la eficacia de los tratamientos contra las hepatitis víricas, que con menor frecuencia producen evolución a enfermedad hepática terminal.

Las causas pueden ser derivadas del consumo excesivo de alcohol (esteatosis hepática alcohólica) o metabólicas. Si la causa no deriva de un consumo excesivo de alcohol se denomina esteatosis hepática no alcohólica. Como causas metabólicas destacan la obesidad, la diabetes *mellitus* tipo 2, la hipertrigliceridemia o la hipertensión arterial, lo que se ha denominado **síndrome metabólico**.

La mayoría de pacientes no tienen síntomas, aunque en ocasiones se describen síntomas inespecíficos como cansancio, náuseas, malestar general o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. La forma de presentación clínica más frecuente es que el paciente esté asintomático, pero con ligera elevación de transaminasas (menos de 5 veces el valor normal).

En la analítica podemos encontrar GGT, fosfatasa alcalina, hierro sérico y ferritina elevados y positividad de autoanticuerpos antinucleares y antimúsculo liso, pero no existen biomarcadores específicos. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía hepática y hay métodos radiológicos para cuantificar la grasa intrahepática.

Suele ser una entidad benigna y menos del 10% de los casos se presentan como una hepatopatía descompensada. La esteatohepatitis es una manifestación de la esteatosis hepática no alcohólica con características anatomopatológicas específicas y que se asocia a mayor probabilidad de complicaciones, con aparición de fibrosis hepática progresiva.

La esteatohepatitis puede dar complicaciones como hepatitis aguda grave, cirrosis o carcinoma hepatocelular.

Los síntomas de alarma son dolor intenso en la zona superior del abdomen, coloración amarilla de la piel, aumento progresivo del volumen abdominal por acúmulo de líquido (ascitis) o hemorragias. Se puede prevenir evitando el consumo de alcohol, con una dieta adecuada y ejercicio físico. Además, deben tratarse las enfermedades asociadas (diabetes *mellitus*, obesidad y niveles elevados de colesterol o triglicéridos, entre otras).



Candelaria Martín

Servicio de Medicina Interna,
Hospital Universitario de
Canarias
Universidad de La Laguna,
Santa Cruz de Tenerife



Daniel Fuster

Servicio de Medicina Interna,
Unidad de Adicciones,
Hospital Universitari Germans
Trias i Pujol
Universidad Autónoma de
Barcelona

10 puntos clave



La esteatosis hepática es muy frecuente, pero se puede prevenir con una dieta adecuada y con hábitos de vida saludables.



La esteatosis hepática se considera actualmente como una manifestación hepática del síndrome metabólico. El síndrome metabólico se define como la presencia de al menos 3 de los siguientes elementos: obesidad central, aumento de triglicéridos, disminución del colesterol HDL, hipertensión arterial y aumento de los niveles de glucemia.



La esteatohepatitis es una progresión de la esteatosis hepática y tiene hasta un 17,5% de riesgo de mortalidad. Además, los pacientes con esteatohepatitis tienen más riesgo de evolucionar hacia complicaciones graves como fibrosis, cirrosis o insuficiencia hepática terminal.



Perder peso de forma controlada, la abstinencia de alcohol y realizar ejercicio físico mejoran la esteatosis hepática.



La causa más frecuente de esteatosis hepática es el consumo crónico de alcohol, pero en los últimos años el aumento de enfermedades como la obesidad o la diabetes han condicionado un aumento de prevalencia de la esteatosis hepática no alcohólica.



Otras causas de esteatosis hepática son los fármacos (glucocorticoides, estrógenos, aspirina o naproxeno, entre otros), tóxicos (cocaína), infecciones víricas (como la infección por el virus de la hepatitis C o el VIH) o diverticulosis.



En la mayoría de los casos no produce síntomas, de modo que el paciente no lo percibe y no solicita valoración médica. En otros casos los síntomas son muy leves, como cansancio, malestar general o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.



La prueba de elección para el diagnóstico es la ecografía abdominal, que será más sensible cuanto mayor sea el depósito de grasa existente y menos sensible si existe obesidad o mucho gas intestinal. Se trata de una técnica rápida, no invasiva y de bajo coste. El diagnóstico de confirmación se obtiene mediante biopsia hepática y estudio histológico.



El acúmulo de grasa que produce esta enfermedad excede el 5% del peso total del hígado.



Se deben tratar las enfermedades de base. Se han planteado tratamientos con vitamina E, agonistas GLP-1 o con ácidos grasos omega-3, y actualmente hay muchos fármacos en desarrollo, pero no existe aún un tratamiento único eficaz.

Lupus eritematoso sistémico



El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica sistémica, que se caracteriza por una disregulación del sistema inmune, que pierde la tolerancia a los antígenos propios y los reconoce como extraños, produciéndose un ataque en los diferentes órganos y tejidos por nuestros anticuerpos (autoanticuepos).

De forma general, las tasas de prevalencia oscilan entre 20 y 70 casos por 100 000 personas, siendo más frecuente en mujeres jóvenes entre 20 y 40 años.

Su origen es desconocido, pero se cree que hay una interrelación entre factores genéticos y ambientales. Genéticamente, se ha encontrado una asociación con determinados *HLA* como el *B8*, *DR3*, *DQW2*, *C4AQ0*.

Además de los factores genéticos, factores ambientales como las infecciones (virus de Epstein-Barr) o la exposición a xenobióticos (luz UV o tabaco) parecen tener relación con el desarrollo de la enfermedad. En su patogenia se combinarán factores genéticos y ambientales que culminarán en la producción de autoanticuerpos e inmunocomplejos. Los principales autoanticuerpos presentes en el LES son los anticuerpos antinucleares (ANA) que identifican a pacientes en riesgo de desarrollar o tener esta enfermedad, y existen otros como los anticuerpos anti-ADN o anti-Sm, que son patogénicos de la enfermedad.

Se caracteriza por su heterogeneidad clínica, pudiendo afectar a varios órganos como piel, riñones, sistema nervioso central (SNC), pulmones, sistema vascular, membranas serosas como pleura o pericardio, articulaciones, etc. La nefritis lúpica es una complicación frecuente, grave y temida en las mujeres con LES.

Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y serológicos, y depende mucho de la sospecha clínica. La presencia de manifestaciones clínicas típicas, sobre todo las cutáneas o la nefritis, la fotosensibilidad o la caída del cabello en una mujer joven en edad fértil, orientan el diagnóstico de LES.

El curso clínico suele ser crónico, con periodos de actividad o brotes y otros de remisión, aunque la remisión completa de la enfermedad suele ser escasa.

El pronóstico varía no solo por la gravedad de la actividad en los diferentes órganos, sino por el daño crónico acumulado, derivado de los tratamientos inmunosupresores empleados, como hidroxicloroquina, glucocorticoides, metotrexato o ciclofosfamida.

Para evitar los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores, se están desarrollando nuevos tratamientos biológicos, dirigidos a los linfocitos B, como el rituximabo el belimumab, que es el único biológico con indicación específica para el LES.



José Salvador García Morillo

Coordinador de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Raras del Adulto, Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Profesor Asociado del Departamento de Medicina, Universidad de Sevilla

10 puntos clave



9 de cada 10 adultos con lupus son mujeres. La nefritis es una de las complicaciones más graves. Se recomienda un diagnóstico precoz con biopsia renal y un tratamiento rápido e intensivo con pulsos de esteroides e inmunosupresión.



La fotoprotección y el abandono del tabaco son clave para evitar las recidivas o brotes de la enfermedad.



La asociación con otras enfermedades autoinmunes es frecuente. 1 de cada 3 pacientes tiene o informa de otra enfermedad inmunomediada y casi la mitad tenían un familiar con lupus.



El embarazo es una situación de riesgo para el LES. Se debe realizar un asesoramiento del mejor momento para la gestación, recomendándose en aquellas pacientes que se encuentren en remisión al menos 6 meses.



Hay cuatro formas clínicas: LES sistémico (70%), LES exclusivamente cutáneo (10%), lupus inducido por fármacos y lupus neonatal, por el paso transplacentario de anticuerpos de la madre al feto.



La hidroxiclороquina (HCQ) es un pilar fundamental del tratamiento del LES; el 100% de las pacientes con LES deberían estar en tratamiento con HCQ.



Hay que ahorrar corticoides, porque la dosis acumulada de estos es uno de los principales predictores de daño crónico y esto afecta a la calidad de la vida de las personas con lupus.



La evolución es por brotes o recaídas, que pueden ser frecuentes, lo que conlleva un daño crónico en los tejidos. Tan importante es la evaluación clínica de la actividad como del daño crónico en las enfermedades autoinmunes sistémicas.



Se cree que entre el 10% y el 15% de las personas con lupus morirán prematuramente debido a complicaciones de esta.



La remisión completa es poco frecuente, a pesar de intensificar el tratamiento. Por esta razón, en ocasiones, hay que buscar una situación de baja actividad de la enfermedad.

Un estudio financiado por la Fundación de Lupus de América encontró que, en general, el lupus se hallaba entre las 20 principales causas de muerte en mujeres de entre 5 y 64 años. Sin embargo, debido a un mejor diagnóstico y manejo de la enfermedad, la mayoría de las personas con la enfermedad vivirán una vida normal.

Artritis reumatoide



La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones del esqueleto humano, provocando una inflamación del tejido sinovial, membranas que dan soporte a la unión de dos huesos para posibilitar la vitalidad y el mantenimiento de esta.

Esta inflamación sinovial tiene graves consecuencias cuando se perpetúa en el tiempo. Genera erosiones, pérdida del espacio normal de la articulación, destrucción del hueso, deformidad y, finalmente, la pérdida de la función. Se trata de una patología que puede afectar a cualquier articulación del organismo, siendo las manos la localización más característica (muñecas, nudillos, dedos), pero a las que se pueden sumar los pies, rodillas, codos, caderas, tobillos, etc.

Esta enfermedad afecta a 8 de cada 1000 personas en España, con una predilección clara por las mujeres, y, si bien su causa es desconocida, hay conocimiento certero de la influencia de la herencia genética en su desarrollo, junto a factores ambientales como la obesidad, el tabaquismo, el contacto con determinados patógenos virales o la microbiota intestinal.

La clara predominancia de la AR en la mujer ha favorecido investigaciones que avalan el papel de los estrógenos en la activación del sistema inmunológico, que no siempre puede tomarse en consideración, dada la no infrecuente irrupción de esta patología entre mujeres de 20 y 30 años con un ciclo hormonal sexual normal.

La forma de presentación más típica de esta enfermedad es como artritis simétrica de manos o pies, con un dolor al que llamamos "inflamatorio" por su típico empeoramiento con el reposo y mejoría transitoria con el movimiento de la articulación. En las articulaciones afectas es típico el enrojecimiento y el aumento de volumen.

Cuando la patología se activa, lo cual puede acontecer en forma de brotes recurrentes o con una cronicidad persistente, la artritis puede acompañarse de fiebre, astenia, malestar general y fiebre.

Desde el comienzo de la década del 2000, diversas terapias procedentes de la investigación farmacéutica con anticuerpos monoclonales y medicamentos de síntesis química de acción muy específica han transformado el pronóstico de esta patología, consiguiendo una evolución mucho más favorable para los pacientes. A esta mejoría de la perspectiva de los pacientes ha contribuido mucho el diagnóstico precoz y la adopción de estrategias de tratamiento inmediatas, la concienciación con Atención Primaria y el conocimiento general de la enfermedad.

Es importante subrayar que siendo una patología autoinmune, eminentemente de afectación articular, la AR como enfermedad sistémica tiene signos característicos extraarticulares, como los nódulos reumatoides que aparecen en la piel de zonas de roce o presión, la enfermedad del intersticio pulmonar que puede evolucionar a fibrosis, diversas formas de afectación corneal en el ojo, anemia bastante común, osteoporosis vertebral y de la cadera y, más raramente, diversos síndromes que afectan al pericardio del corazón, al riñón por depósito de la proteína amiloidea o que provocan mononeuritis del sistema nervioso periférico.



Esteban Rubio Romero

Unidad de Reumatología
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

10 puntos clave



El perfil de paciente típico con AR es una mujer en torno a 60 años; la enfermedad, no obstante, puede aparecer en cualquier rango de edad, desde la adolescencia.



El objetivo terapéutico con la AR es la supresión de la inflamación articular y llevar la enfermedad a la remisión clínicaprolongada.



Las estrategias de tratamiento incluyen glucocorticoides (GC) iniciales. Uno de los objetivos del uso de inmunomoduladores es reducir el tiempo y la dosis usada de este grupo farmacológico.



Actualmente, el embarazo es un objetivo plausible en la paciente en edad fértil con AR, aunque debe planificarse adecuadamente en la consulta.



El metotrexato sigue siendo el fármaco recomendado en primera línea como modificador del curso de la enfermedad.



La monitorización periódica con controles de laboratorio es necesaria para detectar efectos colaterales de la medicación.



Factores que determinan un pronóstico negativo de la enfermedad: elevación de los marcadores inflamatorios, manifestaciones extraarticulares, daño estructural articular, persistencia sintomática o incapacidad de reducirla dosis de glucocorticoides.



Existen terapias dirigidas: terapia biológica contra el TNF- α , la IL-6, los linfocitos T o B y los nuevos fármacos orales de síntesis química (inhibidores de la quinasa Janus) si fracasa el primer escalón de tratamiento.



Actualmente no existen perfiles inmunológicos en el paciente para seleccionar un tipo de terapia u otra.



Existen dos tipos de anticuerpos específicos aunque no exclusivos de esta enfermedad: el factor reumatoide (FR) y los dirigidos contra el péptido citrulinado pulmonar (ACPA).

18 Fibromialgia



La fibromialgia se caracteriza por un dolor crónico generalizado, donde se asocian otros síntomas como trastornos del sueño, disfunción cognitiva, cansancio, ansiedad-depresión o intestino irritable, entre otras. Es una enfermedad frecuente y en España se estima que un 4,2% de las mujeres padecen la enfermedad, frente a un 0,2% de varones.

Aún se desconocen los mecanismos concretos por los que se produce la enfermedad, aunque parece existir una respuesta anormal por parte del sistema nervioso central y autonómico ante situaciones de estrés tanto físicas (infecciones, traumatismos, cirugías, etc.) como psicológicas que condicionarían una percepción alterada del dolor, entre otros síntomas.

Presenta un curso crónico, de carácter fluctuante y con aparición de brotes según desencadenantes como estrés, sobreesfuerzo, cambios de tiempo, fases del ciclo menstrual, etc., y donde es muy importante que los pacientes sepan detectar estos desencadenantes para poder ellos mismos evitar los brotes en la medida de lo posible.

Es considerada como la principal causa de dolor crónico generalizado y con una gran repercusión en la calidad de vida percibida por los pacientes.

El diagnóstico de fibromialgia es clínico, es decir, no existe actualmente ninguna técnica radiológica o de laboratorio que permita diagnosticar la enfermedad. Se basa en los síntomas y en la exploración del paciente, donde se detectarán puntos dolorosos (hasta 18) repartidos por todo el cuerpo. Puede aparecer como enfermedad única o estar asociada a otras enfermedades como las llamadas autoinmunes (lupus, artritis reumatoide, etc.)

Hasta la fecha no existe un tratamiento estándar ni curativo de la enfermedad. En la entrevista médico-paciente se deben fijar objetivos realistas de control de síntomas y compaginar terapias farmacológicas con las no farmacológicas.

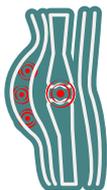
De los tratamientos no farmacológicos, el ejercicio físico suave parece disminuir el dolor. El tipo, grado, intensidad y ritmo de la actividad física debe ser adaptado a cada paciente. Los analgésicos habituales disminuyen de manera parcial el dolor, y debe evitarse el uso de opioides por la ineficacia. También pueden utilizarse antidepresivos de acción dual (aumentan niveles de serotonina y dopamina) así como antiepilépticos (pregabalina) porque actúan sobre la percepción del dolor a nivel del sistema nervioso.



Isabel Martín Garrido

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

10 puntos clave



La palabra fibromialgia significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). La fibromialgia no produce inflamación y, por lo tanto, no es una forma de artritis.



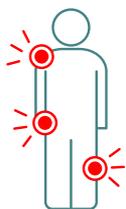
Para evitar brotes de la enfermedad, el cuidado personal es fundamental, aprender a manejar el estrés, realizar higiene del sueño adecuada, mantener dieta saludable, evitando alimentos ultraprocesados, y emplear técnicas de meditación.



No produce secuelas físicas (no destruye las articulaciones, no ocasiona lesiones irreversibles ni deformidades) ni influye en la supervivencia del paciente.



El conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes conllevará un mejor manejo del dolor y de los brotes.



Existe una anomalía en la percepción del dolor, de manera que se perciben como dolorosos, estímulos que habitualmente no lo son y recientemente se ha propuesto englobarla en una categoría de dolor nociplástico.



La fibromialgia se ha englobado en los llamados síndromes de sensibilidad central.



Se recomienda ejercicios aeróbicos y en agua, así como técnicas como pilates, taichí o yoga. La acupuntura puede ser eficaz en control de intensidad de síntomas.



A pesar de no considerarse una enfermedad hereditaria, es más frecuente en determinadas familias y se han relacionado algunos genes que podrían estar implicados en el desarrollo de esta enfermedad.

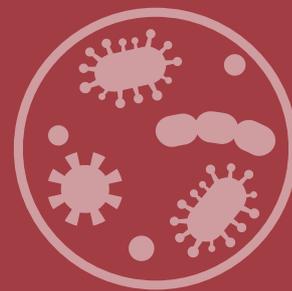


Se han descrito casos de debut de la fibromialgia después de la infección por SARS-CoV-2, dentro del cuadro llamado COVID-19 persistente.



El futuro del tratamiento de esta enfermedad es esperanzador, ya que las investigaciones sobre fibromialgia están progresando con rapidez de nuevo.

Sepsis



La sepsis es una reacción del organismo ante una infección provocada por microorganismos como son bacterias, virus e incluso hongos. Cuando nuestras defensas no son capaces de eliminar la infección, se diseminan por el torrente circulatorio los microorganismos, sus toxinas y algunas sustancias que produce nuestro cuerpo, como las interleucinas, provocando en el organismo una reacción inflamatoria generalizada.

La sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede ocasionar daño irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en riesgo la vida.

Esta reacción extrema del cuerpo a una infección afecta especialmente a algunos órganos vitales como el cerebro, los pulmones, el hígado, los riñones, etc., que resultan dañados; es lo que conocemos como sepsis. Por lo tanto, la sepsis no es una enfermedad en sí misma, sino que surge cuando se produce una respuesta mal regulada del cuerpo a una infección que causa una disfunción orgánica y daña los propios tejidos y órganos y que amenaza la vida de la persona.

Sino se interviene a tiempo y se produce un daño importante en múltiples órganos que dejan de funcionar, la vida del paciente corre peligro. A esta fase crítica la denominamos *shock* séptico.

Los síntomas de la sepsis inicialmente pueden pasar desapercibidos al confundirse con los de una infección normal. Por eso hay que estar muy atentos en personas susceptibles de desarrollar esta complicación (ancianos, diabéticos, personas inmunodeprimidas o con patologías crónicas graves).

Las infecciones más habituales que desencadenan la sepsis son:

- Infecciones de las vías respiratorias.
- Infecciones gastrointestinales y biliares.
- Infecciones del aparato urinario.

Hay que prestar atención a ciertos signos y síntomas que deben alertar de una posible sepsis y que son motivo de una consulta médica urgente. Estos son:

- Una temperatura por encima de 38 °C o por debajo de 36 °C, acompañada de aumento de ritmo del corazón a más de 95 latidos (o pulsaciones).
- Aumento de la frecuencia respiratoria a más de 24 respiraciones o dificultad para respirar. Una tensión arterial baja.
- Náuseas o vómitos.
- Disminución de volumen de orina.
- Tendencia al sueño, estado confuso (confundido) y alteración de la conciencia, especialmente en personas mayores.



José Manuel Ramos Rincón

Especialista en Medicina Interna del Hospital General
Universitario Dr. Balmis de Alicante
Profesor Titular de la Universidad Miguel Hernández de Elche
Campus de San Juan, Alicante

10 puntos clave



La sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y se trata de forma temprana, puede ocasionar daños irreversibles a los tejidos, *shock* séptico o insuficiencia orgánica múltiple, y poner en riesgo la vida.



La sepsis puede considerarse un problema relevante y creciente de salud pública debido su elevada incidencia y la alta mortalidad relacionada.



Cada año, aproximadamente 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis.

De las personas que padecen sepsis, unos 6 millones fallecen a causa de ella.



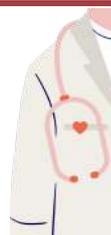
La sepsis pasa inadvertida o es diagnosticada incorrectamente en sus primeras manifestaciones cuando aún podría ser tratada de forma eficaz.



Las campañas “Sobrevivir a la sepsis” han disminuido la mortalidad relacionada con la sepsis grave y el *shock* séptico, situándola por debajo del 25%.



Código Sepsis ha demostrado reducciones significativas de la mortalidad basada en las directrices generales de las campañas de “Sobrevivir a la sepsis”.



La escala Quick SOFA (qSOFA) permite la identificación de la sepsis en centros de salud y servicio de Urgencias sin realizar analítica

La escala qSOFA comprende los siguientes criterios: **taquipnea** (frecuencia respiratoria >21 rpm/min), **alteración del nivel de conciencia** (valoración escala Glasgow <15 puntos) e **hipotensión arterial** (presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg). Una alteración de dos o más de estos criterios es indicativo de proceso séptico.



En el hospital se realiza. La valoración del SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) para una correcta descripción de disfunción/fallo de distintos órganos y, por tanto, para la definición de fallo multiorgánico.

2020 Infección de tracto urinario, cistitis, pielonefritis

La infección urinaria consiste en la proliferación de microorganismos y la inflamación de las vías urinarias (desde el riñón hasta la uretra). El mecanismo de producción habitual es el ascenso de las bacterias de la región genital externa hacia la vejiga urinaria, donde se reproducen hasta provocar síntomas.

Se trata de una infección muy frecuente, especialmente en mujeres, en quienes pueden ocasionar episodios recurrentes. La diabetes *mellitus* y las anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario también pueden aumentar el riesgo de cistitis. El estancamiento de la orina en cualquier punto de las vías urinarias aumenta el riesgo de infección, dado que concede más tiempo a las bacterias para su multiplicación y producción de inflamación local. La implantación de una sonda vesical es la principal causa de infección urinaria en el paciente ingresado. Es muy importante su colocación con la mayor limpieza y asepsia posible y retirarla cuando ya no se necesite.

Los síntomas más frecuentes se deben a la irritación de la pared de la vejiga urinaria y consisten en molestias como escozor o dolor que aparece o se intensifica con la micción. Pueden aparecer fiebre y afectación del estado general. Cuando se afecta la vía urinaria cerca del riñón, puede aparecer dolor en la región lumbar. Para realizar el diagnóstico se emplea un análisis de orina, siendo conveniente la realización de cultivo de orina, sobre todo en casos de episodios repetidos. Se debe evitar realizar cultivos de orina a personas asintomáticas, porque no tiene sentido que reciban antibiótico. Todos los enfermos con sonda vesical permanente tienen cultivos positivos, lo que debe hacer que se cuestione la realización de cultivos en pacientes sondados sin fiebre.

Es conveniente acudir a Urgencias cuando hay afectación del estado general con cansancio extremo, tensión arterial baja, pérdida de conocimiento o expulsión de sangre con la orina.

Entre las medidas preventivas se encuentra la ingesta abundante de líquidos (2-3 litros al día) y evitar retener la orina durante muchas horas, lo que facilita expulsión de bacterias al exterior. En las mujeres es recomendable orinar después de las relaciones sexuales dada su asociación con las cistitis. El uso de cremas espermicidas como método anticonceptivo puede favorecer estas infecciones. En el caso de mujeres posmenopáusicas se pueden usar los estrógenos vaginales (siempre con el conocimiento y acuerdo de su ginecólogo).



Antonio Ramos Martínez

Unidad de Enfermedades Infecciosas
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

10 puntos clave



Los principales agentes causantes de las infecciones urinarias son las enterobacterias (que forman parte de la flora intestinal).



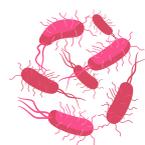
No hay evidencia de que la exposición al frío pueda favorecer las infecciones urinarias.



La infección crónica de la próstata es una entidad no bien definida. Puede manifestarse como dolor pélvico continuo con aumento de la frecuencia urinaria y molestias al orinar. También puede producir infecciones urinarias recurrentes.



La duración del tratamiento antibiótico no debe prolongarse más allá de 3-5 días. La fosfomicina puede tratar una infección urinaria con una sola dosis. El uso juicioso de los antibióticos puede reducir la aparición de resistencias y de la diarrea secundaria a estos fármacos.



Se considera que un cultivo de orina es positivo si tiene más de 100 000 bacterias por mililitro, lo que indica que en las vías urinarias puede haber con frecuencia cierta concentración de bacterias que está por debajo del umbral sugestivo de infección.



Las mujeres con dos o más infecciones de orina en seis meses pueden recibir un tratamiento antibiótico preventivo continuo o después del coito en los casos en que exista asociación clara con las relaciones sexuales. Se debe tener en cuenta la sensibilidad antibiótica de los episodios previos para seleccionar el agente más adecuado.



La infección aguda de la próstata (prostatitis aguda) suele producir fiebre alta, escalofríos, malestar general, dolores musculares, escozor al orinar, aumento de la frecuencia miccional, dolor pélvico y orina turbia. El tacto rectal con presión sobre la zona prostática suele producir dolor local.



El embarazo es la única circunstancia que puede hacer recomendable el tratamiento antibiótico en caso de cultivo de orina positivo sin síntomas, con la finalidad de evitar un parto prematuro. Esta recomendación tiene un soporte científico limitado (basada en la opinión de expertos).



La prostatitis aguda puede elevar el marcador de cáncer de próstata denominado PsA (antígeno prostático específico). Por lo tanto, si se planea realizar una prueba de PsA en suero para el cribado del cáncer de próstata, debe aplazarse durante un mes tras la resolución de la prostatitis aguda.



El zumo de arándanos y sus derivados se han usado para prevenir infecciones urinarias recurrentes, pero su soporte científico es limitado. El uso de vacunas bacterianas para prevenir estas infecciones no tiene un soporte científico sólido.

Neumonía



La **neumonía** es una inflamación del pulmón, de distinto grado, debida a un agente infeccioso (bacterias, virus, hongos).

Hay dos tipos bien definidos de neumonías: **extrahospitalaria** (adquirida en la comunidad) e **intrahospitalaria**, diferenciables por agente infeccioso, edad, cuadro clínico, enfermedades asociadas, pronóstico y tratamiento.

La incidencia anual en adultos oscila entre 5 y 15 casos por 1000 habitantes, y son más frecuentes a mayor edad, varones, fumadores, alcohólicos, con enfermedades respiratorias previas u otra patología, y en época invernal. Es la infección que, con mayor frecuencia, justifica el ingreso de un paciente, y es la causa más frecuente de muerte de origen infeccioso.

No es fácil precisar el **agente etiológico** (50%). El neumococo es el microorganismo aislado con más frecuencia (3-37%) en esputo, sangre (hemocultivo) o mediante el antígeno en orina. La infección por virus es más frecuente en niños y frecuentemente epidémica. Las neumonías intrahospitalarias, con peor pronóstico, pueden estar causadas, además, por enterobacterias, o pueden ser polimicrobianas.

Los **síntomas más frecuentes** son fiebre, tos (90%), fatiga (69%), expectoración a veces purulenta o con sangre (65%), dolor torácico o pleural (50%), afectación del estado general, aumento del ritmo respiratorio y taquicardia (70%). En personas de edad es frecuente un cuadro confusional.

Los análisis son inespecíficos y propios de una infección y los **estudios microbiológicos** pretenden definir el agente etiológico. La **radiografía de tórax** es la prueba de imagen más habitual para su confirmación, y la **pulsioximetría** y la **gasometría** detectan el déficit de oxígeno, la gravedad y necesidad de hospitalización.

Criterios de gravedad son: edad (>65 años), urea >7 mmol/l, frecuencia respiratoria >30/min; PAS <90; grado de confusión y patología asociada.

El **tratamiento** es inicialmente empírico, oral (o intravenoso), y cubre fundamentalmente el neumococo y valora factores asociados.

La neumonía intrahospitalaria requiere un tratamiento más selectivo e intravenoso y el tiempo medio de tratamiento en este caso es de 5-7 días.

El pronóstico de la neumonía extrahospitalaria es bueno y la mortalidad de los pacientes que requieren ingreso es del 7-10%, aumentando con la edad y la patología asociada.

La **prevención** se realiza con las vacunas antineumocócicas y la vacuna antigripal es útil para evitar posibles complicaciones de la gripe.



María Sánchez Ledesma

Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario de Salamanca

10 puntos clave



La neumonía es un problema importante de salud pública por su frecuencia (1,5-13,5 casos x 1000 habitantes/año) y es la primera causa de muerte de origen infeccioso.



Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos con expectoración variable, dolor torácico o pleural, fatiga con aumento del ritmo respiratorio y frecuencia cardiaca y afectación del estado general. Las personas mayores pueden asociar un estado confusional.



Es una inflamación del pulmón causada por bacterias, virus u hongos y puede producir una insuficiencia respiratoria por déficit de oxígeno (hipoxemia).



Los criterios de gravedad son el déficit de oxígeno (hipoxia), edad (>65 años), aumento del ritmo respiratorio (>30 rpm), insuficiencia renal, hipotensión arterial (<90 sistólica) y estado confusional.



La bacteria más frecuente responsable es el neumococo, no siempre identificable. Las neumonías víricas son más frecuentes en niños y a veces epidémicas.



El tratamiento en la neumonía no complicada y sin criterios de gravedad es oral, de 5-10 días de duración. El patrón epidemiológico, la edad, los criterios de gravedad y la patología asociada requieren definir el agente etiológico y condicionan su tratamiento y duración.



Por su origen pueden distinguirse dos tipos diferentes de neumonía: la adquirida en la comunidad (extrahospitalaria) y la intrahospitalaria. Se diferencian habitualmente por el agente infeccioso, las personas afectadas, el cuadro clínico, la gravedad, el pronóstico y el tratamiento.



El pronóstico de la neumonía extrahospitalaria es bueno y la mortalidad de los pacientes que requieren ingreso es aproximadamente del 10%. Las complicaciones y la neumonía intrahospitalaria agravan el pronóstico.

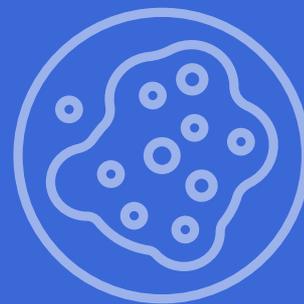


Los factores facilitadores más habituales son edad (>65 años), hábito tabáquico y enólico, varones, época invernal, patología respiratoria previa u otras enfermedades o procesos asociados.



La prevención se programa con las vacunas antineumocócicas y es útil asociar la vacuna antigripal.

Herpes zóster



El herpes zóster es una infección de origen vírico, causada por la reactivación del virus varicela-zóster. Se trata del mismo virus que en los primeros años de la vida es el responsable de lo que conocemos como varicela y que posteriormente queda latente en el tejido nervioso. Su reactivación se expresa con lesiones vesiculares en la piel sobre un área enrojecida y principalmente se suelen localizar a nivel facial o del tronco.

El principal factor predisponente de esta infección vírica es la edad, es más prevalente en la población mayor de 50 años y aumenta el riesgo con la edad. Otros factores de riesgo son las enfermedades que afectan al sistema inmune, como son la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las enfermedades autoinmunes y los pacientes con tratamientos oncológicos o inmunosupresores, como en el caso de los pacientes trasplantados.

Los principales síntomas son la aparición de una zona cutánea enrojecida que asocia importante dolor, ardor y hormigueo, siendo las localizaciones más frecuentes el tórax y la zona lumbar. Posteriormente, en esta área aparecen ampollas, que se convertirán en costras entre los 7 y 10 días del inicio de los síntomas.

El dolor es el síntoma guía de esta enfermedad y es la consecuencia de la irritación nerviosa por la infección viral.

Las complicaciones más frecuentes son la neuralgia posherpética, que es el dolor residual que se mantiene persistente hasta 90 días después de la reactivación infecciosa y que se presenta hasta en un 10-15% de la población.

La localización facial con afectación del nervio oftálmico puede representar una grave complicación para la visión y es de vital importancia un diagnóstico precoz.

Las complicaciones más graves pero más infrecuentes son la meningitis y la encefalitis. Los síntomas de alarma suelen ser:

- Fiebre.
- Dolor ocular unilateral.
- Enrojecimiento y dolor ocular.
- Parálisis facial.
- Bajo nivel de consciencia.
- Dolor de cabeza.
- Rigidez de nuca.

Existe una vacuna aprobada contra el virus varicela-zóster que puede ayudar a prevenirla infección y está recomendada para personas mayores de 50 años.



Fátima Boumhir Lendínez

Facultativa especialista de área en Medicina Interna, adjunta de Medicina Interna Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga
Vocal del Grupo de Enfermedades Infecciosas, Sociedad Española de Medicina Interna

10 puntos clave



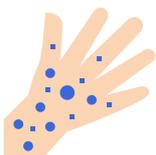
El herpes zóster es una infección vírica muy frecuente y consiste en la reactivación del virus varicela-zóster.



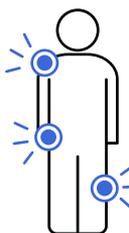
El herpes zóster se expresa con lesiones ampollosas en la piel sobre un área enrojecida de localización en una sección del cuerpo, siendo más frecuente el tórax y la zona lumbar, y que asocia importante dolor en dicha área.



En muchas ocasiones el dolor precede a las lesiones cutáneas, posteriormente aparecen ampollas que se convertirán en costras aproximadamente a la semana del inicio de los síntomas.



Una persona con herpes zóster puede contagiar a una persona que no tenga inmunidad para el virus varicela-zóster, a través de las vesículas, hasta que estas no estén en fase costrosa.



Hay distintos factores de riesgo que predisponen a esta patología; destacan la edad, las patologías secundarias a la afectación del sistema inmune, los tratamientos oncológicos o inmunosupresores y los pacientes con pluripatología.



No es una enfermedad grave, pero puede asociar graves complicaciones, como son la afectación ocular, la neuralgia posherpética, la parálisis facial y, en el peor de los casos, meningitis o encefalitis.



El herpes zóster se conoce coloquialmente como "culebrilla".



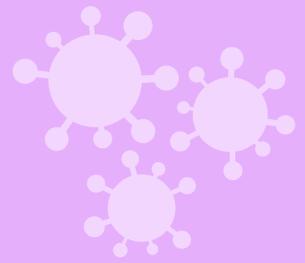
Esta patología puede ser tratada con un antiviral si el inicio de los síntomas es inferior a 72 horas o si pasado este margen de tiempo persiste la aparición de vesículas.



En esta infección deben tener especial cuidado las siguientes poblaciones por el riesgo de complicaciones: embarazadas, trasplantados de órganos sólido o médula ósea, neonatos, pacientes en tratamiento quimioterápico, pacientes en tratamiento inmunosupresor por otra patología, pacientes con enfermedades autoinmunes y pacientes con infección por VIH.



La complicación más frecuente del herpes zóster es la neuralgia posherpética, que se caracteriza por ser el dolor residual.



La gripe es una infección viral que afecta al sistema respiratorio (nariz, garganta y pulmones). Hay tres tipos de gripe: A, B y C. En adultos, la gripe A suele ser la más habitual. La B afecta más frecuentemente a niños y la C casi nunca produce síntomas.

La gripe es muy habitual e infecta anualmente al 8% de la población (oscila entre el 3% y el 11%). El virus queda suspendido en el aire en "gotitas" cuando una persona enferma tose, estornuda o habla. La infección se produce por inhalación de estas gotitas o bien por contaminación de las manos al tocar superficies que contengan el virus vivo y que nos autoinoculamos al tocarnos ojos, nariz o boca.

La incubación dura 2 días de media (oscila entre 1 y 4 días) y el paciente puede infectar desde 1 día antes de aparecer los síntomas hasta 5 días después de su inicio. En los niños e inmunodeprimidos este periodo es más largo y puede llegar a los 10 días.

El comienzo de los síntomas es brusco (a diferencia de otros virus respiratorios) y se caracteriza por presentar tos seca, dolor de garganta y mucosidad nasal. A nivel general, presenta fiebre, escalofríos, cefalea y dolor muscular. Los vómitos y la diarrea son más frecuentes en niños. La recuperación es rápida (generalmente menos de 7 días).

Habitualmente se resuelve espontáneamente, pero hay personas con más riesgo de tener complicaciones:

- Niños menores de 5 años.
- Mayores de 65 años.
- Pacientes institucionalizados (residencias).
- Mujeres embarazadas o parto reciente.
- Inmunodeprimidos.
- Enfermedades médicas crónicas previas.

Debería buscarse asistencia médica urgente si aparecen estos síntomas:

- Falta de aire.
- Dolor de pecho.
- Mareo, debilidad o dolor muscular muy intenso.
- Crisis epiléptica.
- Empeoramiento de enfermedades crónicas previas.

La medida más importante es la vacunación anual a todos los mayores de 6 meses, especialmente en grupos de riesgo. Puede administrarse a la vez que otras vacunas, como la de COVID-19. La protección no es del 100%, por lo que se recomienda, además, lavarse frecuentemente las manos, evitar tocarse la cara, evitar aglomeraciones y taparse boca y nariz al toser o estornudar.

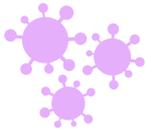
Si está enfermo, una vez desaparezca la fiebre, permanezca aislado un día más.



Antonio Lalueza Blanco

Especialista de Medicina Interna
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

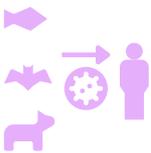
10 puntos clave



El nombre de la gripe (virus *influenza*) se utilizó por primera vez en Italia en el siglo XV para describir una epidemia atribuida a la “*influenza* de las estrellas”. El virus, sin embargo, no se aisló hasta 1930.



Hay diferentes subtipos de gripe A, dependiendo de los antígenos de superficie del virus. Estos antígenos se modifican constantemente (mutaciones) y por este motivo debemos vacunarnos todos los años. La vacuna puede reducir el riesgo de enfermedad gripal en un 40-60% en población general si la cepa viral que contiene la vacuna y el virus circulante coinciden.



Las pandemias de gripe se producen cuando se mezclan (recombinación) virus de la gripe humanos y animales, originando un virus nuevo. La primera pandemia descrita se remonta al año 1580. Afortunadamente son raras y la última se produjo en 2009-2010.



Generalmente, la gripe se cura sola, y no precisa tratamiento, pero en los grupos de riesgo los antivirales acortan los síntomas y disminuyen las complicaciones.



En nuestro país, dependiendo del año, la infección por gripe implica entre 27 000 y 35 000 ingresos hospitalarios anuales, de los que entre 1800 y 2500 precisan ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos.



La mortalidad anual relacionada directamente con la gripe en España oscila entre 2400 y 6300 casos, dependiendo del año. Un 90% de fallecimientos suceden en mayores de 65 años. La vacuna de la gripe reducirá la mortalidad un 37%. Aunque el exceso de muerte por descompensación de enfermedades cardiovasculares previas podría doblar o incluso triplicar estas cifras de mortalidad.



El diagnóstico es clínico, pero en pacientes con más riesgo de complicaciones puede confirmarse el diagnóstico con una PCR nasofaríngea.



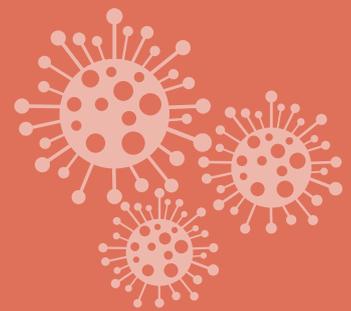
Los menores de 18 años en tratamiento crónico con aspirina tienen más riesgo de complicaciones. Del mismo modo, debe evitarse el uso de aspirina para tratar los síntomas de gripe en niños y adolescentes (puede aparecer el llamado síndrome de Reye –enfermedad muy rara que afecta al hígado y al cerebro–).



En la mujer embarazada, la gripe puede ser grave, por lo que debe vacunarse. Además, transferiría anticuerpos al bebé (las vacunas están indicadas a partir de los 6 meses de edad).



Algunas vacunas contienen trazas de huevo, pero la cantidad es tan pequeña que las personas con alergia al huevo pueden recibir la vacuna sin problema.



La COVID-19 es una nueva enfermedad que surgió en China en el año 2019. Está producida por un coronavirus, llamado SARS-CoV-2. Se extendió rápidamente en 2020 por todo el mundo y ha causado la mayor pandemia desde la gripe de 1918.

El virus se transmite principalmente por el aire, al estar cerca de una persona infectada. Con menor frecuencia se puede transmitir por contacto directo con una persona infectada, por el aire en espacios cerrados o a través de superficies contaminadas.

El periodo de incubación, desde que se contrae la infección hasta que aparecen los síntomas, suele ser entre 3 y 5 días y siempre es menor a las 2 semanas. En al menos una tercera parte de los casos, la infección no ocasiona ningún síntoma, aunque las personas infectadas pueden contagiar a otras. Los síntomas de la COVID-19 suelen ser leves y desaparecen al cabo de varios días o semanas. A veces la enfermedad dura más tiempo, sin que conozcamos todavía bien sus efectos a largo plazo.

Los síntomas más frecuentes son:

- Tos.
- Fiebre.
- Dolores musculares.
- Cansancio.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de garganta.
- Mucosidad nasal.
- Pérdida del olfato o del gusto.
- Dificultad para respirar o disnea, que suele aparecer al cabo de varios días del comienzo de los síntomas y que es una señal de que se trata de un caso de mayor gravedad y que requiere una consulta médica urgente.

La COVID-19 puede ser grave y la persona infectada tiene que ingresar en el hospital e incluso en una Unidad de Cuidados Intensivos. La principal complicación de la COVID-19 es la neumonía con insuficiencia respiratoria, que puede ser grave e impedir respirar con normalidad incluso en reposo. En estos casos graves, la COVID-19 puede afectar a múltiples órganos como consecuencia no solo del virus, sino también de la respuesta inflamatoria que desencadena. La enfermedad puede llegar a ocasionar la muerte del paciente.

La vacunación frente a la COVID-19 es la mejor medida para protegernos de la infección, sobre todo de las formas graves.



Arturo Artero Mora

Jefe de Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Dr. Peset
Profesor Titular de Medicina, Universitat de València

10 puntos clave



La COVID-19 es una pandemia causada por un coronavirus que ha ocasionado más de 600 millones de casos declarados en el mundo. En España se han notificado más de 12 millones de casos.



Los pacientes de mayor edad y con enfermedades previas tienen mayor riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19. Hay medicamentos antivirales que pueden darse a los pacientes de mayor riesgo para disminuir la gravedad de la infección.



En dos años y medio de pandemia, la COVID-19 ha causado más de 6 millones de muertos declarados y probablemente esta cifra pueda ser tres veces mayor en la realidad.



Los pacientes graves que precisan ser hospitalizados pueden recuperarse con oxígeno, antivirales y fármacos que disminuyen la respuesta inflamatoria, como los corticoides. Algunos requieren tratamiento en UCI.



La mayoría de las personas que contraen la infección quedan asintomáticas o presentan síntomas leves, como tos, dolor de garganta, secreciones nasales, dolores musculares, etc.



El mejor modo de prevenir la COVID-19 es mediante la vacunación. Existen vacunas eficaces para disminuir la gravedad y la mortalidad de la COVID-19. Se han administrado unos 12 000 millones de dosis de vacunas en el mundo, pero de forma desigual entre países.



Ante la aparición de dificultad para respirar es necesario consultar al personal sanitario, ya que es un síntoma de gravedad.



El uso de mascarillas faciales, evitar el contacto con personas infectadas, el lavado de las manos y las medidas de aislamiento son útiles para disminuir el contagio.



Existen pruebas diagnósticas de COVID-19 que se basan en la detección de antígeno en secreciones nasales o de saliva y que pueden ser realizadas por el propio paciente.



Algunas personas presentan síntomas durante semanas o meses tras la infección aguda, de los que suelen recuperarse con el paso del tiempo. Se desconocen los efectos a largo plazo de la COVID-19.

Meningitis



La meningitis es un cuadro clínico que se produce como consecuencia de la inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal (las meninges). En muchas ocasiones su causa es infecciosa y puede estar producida tanto por virus (las más frecuentes) como por bacterias. Más raramente, puede estar producida por hongos o parásitos.

Las meningitis producidas por bacterias son cuadros graves y constituyen una urgencia médica que debe ser diagnosticada y tratada lo más rápido posible. De no ser así, puede provocar secuelas importantes, con daño cerebral, sordera o incluso la muerte.

En su inicio, el cuadro puede no ser diferente de otros procesos más comunes como algunas viriasis o la gripe, con fiebre o decaimiento general.

Sin embargo, existen algunos datos de alarma que deben hacernos sospechar una meningitis en todo cuadro de fiebre:

- El dolor de cabeza intenso.
- El dolor cervical con rigidez de los músculos del cuello.
- Vómitos con fuerza.
- Excesiva sensibilidad a la luz o al sonido.
- Manchas en la piel como punteados rojos o hematomas.
- Somnolencia, alteración del nivel de conciencia, o crisis epilépticas.

En los niños más pequeños, las manifestaciones clínicas pueden ser fiebre, somnolencia o irritabilidad excesivas, inactividad, llanto constante y rechazo de la alimentación. La evolución hacia la aparición de estos síntomas puede ser en ocasiones muy rápida.

Dada la importancia de diferenciar las meningitis de otras enfermedades, según la valoración médica inicial es probable que se necesiten otros estudios con extracciones de sangre, así como estudiar el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal mediante una punción con una aguja en la parte baja de la espalda o la realización de pruebas de imagen.

El tratamiento de la meningitis bacteriana se realiza con antibióticos y, en ocasiones, se añaden además corticoides.

Para su prevención, existen vacunas que nos protegen de algunas de las bacterias que provocan meningitis, tales como el meningococo, el neumococo o la bacteria *Haemophilus influenzae*.

En caso de haber tenido contacto estrecho con una persona con meningitis, como por ejemplo un conviviente de la casa, se deberá valorar urgentemente también la conveniencia de tomar un antibiótico preventivo.

Además, se recomienda seguir otras medidas higiénicas generales como lavarse las manos bien antes de comer, o no compartir tazas o cubiertos.



Dr. Juan María Herrero Martínez

Médico Adjunto de Medicina Interna
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

10 puntos clave



La meningitis es una urgencia médica. En caso de síntomas compatibles, se debe buscar atención sanitaria de manera inmediata. El empeoramiento puede ser muy rápido.



1 de cada 4 personas puede fallecer o quedar con grandes secuelas tras padecer una meningitis bacteriana.



El diagnóstico y tratamiento apropiado urgente disminuye de manera muy importante las secuelas y la posibilidad de fallecer por la infección.



En España se dan cerca de 1000 casos al año.



La meningitis también puede aparecer por causas no infecciosas, como por algunos tipos de cáncer, enfermedades inflamatorias autoinmunes como la sarcoidosis, después de algunas neurocirugías o por medicamentos.



La mayoría de las meningitis en nuestro país se producen por virus, siendo habitualmente más leves y autolimitadas, si bien pueden tener los mismos síntomas que las infecciones de las meninges provocadas por bacterias, cuya gravedad puede ser muy importante; debe descartarse esta posibilidad ante un cuadro de meningitis.



No todas las meningitis pueden prevenirse con vacunación, pero actualmente existen vacunas frente a algunas de las bacterias y virus que pueden causar meningitis como neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus de la parotiditis, virus del sarampión, virus de la varicela y meningococo de los serogrupos A, C, W e Y. Es muy importante seguir las recomendaciones de vacunación de las autoridades sanitarias.

Se puede padecer a cualquier edad. Los niños pequeños y los adolescentes son los grupos de un mayor riesgo, al igual que las personas mayores, las embarazadas o las personas con las defensas bajas.

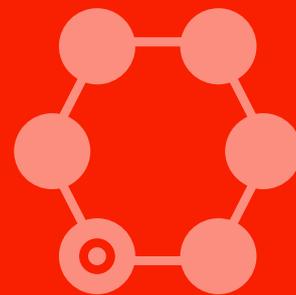


La población adolescente y joven es la que mayoritariamente transporta y transmite el meningococo en su nariz o garganta sin padecerla. La vacunación de este grupo puede proteger no solo a ellos mismos, sino también al resto de la población.



Las bacterias que producen meningitis varían dependiendo de la edad.

Enfermedades minoritarias



La Unión Europea define las enfermedades minoritarias (EE. MM.) como aquellas que afectan a 1 de cada 2000 personas y que además "son crónicamente debilitantes o potencialmente mortales y tienen tan poca prevalencia que se necesitan esfuerzos especiales combinados para combatirlas". Existen entre 6000 y 7000 EE. MM., por lo que, aunque su prevalencia es muy baja, afectan al 6-8% de la población, lo que implica que en España existen unos 3 millones de afectados. Por todo ello, las EE. MM. representan un importante reto en salud.

A pesar de existir más de 6000 EE. MM., con formas de manifestarse muy diversas, presentan unas características comunes que deben conocerse. La mayor parte de las EE. MM. son de causa genética. Debido a este origen mayoritariamente genético es necesario mejorar el acceso a estudios genéticos para ayudar a realizar diagnósticos más precisos y precoces. Sin embargo, aunque son mayoritariamente genéticas, no todas las EE. MM. debutan en la edad pediátrica. Se estima que aproximadamente casi la mitad de las EE. MM., o bien debutan o bien se diagnostican tardíamente en la edad adulta. Este aspecto es fundamental, pues obliga a coordinar la atención pediátrica con la asistencia al paciente adulto. También debe considerarse que la mayoría de las EE. MM. son sistémicas (afectan a diversos órganos) y, además, crónicas, progresivas y degenerativas.

Alcanzar un diagnóstico precoz y lograr tratamientos eficaces son dos aspectos básicos que reclaman los pacientes. De hecho, el retraso diagnóstico de las EE. MM. es un aspecto habitual en estas enfermedades. Además, una vez realizado el diagnóstico, debido a las características de estas enfermedades, comporta un grave impacto psicológico, no tan solo en el paciente, sino también en su entorno familiar.

Aplicar técnicas de diagnóstico genético contribuirá con seguridad no solo a reducir el retraso diagnóstico, sino también a descubrir nuevas enfermedades. Además, se requiere mejorar la difusión de los datos de estas enfermedades y la formación de los profesionales.



Antoni Riera-Mestre

Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria y otras enfermedades minoritarias vasculares

Jefe de Servicio de Medicina Interna

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona

Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Minoritarias, Sociedad Española de Medicina Interna

10 puntos clave



El 29 de febrero, un día "raro", se conmemora el Día Mundial de las EE. MM.; si el año no es bisiesto, se celebra el 28 de febrero.



Es fundamental definir circuitos de transición de la edad pediátrica a la edad adulta, para asegurar la continuidad asistencial de los pacientes pediátricos con EE. MM.



La creación de paneles con diversos genes implicados en grupos de EE. MM. (como por ejemplo, las aortopatías congénitas), permite que en un solo test sea posible secuenciar varios genes y agilizar así el proceso diagnóstico.



Se denomina "medicamentos huérfanos" a aquellos destinados a tratar EE. MM., donde no hay una expectativa de que el coste de su producción pueda ser compensado a través de la venta de dicho fármaco, con las dificultades que ello conlleva.



La elaboración de registros aporta información única sobre el curso natural de la enfermedad y representa una prioridad en el manejo de las EE. MM.



La elaboración de protocolos de derivación óptimos desde los centros de Atención Primaria, dependientes de un centro hospitalario, facilita la derivación de los pacientes al dispositivo oportuno y evita peregrinajes innecesarios y exceso de exploraciones.



Aproximadamente, el 75% de los pacientes con EE. MM. experimentan síntomas de depresión, ansiedad o estrés a lo largo de la enfermedad.



Existe una falta de fondos dedicados a la investigación en EE. MM.; a pesar de ello, el desarrollo de terapias génicas supone un futuro prometedor para su tratamiento.



Debido a que la mayoría de las EE. MM. son sistémicas, es necesario la creación de unidades interprofesionales que incluyan todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos...) necesarios para atender las necesidades de estos pacientes.



La relación con las asociaciones de pacientes es fundamental y debe responder a una coherencia y un compromiso en la asistencia a este tipo de pacientes.

Hipotiroidismo



¿Qué es y con qué frecuencia suele aparecer?

El hipotiroidismo es una afección en la que la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas. Estas hormonas se encargan de regular el metabolismo del cuerpo, es decir, el uso y almacenamiento de la energía.

Es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes, especialmente en mujeres y en mayores de 60 años. Un 1-5% de las personas van a presentar hipotiroidismo sintomático a lo largo de la vida.

¿Cómo se manifiesta?

La mayoría de las personas notan cansancio. Otros síntomas habituales son los siguientes:

- Dificultad para respirar con el ejercicio.
- Facilidad para sentir frío.
- Estreñimiento.
- Piel seca y gruesa.
- Hinchazón de la cara, manos, pies, lengua o cuello (bocio).
- Cabello áspero que tiende a la caída. Pérdida de parte del pelo de las cejas.
- Uñas quebradizas.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Aumento de peso.
- Voz ronca.
- Sueño irregular con tendencia al sueño durante el día.
- Dificultad para pensar.

¿Qué nos debe preocupar? (síntomas de alarma)

El coma mixedematoso es la situación más grave, ya que puede llegar a ser mortal. Afecta fundamentalmente a pacientes ancianos que han suspendido su medicación, y es más frecuente durante el invierno. Hay que sospecharlo cuando se altera el estado mental (por ejemplo, con pérdida del conocimiento) o cuando hay hipotermia (temperatura corporal baja) y avisar inmediatamente a los servicios de emergencias.

¿Cómo podemos prevenirlo?

El déficit de yodo es la causa más frecuente de hipotiroidismo en el mundo, aunque un exceso de yodo también lo puede causar. La mejor manera de asegurar una ingesta adecuada es utilizando sal yodada para la alimentación. Las mujeres embarazadas suelen requerir un suplemento de yodo mientras dura el embarazo.

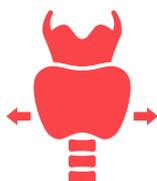
Una vez se ha hecho el diagnóstico de hipotiroidismo, es muy importante tomar la medicación pautada. Se recomienda evitar el frío extremo para reducir el riesgo de coma mixedematoso.



María Teresa Pérez Sanz

Especialista en Medicina Interna
Hospital Isabel Zendal, Madrid

10 puntos clave



Normalmente el hipotiroidismo se produce por un problema en la propia glándula tiroides. Otras veces, la función tiroidea se puede afectar por fármacos o por problemas de la glándula pituitaria.



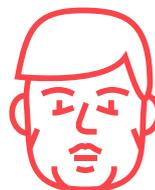
Los análisis de sangre pueden diagnosticar el hipotiroidismo y su causa.



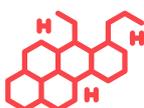
Emil Theodor Kocher recibió el Premio Nobel de Medicina en 1909 por sus trabajos sobre el funcionamiento, la patología y la cirugía de la glándula tiroides.



Es una enfermedad que ha provocado gran discapacidad a lo largo de la historia. Hasta el siglo XIX no se conoció la importancia de la glándula tiroides, y a partir de entonces su pronóstico cambió radicalmente.



Antiguamente se conocía a las personas con hipotiroidismo congénito como "cretinos" y a la enfermedad como "cretinismo". Se cree que el nombre viene de la palabra francesa *chrétien* (cristiano), un saludo común en los Alpes (lugar en el que había gran prevalencia de la enfermedad por falta de yodo). Ese es el origen de la palabra "cretino" como sinónimo de "estúpido".



El tratamiento del hipotiroidismo es un reemplazo de la hormona tiroidea.



El tratamiento hay que tomarlo una vez al día, con el estómago vacío. Lo ideal es tomarlo nada más despertarse por la mañana.



En España se examina a todos los recién nacidos para detectar hipotiroidismo congénito y tratarlo cuanto antes.



Las personas con enfermedades autoinmunes tienen más probabilidades de presentar hipotiroidismo.



En muchos países el agua corriente incluye yodo para evitar el desarrollo de hipotiroidismo.

28 Pericarditis



La pericarditis consiste en una inflamación del pericardio, una bolsa que cubre la superficie del corazón para su protección. Habitualmente su afección es leve; sin embargo, puede ser grave en determinados pacientes. Es una patología que afecta aproximadamente a 28/100 000 personas al año, mayoritariamente hombres entre los 16 y los 65 años de edad.

La pericarditis puede clasificarse como aguda cuando el cuadro clínico dura menos de 6 semanas y crónica cuando los síntomas duran más de 3 meses. En un 15-30% de los casos, la pericarditis puede ser recurrente.

La etiología del 90% de los casos de pericarditis es desconocida, por lo que se denomina pericarditis idiopática. Asimismo, en la mayor parte de los casos, la pericarditis aguda es secundaria a infecciones virales.

Otras causas infecciosas incluyen infecciones bacterianas y raramente por parásitos y hongos. Enfermedades sistémicas autoinmunes como el lupus sistémico y la artritis reumatoide también pueden causar pericarditis. Etiologías menos frecuentes de pericarditis son la pericarditis traumática, la tumoral y la farmacológica.

Los síntomas de la pericarditis incluyen dolor torácico, que puede variar con la respiración y mejorar con cambios posturales.

El diagnóstico de pericarditis se basa fundamentalmente en la historia clínica y se complementa con electrocardiograma, ecocardiograma y análisis en sangre de niveles de proteínas específicas que indican el estado del miocardio.

El pilar terapéutico de la pericarditis consiste en fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el ibuprofeno o el ácido acetilsalicílico (aspirina) a dosis altas. La pericarditis aguda no se puede prevenir; sin embargo, el tratamiento con colchicina está indicado en casos de síntomas de más de 2 semanas de duración, por su potencial capacidad de prevención de recurrencias, además de su efecto antiinflamatorio.

Teniendo en cuenta su nefrotoxicidad, el tratamiento con AINE debe individualizarse y evitarse sin supervisión médica en pacientes mayores de 65 años y con enfermedades renales subyacentes; en dichos casos pueden estar indicados los corticoides.

Una evaluación clínica de riesgo, complicaciones o manifestaciones graves es importante en pacientes con fiebre alta persistente, compromiso hemodinámico (cuando hay una presión arterial baja, frecuencia cardíaca anormal, entre otros...), sospecha de derrame pericárdico (acúmulo de líquido en la capa en forma de saco que rodea el corazón), personas en tratamiento con inmunosupresores o anticoagulantes y en casos de pericarditis traumáticas.



Patricia Pinto Martins

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario General de Catalunya
Sant Cugat del Vallés (Barcelona)
Profesora Asociada de la Universidad Internacional de Catalunya

10 puntos clave



La pericarditis es una inflamación del pericardio, una bolsa delgada que cubre la superficie del corazón para su protección, que tiene una afección leve en la mayor parte de los casos.



La mayoría de las pericarditis agudas son idiopáticas, teniendo en cuenta que su etiología es desconocida. Sin embargo, en una gran parte de los casos existe asociación con infecciones víricas posibles o confirmadas.



La pericarditis aguda se caracteriza por síntomas de menos de 6 semanas de duración, y la crónica, por síntomas que duran más de 3 meses. En un 15-30% de los casos la clínica de pericarditis puede repetirse en el tiempo.



La colchicina es un fármaco utilizado frecuentemente en casos de pericarditis de más de 2 semanas de evolución o en aquellas que no responden al tratamiento, por su efecto antiinflamatorio y potencial capacidad de prevención de recurrencias.



El diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis y la historia clínica, y puede complementarse con un electrocardiograma, ecocardiograma, radiografía de tórax y niveles en sangre de proteínas que indican el estado del músculo cardíaco.



Los síntomas de la pericarditis son:

- Dolor torácico que empeora con la inspiración profunda y que característicamente mejora al sentarse e inclinarse hacia adelante
- Pueden verse asociados síntomas como tos seca, palpitaciones y fiebre dependiendo de la causa subyacente de la pericarditis.



El tratamiento depende de la causa que lo desencadena. Sin embargo, el pilar del tratamiento consiste en:

- Reposo relativo.
- AINE.



El tratamiento de la pericarditis debe individualizarse teniendo en cuenta la función renal y edad de los pacientes.



Pacientes con más de 65 años de edad y enfermedad renal subyacente no deben tomar AINE sin supervisión médica.

En estos casos, los corticoides son una alternativa terapéutica.



Es importante realizar una evaluación clínica de riesgo y necesidad de hospitalización en pacientes con:

- Poca respuesta al tratamiento sintomático.
- Fiebre alta persistente.
- Compromiso hemodinámico.
- Sospecha de derrame pericárdico.
- Personas en tratamiento con inmunosupresores.
- Personas en tratamiento con anticoagulantes.
- Casos de pericarditis traumáticas.

Hemorragia digestiva

La hemorragia digestiva es una pérdida de sangre en cualquier punto del tubo digestivo.

En función de si se produce antes o después de una región del intestino delgado denominada **ángulo de Treitz**, se divide en hemorragia digestiva alta, la que se produce antes de este punto, o hemorragia digestiva baja, la que se produce después del mismo.

La hemorragia digestiva alta es ligeramente más frecuente que la baja, con una incidencia de unos 65 casos por cada 100 000 habitantes. La toma de tratamientos anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios pueden favorecer cualquier tipo de sangrado, incluidos los digestivos.

Esta puede ser una enfermedad potencialmente grave, por lo que su prevención, la correcta identificación de sus síntomas y el inicio del tratamiento precoz son fundamentales.

Los síntomas son muy variados, ya que la pérdida de sangre puede manifestarse de muchas maneras diferentes, algunas más evidentes: vómitos de sangre roja, o sangre digerida (como si fuesen los posos de café de una cafetera), en forma de heces negras y malolientes, como el alquitrán; heces mezcladas con sangre roja o expulsión por el ano de sangre roja o coágulos. Y otras veces el sangrado no es tan evidente y los síntomas serán derivados de la anemia que se produce secundaria al sangrado, notando fatiga, cansancio, dolor de pecho y mareos, entre otros... Ante cualquiera de estos síntomas, debemos acudir a nuestro médico de referencia.

Son muchas las enfermedades que se asocian con el sangrado digestivo: úlceras gástricas o duodenales, gastritis, celiaquía, cirrosis hepática, tumores del tubo digestivo, pólipos o divertículos en el colon o hemorroides. Por lo tanto, la correcta identificación de la causa es muy importante a la hora de administrar un tratamiento dirigido con la intención de que no se vuelva a producir el sangrado.

Dentro de las causas más comunes están la presencia de úlceras en el estómago o en el intestino delgado, las cuales se asocian con el consumo de fármacos antiinflamatorios o infecciones por *Helicobacter pylori*. El tratamiento de la hemorragia digestiva puede requerir la administración de medicación intravenosa, transfusión de sangre, realización de endoscopias o cirugía, en función de la gravedad y la causa de esta.



Iván Fernández Castro

Servicio de Medicina Interna
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

10 puntos clave



La hemorragia digestiva es una urgencia médica. Su correcta identificación y el tratamiento de la causa desencadenante nos puede salvar la vida.



Las úlceras gástricas o en intestino delgado se asocian con el consumo de fármacos antiinflamatorios o infección por *Helicobacter pylori*.



A veces el sangrado es muy evidente en forma de vómitos con sangre, o con aspecto de posos de café; o heces negras y muy malolientes o expulsión anal de sangre o coágulos. Ante estos síntomas, debemos acudir a un servicio de Urgencias.



La incidencia de la hemorragia digestiva alta es de 65 casos por cada 100 000 habitantes.



La hemorragia digestiva se divide en alta o baja si se produce antes o después, respectivamente, de una parte del intestino delgado llamada **ángulo de Treitz**.



Otras veces los síntomas son más larvados: mayor cansancio, dolor torácico, falta de aire o mareos. Ante estos síntomas debemos acudir a nuestro médico de referencia.



La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja son los **divertículos**.



El tratamiento de la hemorragia digestiva será diferente en función de la causa: puede ser médico, mediante técnicas endoscópicas o requerir una intervención quirúrgica.



La causa más frecuente de hemorragia digestiva alta son las úlceras.



La toma de anticoagulantes o fármacos antiagregantes hace más frecuente los sangrados digestivos.

30 Pancreatitis



El páncreas es un órgano endocrino y digestivo situado en el abdomen, junto al hígado, el estómago y el intestino delgado. Sus funciones principales son ayudar a la digestión de nutrientes, principalmente las grasas, y regular la producción de insulina y, por tanto, los niveles de azúcar en la sangre.

La pancreatitis aguda consiste en la inflamación del páncreas, que puede ser desencadenada por distintas causas. Afecta aproximadamente a 72 personas por cada 100 000 habitantes cada año en España. En nuestro medio existen dos causas principales: lo más habitual es que se deba a la presencia de cálculos biliares (piedras en la vesícula y conductos por donde fluye la bilis, formados principalmente por colesterol), que obstruyen los conductos de drenaje de los jugos pancreáticos hacia el intestino. La segunda causa más habitual es el consumo crónico de alcohol en cantidades excesivas, especialmente después de un consumo puntual más elevado.

Los síntomas más habituales de la pancreatitis aguda son dolor en la parte media y alta del abdomen, intenso, y que suele irradiarse hacia ambos lados y a veces hacia la espalda, como si fuese un cinturón. Asimismo, suele acompañarse de náuseas y vómitos. El diagnóstico se establece mediante los síntomas, la presencia de elevación en sangre de la amilasa y la lipasa (enzimas que nos indican que puede haber daño en el páncreas) y generalmente confirmación mediante prueba de imagen, que suele ser una tomografía computarizada (TC) de abdomen.

La pancreatitis es un cuadro grave que requiere ingreso hospitalario. El tratamiento es la ausencia de ingesta inicial de sólidos y líquidos, analgésicos para controlar el dolor y abundantes sueros por vía intravenosa. Lo normal es que el cuadro evolucione de forma favorable con este manejo, pero en algunas ocasiones puede evolucionar mal y pasar a ser un cuadro más grave que provoque complicaciones como obstrucción intestinal o infecciones dentro del abdomen que pueden requerir antibióticos, cirugía o ingreso en UCI. En los casos graves, la pancreatitis aguda puede ser fatal.

La mejor forma de prevenir la pancreatitis aguda es evitar el consumo excesivo de alcohol y las comidas ricas en grasas, así como tomar tratamiento para bajar los triglicéridos si su médico así lo estima oportuno. La obesidad puede favorecer la aparición de pancreatitis aguda, de manera que llevar una dieta sana y equilibrada y mantener y practicar ejercicio regularmente para mantener un peso adecuado son también factores que nos protegen contra esta patología.



Fernando Maroto Piñero

Especialista en Medicina Interna
Hospital Ribera POVISA, Vigo

10 puntos clave



Ocasionalmente, la pancreatitis se produce por efectos secundarios de algunos fármacos.



Algunos pacientes pueden desarrollar pancreatitis crónica, como por ejemplo, pacientes con consumo crónico de alcohol.



Las elevaciones graves de las grasas en sangre (triglicéridos) debidas a la dieta o a enfermedades genéticas relacionadas con los lípidos pueden provocar pancreatitis agudas y con episodios recurrentes.



La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una prueba diagnóstica-terapéutica en la que se actúa sobre la vía biliar para diagnosticar lesiones o retirar cálculos. Su complicación secundaria más frecuente es la pancreatitis aguda.



A veces, la pancreatitis aguda se relaciona con niveles elevados de calcio en sangre, debidos, por ejemplo, a problemas en la glándula paratiroides.



En ocasiones, tras los daños provocados por una pancreatitis grave, se puede producir una diabetes por el daño que se provoca sobre las células del páncreas que regulan la producción de insulina.



En un porcentaje alto de los casos, la causa de una pancreatitis aguda no llega a aclararse.



Como en el caso de otras muchas enfermedades, el tabaco incrementa el riesgo de pancreatitis aguda.

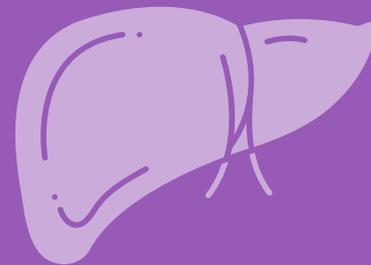


En caso de que se detecte presencia de cálculos biliares en la vesícula, después de un primer episodio de pancreatitis aguda se suele recomendar la cirugía de vesícula para extirparla y prevenir futuros episodios.



En casos raros, las pancreatitis agudas pueden ser la primera manifestación de un cáncer de páncreas.

Hepatitis y cirrosis hepática



El hígado es responsable de numerosas funciones vitales. La inflamación del parénquima del hígado se denomina hepatitis.

Las causas de la hepatitis incluyen abuso de alcohol, ingesta de tóxicos, fármacos, falta de irrigación sanguínea, enfermedad metabólica o de origen autoinmune. La causa más común de la hepatitis es una infección vírica, que representa un 50% de todos los casos de hepatitis a nivel mundial.

Los síntomas más comunes de la hepatitis son ictericia (color amarillento de piel y mucosas), malestar general, dolor abdominal, náuseas y vómitos, pérdida de apetito y somnolencia.

El diagnóstico de hepatitis se realiza con un estudio analítico de las enzimas del hígado.

La cirrosis se caracteriza por la alteración de la estructura hepática debido a la inflamación persistente del hígado, que produce muerte del tejido y sustitución de este con cicatrices.

Las causas más comunes de cirrosis son hepatitis B y C, abuso de alcohol y esteatohepatitis no alcohólica (acumulación de grasa en el hígado debido a obesidad, hipercolesterolemia o diabetes *mellitus*).

Según las últimas estadísticas, la cirrosis hepática fue la causa de muerte de 1,32 millones de mujeres y 883 000 a nivel mundial.

Para realizar el diagnóstico de cirrosis hepática es necesario realizar una prueba de imagen abdominal, como una ecografía abdominal.

Los síntomas más comunes de la cirrosis hepática son fatiga, pérdida de peso y apetito, hematomas, edema, ictericia, prurito (picor), temblor en las manos y somnolencia.

Estas son las medidas que podemos implementar para prevenir la hepatitis y la cirrosis:

1. Controlar el consumo de alcohol.
2. No abusar de fármacos antiinflamatorios como ibuprofeno o paracetamol.
3. Vacunación contra la hepatitis B y vacunación en condiciones de riesgo contra la hepatitis A.
4. Utilización de preservativo en relaciones sexuales.
5. Mantener una dieta equilibrada.



Cristina Macía Rodríguez

Médico adjunto de Medicina Interna
Hospital Juan Cardona, Ferrol



Juan Andreu Ansola

Servicio de Medicina Interna
Hospital Juan Cardona, Ferrol

10 puntos clave



El hígado es el órgano más grande del cuerpo y su inflamación se llama hepatitis.



La inflamación mantenida del hígado va a provocar cicatrices que condicionan una cirrosis.



Las hepatitis agudas son patologías frecuentes que pueden ser graves y, en caso de no recibir el tratamiento adecuado, pueden condicionar el fallecimiento del paciente.



Las causas más frecuentes de cirrosis son la hepatitis B y C, el alcohol y la acumulación de grasa en el hígado.



Síntomas como la fatiga, el aumento del perímetro del abdomen, los edemas, el prurito, la coloración amarillenta de la piel y el temblor de las manos pueden ser debido a una cirrosis.



Las hepatitis pueden ser debidas al consumo de alcohol, de fármacos o de tóxicos; a infecciones virales o a procesos autoinmunes.



Si una persona presenta estos síntomas debe acudir a su médico para ser valorado y realizar una analítica y una ecografía abdominal.



Síntomas como la fatiga, la coloración amarillenta de la piel, el dolor abdominal o la pérdida de apetito nos pueden indicar la presencia de una hepatitis.



Evitar el consumo de alcohol, mantener una dieta equilibrada, un control estricto de la diabetes y del colesterol, la vacunación correcta contra la hepatitis B y el uso de preservativo previene la hepatitis y la cirrosis del hígado.



Si una persona presenta estos síntomas, debe acudir a su médico para ser valorado y realizarse una analítica.

Palpitaciones



Las palpitaciones cardíacas son la sensación de que el corazón late demasiado rápido. En ocasiones, podemos notar que el corazón no late de una manera acompasada y que existe una falta de ritmo.

Son muy comunes y pueden verse motivadas por ejercicio físico, estrés, algunos medicamentos (como los medicamentos para el resfriado que tienen pseudoefedrina), drogas (cocaína), alteraciones de la glándula tiroides o incluso alimentos (consumo elevado de café, bebidas energéticas ricas en cafeína). En ocasiones, son causadas por una enfermedad cardíaca.

Normalmente, aquellas personas que presentan de manera muy ocasional palpitaciones, que además duran pocos segundos, probablemente no deberían consultar con un médico. Deberíamos consultar cuando aparece molestia o dolor en el pecho, desmayos o falta de aire importante, para realizar un estudio dirigido por parte del médico.

El médico realizará preguntas sobre medicamentos que consume, llevará a cabo una exploración y, probablemente, análisis de sangre para evaluar la tiroides.

Otras exploraciones que suelen realizarse son:

- **Electrocardiograma:** es una exploración muy rápida, sencilla e indolora, que estudia la actividad eléctrica del corazón. El electrocardiograma permite al médico evaluar si el corazón late demasiado rápido o lento y le permite estudiar si hay alguna anomalía. El problema que comporta es que solo registra unos pocos segundos y puede realizarse cuando el paciente ya no tiene palpitaciones.
- **Holter:** es parecido al electrocardiograma, pero permite registrar periodos mayores de tiempo (24 h o más). El enfermo confecciona un pequeño diario anotando la actividad que realiza y si presenta o no palpitaciones, lo que es de gran utilidad al médico para estudiar después la exploración que se ha realizado.
- **Ecocardiograma:** es un examen que utiliza ondas sonoras para crear imágenes del corazón. Es muy rápido y absolutamente indoloro. Permite al médico estudiar la estructura del corazón y el correcto funcionamiento de las válvulas de este.

Normalmente, si las exploraciones que se realizan son normales, no se precisa tratamiento con medicación y es aconsejable reducir el estrés y evitar los estimulantes como la cafeína.



Francisco Epelde

Coordinador de la Unidad de Estancia Corta
Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)
Profesor Asociado del Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



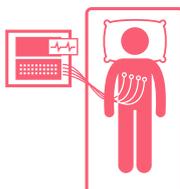
Las palpitaciones son síntomas comunes y pueden ser causadas por múltiples problemas médicos.



Normalmente no son problemas serios para la salud.



Pueden ser causadas por ansiedad, consumo de algunos fármacos o drogas, o problemas de la glándula tiroides, y por excitantes que pueden ser muy comunes como el café y las bebidas energéticas ricas en cafeína.



El electrocardiograma es una exploración rápida, sencilla e indolora que permite al médico estudiar la actividad eléctrica del corazón, favoreciendo una evaluación inmediata en el estudio de las palpitaciones.



Antes de consultar al médico, vale la pena anotar datos como cuándo aparecen, con qué frecuencia se manifiestan, todos los medicamentos que tomamos y si se consumen excitantes como la cafeína.



El médico necesitará realizar, a veces, exploraciones como el electrocardiograma, un *holter* o una ecocardiografía. Todas estas exploraciones son indoloras y rápidas.



Si las exploraciones son normales, raramente es necesario realizar ningún tipo de tratamiento, mejorando con las modificaciones del estilo de vida más saludable.



Las arritmias cardiacas, que son las alteraciones del ritmo cardiaco y que pueden manifestarse por latidos irregulares del corazón, precisan ser estudiadas por un médico.



El ecocardiograma permite visualizar mediante ondas sonoras las cavidades cardiacas, ofreciendo gran cantidad de información.



Síntomas de alarma para la consulta son la falta de aire, el dolor en el pecho y la pérdida de conocimiento.

33 Convulsiones



Una crisis convulsiva es una actividad eléctrica inusual en el cerebro que puede causar cambios en la conducta, el movimiento o las sensaciones.

Los signos y los síntomas de las crisis convulsivas dependen del tipo de crisis convulsiva que se tenga. La persona puede quedar con la mirada perdida o tener movimientos espasmódicos en una parte del cuerpo o en el cuerpo entero. Algunas personas pueden no presentar ningún tipo de signo cuando tienen una crisis convulsiva.

Inmediatamente después de una crisis convulsiva, una persona puede estar cansada, confundida, tener dolor de cabeza o presentar otros síntomas. Esto se llama **fase o periodo posictal**. Suele durar solo unos pocos minutos, pero puede llegar a durar más.

Una causa frecuente de crisis convulsivas es la **epilepsia**. Otras causas de las crisis convulsivas son las infecciones, tener una baja concentración de sodio en sangre, algunos medicamentos, el consumo de drogas (anfetaminas o cocaína), las lesiones cerebrales, los tumores y los cambios genéticos. A veces no se llega a encontrar cuál es la causa de una crisis convulsiva.

Si una persona tiene una crisis convulsiva, los médicos buscarán su causa. Las exploraciones que suelen realizarse son:

- Un análisis de sangre y un análisis de orina en busca de infecciones o enfermedades.
- Un electroencefalograma que permite estudiar las ondas cerebrales y la actividad eléctrica cerebral.
- Una tomografía del cerebro o una resonancia nuclear magnética para obtener imágenes detalladas del cerebro.

Una vez se diagnostica la causa de las convulsiones, probablemente se instaure un tratamiento, si bien algunas no lo requieren.

Si observamos a alguien que tiene una convulsión, las medidas a seguir serían:

- Esté tranquilo y no se precipite. Las convulsiones suelen parar por sí solas en unos segundos.
- Sitúe a la persona en postura segura en el suelo en decúbito lateral sin forzar, de manera que tenga libre la vía respiratoria y no se trague las secreciones bucales.
- Evite que se golpee contra el suelo o muebles y coloque algo blando bajo su cabeza.
- Compruebe la duración de la crisis.
- Compruebe cuando termine la crisis que el paciente respira bien.
- Manténgase a su lado hasta que recupere por completo el conocimiento.
- Solicite ayuda.
- No intente sujetarlo para que no convulsione.
- No le introduzca ningún objeto en la boca, ya que le puede provocar asfixia.



Francisco Epelde

Coordinador de la Unidad de Estancia Corta
Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)
Profesor Asociado del Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



Las convulsiones son la manifestación de una actividad eléctrica anormal del cerebro.



Normalmente los episodios de convulsión suelen durar pocos segundos. Cuando aparecen debemos tener paciencia esperando a que finalicen,



En muchas ocasiones, la causa de las convulsiones no llega a encontrarse.



Las manifestaciones pueden ser variadas. A veces en forma de movimientos espasmódicos (convulsiones tónico-clónicas), aunque en ocasiones se manifiestan como cuadros de pérdida de atención (ausencias).



Las causas son múltiples y deben ser estudiadas por un médico.



El electroencefalograma (EEG) es una exploración necesaria para el estudio de muchos tipos de convulsiones. Su médico pone unos electrodos sobre la cabeza y estudia la actividad eléctrica del cerebro. Es una exploración rápida e indolora.



Si vemos a una persona que sufre una convulsión, debemos estar a su lado, facilitando que respire bien, debemos ponerla de lado para que no aspire nada que lleve en la boca. Nunca debemos colocar nada dentro de la boca, ya que podríamos provocarle asfixia.



Para el estudio de las convulsiones suele ser necesaria la práctica de una exploración radiológica que nos permita ver que no hay alteraciones dentro del cerebro, como la tomografía axial computerizada (TAC) o la resonancia nuclear magnética (RNM).



Las personas con epilepsia deben mantener un ritmo de sueño adecuado y tomar la medicación de manera regular.



Las convulsiones pueden ser la manifestación de una enfermedad seria. Una primera convulsión debe ser motivo de visita médica urgente.

Lipotimia y síncope



El síncope se define como una pérdida súbita y temporal de la conciencia y del tono postural, debido a una disminución repentina del flujo sanguíneo cerebral. El paciente recupera la conciencia por sí mismo sin requerir asistencia inmediata.

Un síncope no es lo mismo que una lipotimia.

El síncope y la lipotimia son trastornos clínicos frecuentes que las personas suelen confundir, pero tienen causas y sintomatologías distintas a pesar de ser muy similares. La lipotimia se conoce también como síncope vasovagal o síncope neuromediado. En el caso de la lipotimia el paciente puede prever el desvanecimiento, puesto que se produce de forma progresiva. En el caso del síncope cardiaco, que es de mayor gravedad, la aparición es muy brusca y no se puede anticipar.

La **lipotimia o síncope vasovagal** generalmente se produce en personas jóvenes. En estos casos, suele asociarse a una emoción y un factor desencadenante (calor, cansancio, estrés, problemas de presión, bajada de azúcar, etc.).

El síncope vasovagal se puede desencadenar con la persona sentada o de pie. Habitualmente, la persona presenta pródromos, es decir, síntomas previos. Puede sentir náuseas, debilidad, bostezos, visión borrosa, sudoración; el paciente se ve pálido, el pulso se vuelve muy lento. Luego se desencadena el desmayo o lipotimia.

Es de muy buen pronóstico y fácil diagnóstico. Para tratarlo debemos estirar al paciente, proteger la vía aérea, poniéndolo en posición lateral, y esperar que mejore.

El **síncope de origen cardiogénico o síncope cardiaco** se asocia con mayor mortalidad y riesgo de muerte súbita. La principal causa de síncope cardiogénico son las arritmias, sobre todo las taquiarritmias (taquicardia) seguidas por las bradiarritmias (bradicardia). En estos casos, la pérdida de conocimiento es inmediata y la persona no suele advertir sensación alguna antes de que se produzca. La recuperación es normalmente inmediata.

Para el estudio del síncope, su médico le realizará diversas exploraciones, entre las que se encuentran:

- Una analítica general para evaluar el nivel de azúcar en sangre e iones.
- Un electrocardiograma que ayuda a descartar problemas del ritmo cardiaco.
- Un *holter* cardiaco durante al menos 24 h para descartar problemas del ritmo cardiaco.
- Un ecocardiograma que evalúa el tamaño y funcionamiento del corazón. Algunos problemas de las válvulas cardiacas pueden ser causa de síncope.
- Exploraciones para evaluar el cerebro como una tomografía cerebral y un electroencefalograma.

El tratamiento final del síncope depende de la enfermedad que lo ha provocado.



Francisco Epelde

Coordinador de la Unidad de Estancia Corta
Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)
Profesor Asociado del Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



Un síncope es una pérdida brusca de conciencia sin que existan pródomos (síntomas que avisan de que nos va a ocurrir algo, como mareo previo, náuseas...).



Si atiende a una persona con un síncope, póngalo en la posición de seguridad (tendido sobre el lado izquierdo) vigilando que pueda respirar y no tenga nada en la boca. Solicite ayuda.



Síncope y lipotimia no son sinónimos.



Una causa frecuente de síncope es el síncope vasovagal que aparece ante estímulos como dolor intenso y emociones importantes. Suele ser benigno.



Cuando se tiene un síncope es muy importante descartar que sea debido a un problema en el corazón. Debemos acudir al médico para encontrar la causa.



En ocasiones la diferenciación del síncope con un problema neurológico (ictus, epilepsia) puede ser difícil.



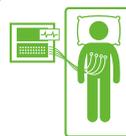
Para el diagnóstico de un síncope se deben realizar exploraciones para evaluar el corazón y el cerebro.



El síncope es una causa frecuente de consulta en los hospitales.



Una lipotimia tiene siempre síntomas que avisan de que es posible que se pierda el conocimiento.



El electrocardiograma es una prueba sencilla y rápida que puede ayudar en la primera evaluación del síncope.

35 Ansiedad



Sentir ansiedad de un modo ocasional es normal. La ansiedad por sí misma no es mala, ya que nos alerta y nos motiva para hacer frente a los peligros. Las personas con un trastorno de ansiedad tienen este problema de una manera frecuente, con preocupaciones y miedos intensos, que se manifiestan de una manera excesiva y persistente, afectando a su vida diaria.

Las manifestaciones más frecuentes son la sensación de nerviosismo y sensación de peligro inminente con pánico. El ritmo cardíaco y la frecuencia de la respiración suelen acelerarse, pudiendo notarse palpitaciones. También pueden presentarse sudoración y temblores. Los pacientes con ansiedad suelen tener problemas para conciliar el sueño y concentrarse en la realización de sus tareas diarias.

Como los síntomas son muy poco específicos, en ocasiones las manifestaciones de la ansiedad pueden confundirse con otras enfermedades, como por ejemplo enfermedades cardíológicas (las arritmias cardíacas pueden presentarse como palpitaciones), endocrinológicas (la bajada de azúcar en sangre de los diabéticos puede manifestarse con palpitaciones y sudoración), respiratorias (como descompensación de una enfermedad respiratoria previa) y muchas otras enfermedades.

Cuando estos síntomas se manifiestan de una manera intensa y continuada pueden dar lugar al ataque de pánico. La persona que lo padece tiene los síntomas referidos de una manera exaltada y puede tener sensación de muerte inminente.

Como la ansiedad es un problema frecuente, debería consultarse al médico cuando la preocupación por lo que ocurre es importante y cuando la ansiedad interfiera en nuestra vida diaria.

La prevención de la ansiedad está basada en mantener una vida activa que nos haga sentir bien con nosotros mismos, fomentando la interacción social. Practicar técnicas de relajación nos ayudará a mantener un buen equilibrio mental.

Las personas con trastornos de ansiedad pueden tener tendencia a incrementar el consumo de alcohol o drogas de abuso, que pueden empeorar el problema.

El tratamiento con medicamentos debe ser siempre indicado por un médico.



Francisco Epelde

Coordinador de la Unidad de Estancia Corta
Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)
Profesor Asociado del Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



La ansiedad es un trastorno muy común. Al menos un 3% de las personas han tenido un problema de ansiedad.



El enfermo con ansiedad debe consultar con su médico cuando este problema interfiera con su vida normal.



La manifestación de la ansiedad es muy variada y puede confundirse con otras enfermedades cardiacas, respiratorias, endocrinológicas o neurológicas.



La vida activa, el deporte y el aumento de las relaciones sociales ayudan a prevenir la ansiedad.



Una de las manifestaciones mas graves de la ansiedad es el ataque de pánico: el paciente tiene una sintomatología exagerada con sensación de muerte inminente.



Evite la automedicación. Es aconsejable una valoración correcta por un médico antes de tomar cualquier tipo de medicamentos.



Las técnicas de relajación son muy útiles para la prevención y tratamiento de la ansiedad.



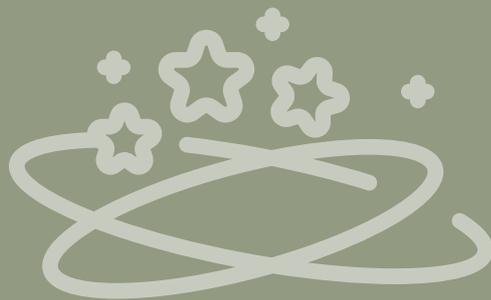
La ansiedad por sí misma no es mala, es un mecanismo normal que nos ayuda a solucionar problemas. Cuando la ansiedad no puede controlarse o aparece sin un estímulo justificado puede considerarse un problema de salud.



El consumo excesivo de alcohol y drogas en los pacientes con ansiedad, pueden empeorar su problema.



Para prevenir la ansiedad debe evitarse la acumulación de estrés psicológico.



El vértigo es un trastorno del equilibrio en el que la persona que lo padece tiene una sensación de movimiento sin que en realidad exista, es como una alucinación del movimiento, y se debe a una alteración del sistema vestibular (alojado en el oído interno y cuyo centro neurológico está en el tronco del encéfalo). Se distingue del mareo en que el mareo es un trastorno del equilibrio no siempre relacionado con este. Es muy frecuente y se describe que hasta un 80% de la población ha tenido un vértigo en algún momento.

El mareo es una alteración del equilibrio también, en el que englobamos sensaciones desagradables de vacío en la cabeza, inseguridad e inestabilidad, sensación de malestar y de desmayo inminente, acompañado todo ello de náusea y vómito, sudoración fría y palidez.

Los vértigos se pueden clasificar de muy diversas formas. Una de ellas se basa en la localización de la enfermedad que lo causa y los divide en periféricos y centrales.

- El **vértigo periférico** es el causado por la afectación del laberinto y del nervio vestibular, y es el más frecuente. Los pacientes suelen presentar además pérdida de audición y zumbidos, presión y dolor en el oído.
- El **vértigo central** es debido a la alteración de los mecanismos neurológicos del propio sistema vestibular.

Los más frecuentes son los que afectan al oído medio, que pese a ser muy incapacitantes suelen tener mejor pronóstico.

En el caso de sufrir episodios de vértigos, es recomendable tomar las siguientes precauciones:

1. Acuéstese inmediatamente en una habitación tranquila y con poca luz cuando aparezcan los síntomas, trate de no moverse y tumbese de inmediato.
2. Tenga mucha precaución al caminar. Las probabilidades de caída son altas durante un episodio de vértigo. Si es necesario, pida ayuda a otra persona para desplazarse.
3. Mueva la cabeza despacio. Hágalo con mucho cuidado, con el fin de no exacerbar los síntomas.
4. Evite cambios bruscos de posición.



Francisco Epelde

Coordinador de la Unidad de Estancia Corta
Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)
Profesor Asociado del Departamento de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



El vértigo no es lo mismo que el mareo.



Los vértigos se clasifican en centrales o periféricos, siendo estos últimos los más frecuentes y menos graves.



El vértigo es un problema muy frecuente, ya que un 80% de la población ha padecido uno en su vida.



El tratamiento farmacológico del vértigo periférico es muy discutido; no obstante, pueden utilizarse algunos fármacos como los antihistamínicos para mejorar la sintomatología.



La mayoría de las crisis de vértigo pueden ser diagnosticadas por el propio paciente y debería consultar con su médico si la clínica empeora o no mejora.



Pese a ser muy molesto e invalidante, la gran mayoría de los casos son benignos y mejoran sin problemas en pocos días.



Para su diagnóstico no suelen ser necesarias exploraciones complejas. La mayoría de los casos se pueden diagnosticar solo con la entrevista médica.



En algunos casos seleccionados la rehabilitación vestibular podría ayudar a que los episodios de vértigo sean menos frecuentes.

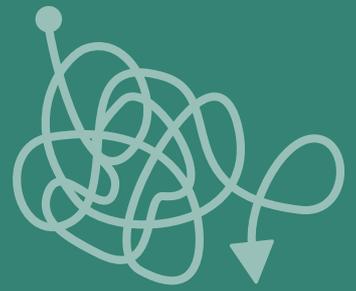


En la edad geriátrica es habitual la expresión del vértigo en forma de inestabilidad, mareo o desequilibrio en la marcha. Existen trastornos concretos, frecuentes en esta edad, que presentan características específicas, como el vértigo posicional paroxístico benigno, que se convierte en más frecuente a medida que avanza la edad.



Cuando aparece el vértigo, el reposo es fundamental.

Final de la vida



El final de vida es el periodo previo a la muerte, cuando esta se produce de forma gradual y no súbita. Puede durar desde horas hasta incluso varios días (7-10 días). Es uno de los acontecimientos más importantes de la vida y uno de los más difíciles de afrontar, puesto que nadie nos prepara para ello. El objetivo de los equipos de **cuidados paliativos** es aliviar el sufrimiento, protegiendo la dignidad del paciente. Para ello, intervienen sobre la esfera física, emocional, social y espiritual, tanto del paciente como de su familia.

Identificar esta etapa de la vida permite evitar tratamientos y pruebas innecesarias, manteniendo solo aquellas actuaciones enfocadas a preservar el bienestar del paciente. Además, permite al paciente y a sus familiares hacer una gestión adecuada del tiempo.

Los síntomas físicos que pueden aparecer son el deterioro físico intenso, debilidad extrema, somnolencia, agitación, pérdida de apetito, dolor, ahogo y náuseas.

Un fenómeno frecuente en el final de vida es el conocido como **pacto de silencio**. La familia puede pensar que no informar al paciente le evita más sufrimiento. Sin embargo, negar la realidad puede provocar en el paciente un sentimiento de soledad, aislamiento, falta de confianza, ansiedad y miedo, o incluso negar la posibilidad de cerrar asuntos pendientes.

El paciente tiene derecho a la información, pero también a no ser informado si así lo manifiesta, y solo él puede renunciar a dicho derecho. El equipo sanitario deberá tener la habilidad de explorar cuánta información necesita y en qué momento la necesita. Esto dará la oportunidad al paciente de expresar sus miedos, preocupaciones, preferencias y necesidades sociales, culturales, religiosas y espirituales.

Cuando los medicamentos a nuestro alcance no son capaces de aliviar un síntoma, se plantea la posibilidad de realizar un procedimiento conocido como **sedación paliativa**. Consiste en administrar medicamentos para asegurar su confort y bienestar, aunque sea a expensas de disminuir su nivel de conciencia (dormirlo). El objetivo no es que el paciente fallezca, sino que esté lo más cómodo posible hasta que el final llegue de forma natural.



María Jimeno Ariztia

Especialista en Medicina Interna, máster en Cuidados Paliativos
Cuides UIC Barcelona
Clínica Universitaria de Apoyo en Enfermedades Avanzadas y
Cuidados Paliativos, Barcelona

10 puntos clave



En esta etapa el objetivo de comer no debe ser nutrirse sino un placer, ya que no influirá en la evolución de la enfermedad. Se recomienda ofrecer alimentos de su agrado y si los rechaza no insistir.



Una vez el paciente esté sedado, recordar crear un ambiente tranquilo con luz tenue y sin ruidos. Gestionar el número de visitas evitando coincidir muchas personas al mismo tiempo.



Es posible que no puedan ingerir líquidos o no tengan sed. El objetivo no es la hidratación, sino el confort. Se recomienda ofrecer trocitos de hielo, helado, agua fría o zumos. Si no quiere beber, ofrecer gasas húmedas para aliviar la sequedad de boca.



Aunque parezca desconectado del entorno, escuchar la voz de sus personas más cercanas y sentir su contacto físico le transmitirá tranquilidad y serenidad.



Los opioides (morfina, fentanilo, oxycodona) son medicamentos imprescindibles para el control del dolor y del ahogo. Es importante saber que los opioides no aceleran la evolución natural de la enfermedad, ni tampoco adelantan la muerte.



En caso de fiebre se recomienda aplicar paños húmedos con agua fría en la frente y ventilar la habitación.



Los pacientes pueden parecer confundidos, no recordar dónde están e incluso no reconocer a sus familiares. Cuando se acerque al paciente recuérdale su nombre, no le obligue a adivinarlo. Puede ayudarle dejar un reloj de mesa, o una luz tenue encendida por la noche.



En las horas previas a la muerte se puede producir un ruido al respirar (como si tuviera líquido en el pecho). El paciente, al estar dormido, no los percibe. Cambiarle de posición (de lado) puede ayudar a disminuirlos.



Los pacientes en final de vida pueden sentirse extremadamente cansados a pesar de apenas moverse de la cama. Es esperable que pasen horas durmiendo o con los ojos cerrados.



La forma de respirar puede volverse irregular, con periodos sin respiración que pueden durar varios segundos (pausas respiratorias), seguidos de otros en los que la respiración sea más rápida. Es un síntoma esperable en el final de vida y el paciente no lo percibe.

Cuidados paliativos



Los cuidados paliativos son cuidados especializados que se centran en ofrecer a los pacientes alivio del dolor y de otros síntomas de una enfermedad grave.

Los equipos de cuidados paliativos se orientan en mejorar la calidad de los pacientes y sus familias, sin acortar ni alargar la vida.

Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, la valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Se pueden realizar al mismo tiempo que el tratamiento específico de la enfermedad. Recibir cuidados paliativos no implica que el paciente se esté muriendo. En este tipo de atención se considera de forma activa a la familia durante el proceso y se prolonga después en el acompañamiento en el duelo.

Se puede ofrecer a las personas de cualquier edad que padecen enfermedades graves, en fase avanzada, que limitan su esperanza de vida. Puede ayudar a adultos y niños a convivir con enfermedades como el cáncer y también con otras enfermedades no oncológicas, como las neurológicas, cardíacas, respiratorias, hepáticas y renales.

Los equipos de Cuidados Paliativos suelen estar formados por distintos profesionales sanitarios, para proporcionar una atención integral. Cada equipo puede ser diferente y pueden participar distintos profesionales médicos: Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia y Farmacia. Los voluntarios y los asesores espirituales son personal no sanitario que también colaboran con los equipos.

El lugar donde se puede realizar la asistencia paliativa puede ser desde el domicilio del enfermo, centros residenciales, centros de Atención Primaria y hospitales hasta centros sociosanitarios de media estancia especializados en cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son un derecho de todos los ciudadanos y es responsabilidad de los gobiernos integrarlos en los sistemas de salud y asegurar su accesibilidad.



Gema Flox Benítez

Especialista en Medicina Interna
Unidad de Cuidados Paliativos
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

10 puntos clave



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año y tan solo el 14% los reciben.



Se pueden recibir al mismo tiempo que el tratamiento específico de la enfermedad y no se limitan a la fase final de la vida.



El 34% de las personas que los utilizan tienen cáncer.



Los Cuidados Paliativos reconocen la muerte como un proceso natural de la vida, ni la adelantan ni la retrasan.



En 1967, la Dra. Cicely Saunders abrió en Inglaterra la primera unidad de Cuidados Paliativos.



Se centran en la persona enferma, respetando su autonomía y sus valores.



Buscan el alivio del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual del paciente y la familia.



Ayudan a la participación en la toma de decisiones según las preferencias y deseos del enfermo, al proporcionar información comprensible, continua y adaptada según el curso de enfermedad.



La asistencia paliativa alcanza su mayor eficacia cuando se considera en una etapa temprana en el curso de la enfermedad.



Se prolongan durante el duelo.

Diarrea



La diarrea es la aparición de deposiciones líquidas o blandas con una frecuencia aumentada, habitualmente más de 3 veces al día.

Se divide en **aguda**, cuando dura menos de 2 semanas; **persistente**, entre 2 y 4 semanas, y **crónica**, si dura más de 4 semanas.

Es una enfermedad muy frecuente. A nivel mundial, más de 1000 millones de personas tienen uno o más episodios de diarrea aguda cada año.

Si hablamos de la diarrea aguda, más del 90% de las veces está causada por una infección, ya sea un virus, una bacteria o un parásito que invaden o agreden a las células de nuestro sistema digestivo. En estos casos suele acompañarse de otros síntomas, como vómitos, fiebre o dolor abdominal. El 10% restante puede estar causada por medicaciones, intoxicaciones, falta de irrigación sanguínea o indigestiones, entre otras causas.

El principal riesgo de la diarrea aguda es la deshidratación. La mayoría de los episodios se resuelven sin tratamiento. Si hay riesgo de que la pérdida de líquidos sea mayor a la ingesta, se debe acudir al médico. También se debe buscar asistencia si la diarrea se acompaña de deposiciones con moco o sangre, o fiebre alta, o se trata de una persona inmunodeprimida o con factores de riesgo. En algunas ocasiones puede ser necesario el uso de antibióticos si se demuestra una bacteria patógena o un parásito.

Respecto a la diarrea crónica, es necesaria su valoración médica para descartar una enfermedad subyacente, sobre todo si esta se acompaña de pérdida de peso. Las causas de una diarrea crónica pueden ser muy variadas: efectos adversos de medicamentos o de intervenciones quirúrgicas, alteraciones hormonales, malabsorción de carbohidratos (como la intolerancia a la lactosa), enfermedad celíaca, enfermedades inflamatorias intestinales (como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa) o inmunodeficiencias, entre otras.

La forma más eficaz de prevención es evitar una posible infección o intoxicación. Para ello, es de vital importancia la higiene, principalmente el lavado de manos. También se debe evitar consumir agua no analizada y leche no pasteurizada, así como la ingesta de verduras y carnes crudas en medios sin controles de sanidad.



Álvaro Alejandro de Oña

Especialista en Medicina Interna
Hospital de Manises, Valencia

10 puntos clave



La diarrea aguda infecciosa es una de las mayores causas de mortalidad de países en desarrollo, con 1,8 millones de muertes al año.



La diarrea es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años a nivel mundial.



La mayoría de las diarreas infecciosas se adquieren por ingesta de comida o agua contaminada con heces humanas o animales.



Dos afecciones que se pueden confundir con la diarrea son la pseudodiarrea y la incontinencia fecal. La primera es un número de deposiciones aumentado de escasa cantidad, y la segunda, la deposición involuntaria. En ambos casos la cantidad total de deposiciones diarias está aumentada.



Los tratamientos antibióticos pueden disminuir nuestra microbiota y dejar que crezcan bacterias patógenas, como el *Clostridioides difficile*, que puede provocar un tipo de diarrea especialmente grave.



En nuestro medio se pueden distinguir cinco grupos de riesgo de diarrea aguda: viajeros, ingesta de ciertos alimentos, inmunodeprimidos, niños que acuden a guarderías o sus familiares y pacientes ingresados en centros sociosanitarios u hospitales.



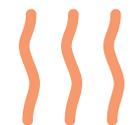
Una persona adulta produce de forma diaria menos de 200 gramos de deposiciones. Una cantidad mayor, se asocia con diarrea.



En nuestro propio intestino viven más de 500 especies de bacterias diferentes que forman la microbiota fecal. Esta microbiota no suele ser causa de diarrea, sino que impide el crecimiento de microorganismos patógenos.



Existe una escala, llamada **escala de Bristol**, que permite clasificar de forma visual la consistencia de las deposiciones. La escala va del 1 al 7, siendo el 1 la deposición más dura y la 7 la más líquida.



La deshidratación se manifiesta con síntomas como sed, disminución del sudor, hipotensión, sequedad y orina escasa. Si es muy grave, puede aparecer disminución del nivel de consciencia, hipotensión grave o un *shock*.

Hemorroides



Las hemorroides son venas congestionadas que se asientan en el recto.

Es una patología muy frecuente dentro de la población general, y se encuentra en un 30-50% de esta población general. Suele aparecer entre los 25 y los 55 años, y son raras en pacientes menores de 15 años.

Nos referimos a **hemorroides internas** cuando estas se localizan dentro del canal anal, mientras que nos referimos a **hemorroides externas** cuando se localizan en la superficie del ano.

Aunque no siempre producen síntomas, en ocasiones pueden producir picor, dolor y sangrado.

Si las hemorroides no producen sintomatología, no siempre es necesario recibir atención médica. Sin embargo, en aquellos casos en los que sí la producen, es aconsejable acudir al médico para valorar opciones de tratamiento.

Hay que prestar especial atención al sangrado, ya que, aunque puede ser secundario a las hemorroides, también puede ser secundario a otras enfermedades que requieren estudios más específicos.

Para prevenir la aparición de las hemorroides es muy importante tener un tránsito intestinal regular, teniendo deposiciones diarias, y evitar realizar mucha presión y permanecer mucho tiempo en el inodoro.

Es recomendable una dieta rica en frutas, verduras y alimentos que contengan fibra. También puede ser útil el uso ocasional de laxantes.

En caso de que las hemorroides produzcan sintomatología, existen diferentes medicamentos que pueden ayudar a mejorar los síntomas, como pueden ser cremas o fármacos conocidos como **venotónicos**. Los **baños de asiento con agua tibia** también pueden ayudara mejorar las molestias relacionadas con las hemorroides.

En caso de que con las medidas anteriores los síntomas persistan o se produzca un sangrado importante, es recomendable solicitar valoración por un cirujano del aparato digestivo para plantear un posible tratamiento quirúrgico de las hemorroides.



Salvador Martín Cortés

Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga

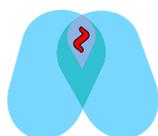
10 puntos clave



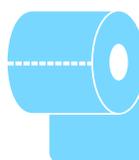
Las hemorroides son una patología muy frecuente y benigna del canal anal.



Aunque uno de los síntomas principales es el sangrado digestivo, es necesario consultar con profesionales sanitarios que descarten otras causas posibles del mismo.



Aunque existen factores genéticos predisponentes, los factores de riesgo más relacionados con la aparición de hemorroides son la bipedestación prolongada, el estreñimiento, el embarazo y el parto.



En caso de hemorroides sintomáticas, el uso del papel higiénico tras la defecación puede irritar y favorecer los síntomas. Es mejor realizar baños de asiento con agua templada o el uso de toallitas higiénicas.



Una dieta equilibrada basada en fruta, verdura y alimentos ricos en fibra ayudan a evitar sintomatología derivada de las hemorroides. Evitar la cafeína, el alcohol y los alimentos picantes también previene su aparición.



En líneas generales el tratamiento médico y las medidas higiénico-dietéticas suelen ser suficientes para mejorar la sintomatología de las hemorroides.



El diagnóstico de las hemorroides es clínico, mediante una sintomatología compatible y una exploración física adecuada sin que sean necesarios otros procedimientos diagnósticos.



Aunque en la mayoría de los casos las hemorroides tienen un curso benigno, pueden producirse complicaciones en aquellas que son sintomáticas, siendo las principales la anemia, debido a las pérdidas sanguíneas, y la trombosis hemorroidal que, aunque no es peligrosa, puede producir dolor intenso que precise de atención sanitaria.



Las hemorroides internas se clasifican en cuatro grados en función de la distancia de la que protruyen el canal anal y si se reducen de forma espontánea o no.



El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas hemorroides muy sintomáticas y se basa en la extirpación de los plexos venosos hemorroidales.

Astenia crónica



La astenia es la sensación subjetiva mantenida de falta de energía o vitalidad. Puede repercutir en el ritmo de vida, obligando a reducir las actividades habituales físicas o intelectuales, e interferir a nivel emocional. Sinónimos de la astenia son: cansancio, debilidad, agotamiento o fatiga.

Es un síntoma muy frecuente y puede estar desencadenado por muchas enfermedades orgánicas, algunos tratamientos, consumo de tóxicos, alteraciones del estado de ánimo, embarazo, mal descanso nocturno, exceso de trabajo, etc. Cuando la astenia es intensa y no mejora o interrumpe el sueño, tiene más probabilidad de relacionarse con una enfermedad grave de base. Sin embargo, en estos casos suele acompañarse de otros síntomas como: pérdida de peso considerable involuntaria, fiebre persistente, toser o vomitar sangre, heces con sangre o negras, ahogo de causa inexplicada, etc.

Es importante para el médico poder establecer el tiempo en el que se ha instaurado la astenia, ya que algunas causas son más probables que otras según su duración. En más del 65% de los casos es posible identificar la causa. Para ello es necesario realizar visitas médicas, acompañadas de una exploración física y, en casos seleccionados, exámenes complementarios. Los pacientes sin causa evidente necesitarán un seguimiento y, tras varias semanas, podrían requerir nuevas pruebas de control.

El diagnóstico de síndrome de astenia crónica incluye criterios estrictos y solo unos pocos pacientes pueden concluir con este diagnóstico. Se aconseja valoración estrecha por un médico experto o unidades especializadas.

El manejo de la astenia es complejo. Si es posible identificar la causa, esta debe ser tratada. En los casos en los que no se ha detectado, se puede recomendar tratamiento médico, psicológico o incluso ejercicio leve a moderado.

Es posible realizar una prevención mediante una vida sana y dieta equilibrada, evitando el sedentarismo, el tabaco, el alcohol y el consumo de drogas, así como estando predispuesto y optimista.



Berenice Noelia Otero

Consorci Sanitari Terrassa, Terrassa, Barcelona



Gemma Ortiz Llauradó

Servicio de Medicina interna
Hospital de Terrassa, Terrassa, Barcelona

10 puntos clave



La astenia es una sensación subjetiva y no siempre es necesario realizar pruebas complementarias.



Es altamente recomendable que un médico de confianza haga un seguimiento. Evita múltiples consultas a diferentes especialistas para los cuales la astenia suele ser un factor de confusión.



En la medida de lo posible se recomienda cautela y valorar acudir a un médico en caso de que la sensación sea persistente o dificulte las actividades habituales, o en caso de presentar síntomas de alarma.



No existen tratamientos infalibles y pueden persistir síntomas residuales.



Es muy importante aprender a conocerse y saber dónde está el límite del esfuerzo físico de cada uno.



Una buena prevención consiste en mantener hábitos saludables, en la medida de lo posible.



No debe confundirse astenia con una necesidad incontrolable de dormir durante el día; las causas suelen ser de otra índole.



Si cuidamos de nuestro entorno y mantenemos una predisposición optimista, el pronóstico suele ser favorable.



Suele ser más frecuente en pacientes de sexo femenino.



Se recomienda seguir los programas de cribado de cáncer colorrectal y cáncer de mama en la población general, así como revisiones ginecológicas periódicas.

42 Anticoagulación



Este capítulo pretende difundir los beneficios del tratamiento con anticoagulantes y aclarar dudas sobre él, conociendo aspectos que podrán reducir el riesgo de complicaciones.

Los anticoagulantes modifican la sangre haciéndola más líquida, lo que previene la formación del coágulo en los vasos sanguíneos para que no se produzca una trombosis o una embolia. Los fármacos disponibles vía oral son acecumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®) y anticoagulantes de acción directa (ACOD) como apixabán (Eliquis®), edoxabán (Lixiana®), rivaroxabán (Xarelto®), dabigatrán (Pradaxa®). Además, existen las heparinas como Clexane®, Hibor®, Fragmin® e Innohep®, que son de inyección subcutánea.

¿Qué pacientes deben tomarlos? Los que han experimentado trombosis venosa en las piernas o embolia pulmonar, los que tienen válvulas enfermas en el corazón, los portadores de prótesis valvulares mecánicas en corazón, los que presentan alteraciones genéticas de coagulación, personas que han padecido un infarto agudo de miocardio y pacientes con arritmias cardíacas tipo fibrilación auricular. El control analítico se realiza midiendo los tiempos de coagulación (TP-INR) y tienen un objetivo variable para cada indicación terapéutica.

Las dosis son independientes para cada paciente y pueden tener interacciones con alimentos como las espinacas, el brócoli, el repollo, la lechuga romana, las endibias, la col rizada, la remolacha, los espárragos y algunas clases de soja fermentada. Estos alimentos no están prohibidos, pero deben ser controlados en la dieta. Además, hay muchos fármacos que pueden potenciar el efecto del tratamiento anticoagulante (Sintrom®) como antiarrítmicos, amiodarona, antibióticos, tetraciclinas y cloranfenicol. Otros disminuyen el efecto del Sintrom®, como los barbitúricos y los anticonceptivos orales.

La complicación más frecuente es la hemorragia. Las más comunes son por las encías (gingivorragias), por la nariz (epistaxis), por la boca (esputos con sangre), por la orina (hematuria), así como hemorragias digestivas y vaginales (metrorragia), y hematomas. Se recomienda que advierta que se encuentra en tratamiento con anticoagulantes si requiere una cirugía o extracción dental.

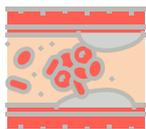
Si usted es mujer en edad fértil debe saber que si desea tener hijos mientras esté en tratamiento con anticoagulantes es necesario que se lo comunique a su hematólogo para que le recomiende cómo actuar.



Karen Tinoco Gómez

Médico especialista en Medicina interna
Hospital universitario general de Cataluña
Sant Cugat del Vallés, Barcelona

10 puntos clave



Coágulo es una masa sólida de sangre. **Trombo** es cuando un coágulo tapona una vena o una arteria. **Émbolo** es un coágulo que pasa a otras partes del cuerpo. Cuando el émbolo tapona una vena o arteria, se produce una embolia.



Cuando viaje, lleve su calendario de tratamiento y lleve las pastillas necesarias para los días que se vaya de viaje.



Es importante que el paciente anticoagulado acuda a Urgencias si tiene un golpe o accidente directo sobre la cabeza, por el riesgo de hemorragia intracraneal incrementado.



Si tiene otra enfermedad y experimenta fiebre, diarrea o muchos vómitos, debe acudir al médico.
No abandone la medicación sin consultar antes con su médico.



RECUERDE

- NO ponerse inyecciones en los músculos.
- NO tomar medicamentos no prescritos por un médico.



Si tiene estreñimiento, dígaselo al médico, porque puede producir heridas y sangrados. No use laxantes por su cuenta.



VIGILANCIA sobre hemorragias, mareos, tensión baja o cansancio.



Se desaconseja el embarazo por el riesgo para el feto de malformaciones y hemorragias y porque aumenta el riesgo de trombosis para la madre.



No abuse de bebidas alcohólicas, porque pueden alterar seriamente el control.



Realice una vida normal, lo más regular y ordenada posible, sin cambios bruscos de hábitos.

43 Telemedicina



Hablamos de telemedicina para referirnos a cualquier acto médico no presencial que pone en contacto al paciente con el profesional sanitario utilizando tecnologías digitales de la información y la comunicación (TIC).

Gracias al uso de nuevas TIC ahora es posible realizar consultas de enfermedades leves de forma no presencial, atender a pacientes crónicos durante episodios de agudización, realizar un triaje de las patologías urgentes que deben ser remitidas a los servicios de Urgencias, realizar telemonitorización o medición continua en remoto de constantes vitales durante la hospitalización a domicilio, consultas *online* entre distintos especialistas, resolución de dudas sobre tratamientos a pacientes crónicos (educación sanitaria) o prescripción electrónica en remoto.

Se podrían diferenciar algunos tipos de teleasistencia según su objetivo: teleconsulta, telemonitorización, teleformación, telerrehabilitación, etc.; también según la tecnología utilizada: llamada telefónica, correo electrónico, videoconferencia, chat...; o según el momento de realización: sincrónica (coinciden ambos interlocutores en el tiempo), asincrónica (no coinciden en el tiempo). Dado que el canal de comunicación no presencial puede resultar extraño tanto para el paciente como para el médico, es recomendable seguir estos consejos:

- Preparar la teleconsulta antes de que se produzca.
- Informarse de los requisitos técnicos necesarios para la videoconsulta (si fuera el caso).
- Tomar notas previas de su estado de salud para mostrarlas durante la entrevista.
- Confirmar la seguridad del canal de comunicación, preferiblemente mediante un consentimiento informado oral o escrito.
- Transmitir al médico los mensajes de forma ordenada y expresar las dudas que surjan durante la entrevista.
- Asegurar el canal de comunicación más adecuado tras la teleconsulta, quizás mediante mensajería asíncrona o concertando una nueva cita presencial o en remoto.
- Aprender los posibles signos de alarma de su enfermedad y comprender cómo actuar si empeora.

En la actualidad, la atención remota se centra en consultas telefónicas y e-consultas entre profesionales y se están instaurando de forma progresiva las videollamadas y otras formas de teleconsulta (*chatbots*, webs interactivas, etc.). Los estudios de investigación sobre telemedicina muestran que reduce el tiempo de consultas, evita desplazamientos innecesarios de pacientes y profesionales, facilita la asistencia en zonas alejadas y reduce costes.



Ismael Said Criado

Servicio de Urgencias, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo
Coordinador del Subgrupo de Trabajo de Nuevas
Tecnologías de la Sociedad Española de Medicina Interna

10 puntos clave



La clave para usar eficientemente la telemedicina es seleccionar la metodología y las tecnología adecuadas, en cada momento, según las necesidades del paciente.



La telemedicina mejora la atención al paciente pero no debería competir con la consulta presencial, sino complementarla.



La telemedicina mejora los resultados en salud si se integra en un proceso asistencial bien coordinado.



Las personas con bajas competencias digitales no son candidatos adecuados para una consulta de telemedicina, aunque en la mayoría de los casos pueden disponer de un cuidador con competencias digitales suficientes para participar en programas de teleasistencia o teleconsultas de seguimiento que podrían evitar desplazamientos del paciente a su centro sanitario.



Los requisitos básicos necesarios para realizar una teleconsulta son: espacio tranquilo en el que se pueda mantener la confidencialidad, un ordenador con audio y vídeo (si se trata de una videoconsulta), conexión a internet rápida y estable con suficiente banda, y dirección de correo electrónico personal.



Las preguntas que podría tener que responder durante una teleconsulta son: ¿Cómo se encuentra? ¿Hay alguna novedad en su clínica? ¿Desde cuándo? ¿Ha aparecido algún signo de alarma? ¿Ha tenido que acudir a Urgencias desde la última vez? ¿Se ha realizado alguna exploración complementaria? ¿Tiene alguna duda con el plan terapéutico? ¿Tomó correctamente su medicación? ¿Sigue unos hábitos de vida saludable? ¿Tiene alguna duda? ¿Ha entendido todo lo que hemos comentado? ¿Está de acuerdo con que la próxima visita se realice en formato de teleconsulta?



Todo paciente con competencia digital puede beneficiarse de la telemedicina. Para seleccionar al paciente con competencias digitales, se recomienda usar test específicos como el cuestionario Cambados.



Es recomendable que los pacientes que se benefician de la telemedicina tengan conocimientos sobre aplicaciones móviles de salud, para saber gestionar aplicaciones de telemonitorización, acceder a contenido educativo audiovisual por internet y tener habilidades en comunicación digital.



Tanto pacientes como profesionales sanitarios deben tener conocimiento básico de los aspectos éticos y legales aplicables a la atención remota.



Para más información, puede acceder a guías realizadas por algunas sociedades científicas españolas como la Sociedad Española de Cardiología o de la Sociedad Española de Endocrinología.

Envejecimiento



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento se inician varios años antes de la aparición de los signos externos.

Asistimos a un envejecimiento poblacional. En el año 2050, la población mundial de personas mayores de 60 años se habrá duplicado (2100 millones).

Han surgido muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento. La mayoría aboga por un proceso acumulativo de interacciones entre factores intrínsecos relacionados con fenómenos genéticos (no todas las personas son iguales al envejecer y algunos genomas resisten mejor que otros el paso del tiempo) y extrínsecos (entorno social, características culturales, dieta, ejercicio, tóxicos, enfermedades previas y muchos otros). Todas las células experimentan cambios y muchas pierden su capacidad funcional o bien inician un proceso de funcionamiento anormal. Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, los pulmones y los riñones.

No hay una edad concreta en la que empezemos a experimentar los cambios del envejecimiento; algunas personas envejecen más deprisa que otras, teniendo los mismos años, por lo que distinguimos entre edad cronológica y biológica. La edad cronológica son los años del DNI, mientras que la edad biológica se refiere a los cambios que sufre nuestro organismo con el paso de los años.

Envejecer es el principal factor de riesgo para la mayoría de enfermedades crónicas, y los problemas de salud son la principal causa de discapacidad y pérdida de independencia. El proceso de envejecimiento implica también la aparición de lo que conocemos como síndromes geriátricos.

El envejecimiento es un proceso inevitable. La prevención debe ir dirigida a disminuir las posibilidades de acumular enfermedades crónicas a través de estilos de vida saludables y con el fin de añadir calidad de vida a los años. El reto es el envejecimiento óptimo.



Isabel Torrente Jiménez

Especialista en Medicina Interna
Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Barcelona
Profesora Asociada de la Universitat Autònoma de Barcelona

10 puntos clave



El envejecimiento es una situación biológica normal, progresiva, heterogénea e irreversible que forma parte de la vida.



Es inevitable sufrir cambios en nuestro organismo como consecuencia del paso de los años; es lo que consideramos el **envejecimiento normal o fisiológico**, que es el esperado para cada persona en su tramo de edad; generalmente se conserva un adecuado nivel de autonomía, permitiendo mantener la capacidad de relación con el medio social.



Cuanto más añosos somos, más posibilidades tenemos de desarrollar alguna enfermedad. El **envejecimiento patológico** se caracteriza por la suma de alguna enfermedad que acelera el proceso de envejecimiento y que suele generar algún grado de discapacidad.



Mantener hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física y abstenerse de consumir tabaco, contribuye a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y a retrasar la dependencia.



El **envejecimiento saludable** hace referencia a la ausencia de enfermedades y a la presencia de adecuada capacidad funcional.



Existe en cada individuo un punto de inflexión o umbral a partir del cual disminuye la capacidad de adaptación, haciéndolo más vulnerable a las agresiones externas; es lo que entendemos por **fragilidad**. Se asocia a una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud.



Un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas. El **envejecimiento activo** permite que las personas realicen su potencial de **bienestar físico y social**.



La **edad psicológica** se refiere a cómo se comportan y se sienten las personas. El cómo afrontamos mentalmente el envejecimiento influye en gran medida en la calidad de vida que tendremos durante esta etapa.

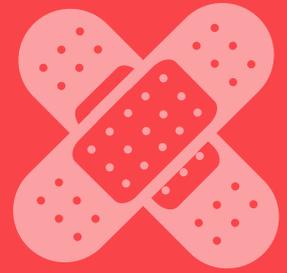


El proceso de envejecimiento, sobre todo si asocia enfermedad, puede traer consigo la aparición de lo que llamamos **síndromes geriátricos**. Algunos de ellos son: inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia, desnutrición, alteraciones en vista y oído, estreñimiento, depresión, insomnio, fragilidad y polifarmacia.



Las actitudes **edadistas** (discriminatorias por edad) empobrecen la salud física y mental de las personas mayores, además de reducir su calidad de vida.

Comorbilidades / Pluripatología



Hablamos de comorbilidad cuando una patología acompaña a otra enfermedad principal; por ejemplo, un paciente con un infarto agudo de miocardio, enfermedad principal, sufre además, con frecuencia, hipertensión arterial y diabetes *mellitus*. En este caso, la hipertensión y la diabetes son comorbilidades, y es imprescindible un adecuado tratamiento de estas para el paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio.

Un paciente pluripatológico es el que tiene dos o más enfermedades crónicas complejas, que evolucionan a lo largo de los años, de un grupo de enfermedades que se caracterizan por producir un deterioro de la calidad de vida del paciente que las padece. Estas enfermedades son la cardiopatía isquémica, los infartos cerebrales, la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardiaca crónica o las enfermedades pulmonares crónicas cuando producen sensación de falta de aire al caminar en llano, las enfermedades neurológicas crónicas que producen limitaciones para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria o deterioro en la capacidad mental, o los tumores que no tienen tratamiento curativo, entre otras.

La presencia de dos o más de estas patologías de forma simultánea agravan la situación del paciente y pueden conducir a una pérdida progresiva de capacidad para realizar actividades cotidianas como vestirse, asearse, comer solo o caminar.

En un paciente pluripatológico, además de evaluar la situación clínica de cada enfermedad, es muy importante realizar una valoración global de otros aspectos que pueden influir en el bienestar del paciente: preguntar por las actividades cotidianas que puede realizar solo y para cuales necesita ayuda, ver si el paciente tiene una alimentación adecuada y está bien nutrido (muy importante para tener la fuerza muscular imprescindible para caminar), detectar problemas en el estado de ánimo o si hay alteraciones en la memoria, que pueden hacer que el paciente se olvide de tomar la medicación.

También hay que conocer con quién vive y el apoyo social que tiene, porque a menudo estos pacientes necesitan ayuda en su vida diaria. Tras esta valoración completa, el equipo asistencial de Atención Primaria y el internista pueden conocer cuáles son los problemas y las necesidades prioritarias para cada paciente concreto y acordar con él y su familia o cuidador un plan global de tratamiento que incluya, además de los fármacos más adecuados, recomendaciones de dieta y ejercicio, o actividades que permitan mantener activo el cuerpo y la mente.



Pilar Cubo Romano

Jefa de Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid
Coordinadora del Grupo de Trabajo de Paciente Pluripatológico y
Edad Avanzada de la Sociedad Española de Medicina Interna

10 puntos clave

La pluripatología puede aparecer a cualquier edad, pero aumenta de forma progresiva con la edad. 5 de cada 10 pacientes que acude a revisión en su centro de salud son pluripatológicos.



Los pacientes pluripatológicos tienen que tomar muchos fármacos. Es importante revisar periódicamente el tratamiento y retirar aquellos fármacos que han dejado de ser beneficiosos.



Es muy frecuente que los pacientes pluripatológicos tengan que ingresar en el hospital. La mitad de los pacientes ingresados en unidades de Medicina Interna son pluripatológicos.



Si el paciente tiene dificultad para cumplir el tratamiento, debe comentarlo con su médico o enfermera, que realizarán cambios para que sea más sencillo o podrán recomendarle el uso de pastilleros o aplicaciones móviles con alarmas que le recuerden las tomas.



El paciente pluripatológico tiene síntomas de cada una de las enfermedades que padece y, además, con frecuencia pueden producirse descompensaciones, esto es, que aparecen síntomas nuevos o empeoran los que ya tiene,



Es muy importante que un paciente pluripatológico tenga una dieta adecuada y haga ejercicio físico, ajustado a sus diferentes patologías, con el objetivo de evitar la debilidad muscular y ósea, que puede condicionar que el paciente deje de caminar.



En la mayoría de las ocasiones las descompensaciones pueden prevenirse o detectarse de forma precoz con una participación activa del propio paciente, de la familia o de las personas cuidadoras. Por eso es importante que sepan reconocer los síntomas de alarma de cada una de las patologías que tienen, para poder tomar las medidas necesarias lo antes posible



Es importante que el paciente pluripatológico y su familia conozcan sus enfermedades y participen junto con su equipo asistencial en tomar decisiones sobre su enfermedad.



Los pacientes pluripatológicos se benefician de tener un médico internista en el hospital que, en coordinación con el médico de Atención Primaria, elabore el mejor plan terapéutico para evitar múltiples visitas a otros especialistas.



El equipo asistencial de un paciente pluripatológico deberá tener en cuenta su entorno social: dónde vive y con quién, o si tiene dificultades para realizar las actividades diarias. En caso de detectar problemas, pueden recomendar que sea valorado por un trabajador social, que le puede informar sobre distintas ayudas.



Anemia



¿Qué es la anemia?

Es una enfermedad en la que el número de glóbulos rojos (hematíes) es menor del considerado como normal. Se calcula midiendo los gramos de hemoglobina y los hematíes (glóbulos rojos). Sus cifras normales son diferentes según el sexo, 13,2-16,6 g/dl de hemoglobina de sangre en los hombres y de 11,6-15 g/dl en las mujeres.

Las causas de anemia son muchas; las principales son falta de hierro, de ácido fólico o de vitamina B₁₂. Hay que estar atento a ella si se es vegetariano estricto o se tienen menstruaciones abundantes. En otras ocasiones no falta ningún nutriente y se debe a enfermedades en las que el cuerpo no es capaz de producir glóbulos rojos a un ritmo normal.

El tamaño de los hematíes nos puede orientar sobre la causa de anemia que tenemos.

¿Cómo se manifiesta?

Si hay pocos glóbulos rojos, el oxígeno que llega a los órganos y tejidos del cuerpo es menor y se puede notar cansancio, fatiga, caída del cabello, fragilidad de uñas, lesiones en la boca, dolor, piernas inquietas, ansiedad, etc. Se puede notar más palidez y el borde interior del párpado no estará rojo, sino más claro.

La anemia puede hacer empeorar otras enfermedades, sobre todo aquellas en las que el oxígeno del cuerpo ya está disminuido: insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria y enfermedades neurológicas.

¿Qué nos debe preocupar?

Nos debe preocupar cuánta anemia tenemos.

- Qué síntomas provoca.
- Cuál es su causa.
- Qué tratamiento tiene.

¿Cómo podemos prevenirla?

- Lo primero es conocer la causa de la anemia y su tratamiento.
- Lo segundo, conocer en qué etapas de la vida es más probable tener anemia: embarazo, lactancia, crecimiento, enfermedades crónicas, edad, etc.
- En tercer lugar, cumplir el tratamiento y, si el cuerpo no lo tolera, valorar otras posibilidades.
- Cuarto, vigilar los síntomas que nos alertan de un posible empeoramiento de esta.
- Por último, vigilar pérdidas de sangre.



Juan Igor Molina Puente

Especialista en Medicina Interna
Complejo Hospitalario de Ávila

10 puntos clave



La anemia más habitual es por falta de hierro; bien por pérdidas, bien por falta de absorción.



Los elementos que más ayudan a absorber el hierro son los cítricos y los cereales, y tomarlo en ayunas.



No todos los pacientes toleran el hierro oral, pero se puede poner por vía intravenosa.



No todas las anemias mejoran con hierro.



La insuficiencia renal puede producir anemia y en ocasiones mejora con inyecciones de eritropoyetina, que es una sustancia que disminuye en esta enfermedad.



En ocasiones pueden ser necesarias las transfusiones de glóbulos rojos para mejorar los síntomas de la anemia. Es importante conocer cuándo son necesarias. Y es importante donar sangre para los pacientes que tienen anemia y la necesitan.



Las enfermedades crónicas pueden asociar anemia sin falta de hierro.



La anemia nos puede ayudar a encontrar enfermedades que de otra manera no darían la cara.



La enfermedad celíaca la padece un 1% de la población y a veces es la anemia el primer dato que nos orienta.



La insuficiencia cardiaca en ocasiones mejora con hierro intravenoso si nos falta hierro, aunque no tengamos anemia.

Leucocitosis y leucopenia

La fabricación de las células de la sangre tiene lugar en la médula ósea. Las células sanguíneas pueden ser de tres tipos: glóbulos rojos (también llamados hematíes), glóbulos blancos (o leucocitos) y plaquetas.

Los leucocitos pueden ser a su vez de varios tipos, según la forma de su núcleo y la presencia o no de gránulos en el citoplasma, que es la zona que rodea al núcleo. Así, esos gránulos, según la tinción, pueden aparecer de color oscuro o **neutrófilos**, verdoso o **basófilos**, y rosáceo o **eosinofilo**, los eosinofilos. Los que no tienen gránulos son los linfocitos y monocitos.

Las personas sanas suelen tener unos 7500 leucocitos/mm³ de sangre.

La leucocitosis, por tanto, se presenta si una persona tiene cifras superiores a 7500 leucocitos/mm³. Y, por el contrario, la leucopenia aparece cuando el recuento de glóbulos blancos está por debajo de esta cifra. La leucopenia casi siempre es debida a un descenso en el número de neutrófilos, lo que se denomina **neutropenia**. Se considera neutropenia a un número de neutrófilos inferior a 1500/mm³ de sangre. Algunas personas de raza negra, afrocaribeña o procedentes de Oriente Medio tienen un número más bajo de neutrófilos en sangre de lo normal. En estas razas se considera neutropenia un número de neutrófilos menor de 1000/ml. Un valor menor de 500 neutrófilos/ml se denomina neutropenia grave y aumenta mucho el riesgo de infecciones, las cuales pueden comprometer la vida.

Los síntomas de ambas alteraciones de los leucocitos pueden ser muy variados, ya que estas afecciones pueden cursar sin síntomas (y ser detectados de forma casual en un análisis) o pueden producir síntomas diversos. En el caso de la leucocitosis pueden ser: fiebre o escalofríos, sangrado espontáneo, debilidad o cansancio, malestar o mareo, dolor u hormigueo en las piernas o los brazos, dificultad para respirar, concentrarse o ver, o pérdida de peso con o sin pérdida de apetito. En el caso de la leucopenia sucede igual: desde no producir síntoma alguno hasta aparición de infecciones (por falta de los neutrófilos, que nos protegen de ellas), dolores de cabeza o debilidad.

Esto ocurre porque las causas de ambas alteraciones son muy diversas. Pueden producirse en procesos leves y pasajeros como las infecciones, pero también en procesos que cursen con inflamación y otros procesos que afecten a la médula ósea como tumores primarios (leucemia). En el caso de la leucopenia, puede deberse a todo lo anterior y a veces por efecto de algunos fármacos.

Como ya hemos comentado, muchas veces es un hallazgo en los análisis de sangre que nos realizan por otro motivo. Pero es importante prestar atención a algunos síntomas que requerirán realizar un análisis con cierta brevedad, como fiebre, malestar, sangrados espontáneos o debilidad y cansancio con afectación del estado general. En el caso de aparecer estos síntomas será conveniente consultar al médico para que los valore y considere de forma individualizada la realización de una analítica de sangre.



Virginia Gracia

Especialista en Medicina Interna
Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez (Madrid)

10 puntos clave



La leucocitosis expresa que el organismo requiere más leucocitos en sangre periférica, por infección o por inflamación, en ocasiones generalizada. Habitualmente, en ambos casos, nuestros leucocitos en sangre aumentan: tenemos leucocitosis.



La leucocitosis puede expresar en otras ocasiones una mayor producción de la médula ósea del hueso. Esto puede deberse a que hay una transformación tumoral de sus células, lo que llamamos una leucemia, que puede ser a base de células muy inmaduras (leucemias agudas) o de células maduras, semejantes a las que tenemos normalmente en menor cantidad circulando por la sangre (leucemias crónicas).



Habitualmente es un análisis de sangre solicitado para cualquier otra circunstancia el que hace ver al médico que los leucocitos están anormalmente elevados.



Dentro del proceso diagnóstico de la leucocitosis es probable que precisemos la valoración de un hematólogo y que este programe una punción o una biopsia de la médula ósea (sobre todo cuando se sospecha leucemia).



En la leucocitosis, el pronóstico es muy variable, ya que está muy influido por la causa del proceso. Muchas veces, las infecciones son fáciles de curar con antibióticos, y el problema está resuelto. Una leucemia requerirá actuaciones más agresivas, con fármacos más potentes.



La leucopenia expresa que tenemos pocos leucocitos en la sangre circulante, y ello puede ser debido a que se fabriquen mal, lo que puede suceder si la médula ósea del hueso está dañada (por ejemplo, por tóxicos), como pueden ser determinados medicamentos, quimioterapias agresivas o exposición a radiaciones ionizantes.



Otras veces, la médula ósea está dañada porque se llenó de células tumorales metastásicas en los huesos, o de tejido fibroso, lo que llamamos **mielofibrosis**. O incluso se destruyó, y en ese caso decimos que está **aplásica**.



Habitualmente es un análisis de sangre solicitado para cualquier otra circunstancia el que hace ver al médico que los leucocitos están bajos. Intentará esclarecer su causa, puede precisar en ocasiones una punción o biopsia de la médula ósea y otros estudios, como los radiológicos.



El tratamiento de la leucopenia dependerá de su causa: combatir las infecciones, bloquear la inmunidad..., incluso hay sustancias que aumentan los neutrófilos (factor estimulante de colonias). En otras ocasiones, retirando el tóxico podrá solucionarse la leucopenia.



En la leucopenia, el pronóstico está muy influido por su causa, también por la intensidad de esta y por el tipo de leucocitos al que afecta.



La bioética es aquella disciplina que aborda los problemas éticos que afectan al ser humano o a sus relaciones consigo mismo o con otros seres vivos. Esta es una disciplina reciente que se engloba dentro de las llamadas éticas aplicadas, como son la ética ambiental, la ética de los negocios o las diversas éticas profesionales. Todas ellas buscan aplicar la fundamentación filosófica a los problemas prácticos a los que se enfrentan las sociedades contemporáneas.

La bioética es un campo multidisciplinar al que aportan su visión profesionales del ámbito de la biología, la medicina, el derecho, la sociología, la filosofía, la antropología o la religión. Su nacimiento y evolución ha estado ligado al rápido progreso que las sociedades contemporáneas han experimentado a partir de la revolución industrial. El crecimiento poblacional, el desarrollo económico y el avance de la ciencia y de la técnica han ido determinando la aparición de problemas éticos nuevos, realidades que previamente no existían pero que requieren de una respuesta prudente y reflexiva.

La bioética contribuye a arrojar luz sobre un gran número de problemas, que abarcan desde la ciencia básica (como la clonación de embriones humanos o de especies extintas, la utilización de células madre o los análisis genéticos) hasta cuestiones de índole social, legal, religiosa y cultural (la regulación del aborto o la implementación de la prestación de ayuda a morir).

La ética médica, o ética clínica, es la aplicación de la bioética a la práctica clínica cotidiana. Así, la ética médica se encarga de analizar y proporcionar los fundamentos o principios que guían la actividad profesional y su relación con los pacientes, la propia disciplina y la sociedad. Para aquellas situaciones clínicas en que existe un conflicto ético al que el médico no puede dar respuesta por sí mismo, los hospitales cuentan con comités de ética asistencial, formados por profesionales de distintos ámbitos, cuya misión es proporcionar una asesoría ética sólida en estos casos.



Santos Ibáñez Barceló

Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitari i Politèctic La Fe, Valencia
Estudiante de Filosofía Universidad Nacional de
Educación a Distancia

10 puntos clave



Ya en la Antigüedad encontramos referencia a problemas éticos relacionados con la vida y con la práctica de la medicina.



En el juramento hipocrático, que data del siglo V a. C., se desarrollaban las pautas que debían guiar la conducta del médico en su respeto por la vida y la profesión.



La bioética nace en respuesta a los abusos derivados de la experimentación con seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial.



La regulación de la investigación con seres humanos se desarrolla en el Código de Núremberg (1947), el informe Belmont (1979) o en la Declaración de Helsinki (2000).



En ellos se recogen por primera vez principios básicos como la necesidad de una participación voluntaria e informada de los sujetos, el consentimiento informado o la proporcionalidad entre beneficio y ausencia de perjuicio.



Estos principios sirven de marco para realizar ensayos clínicos éticamente correctos como, por ejemplo, en el desarrollo de fármacos quimioterápicos o en la creación de vacunas en contextos de emergencia como la pandemia por COVID-19.



Los cuatro principios más conocidos de la bioética son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.



El principio de autonomía supone el respeto a la voluntad del paciente. Mediante la toma de decisiones informadas y compartidas, contribuye al establecimiento de una relación médico-paciente empática y cálida.



Los demás principios garantizan el beneficio a los pacientes y la evitación de actuaciones que puedan causar un daño, así como la distribución justa y equitativa de los recursos.



Algunos problemas éticos frecuentes en la práctica clínica derivan de la toma de decisiones por representación, las prácticas al principio o final de la vida, cuestiones sobre privacidad y confidencialidad, cuestiones sobre profesionalismo en el cuidado de los pacientes o conflictos sobre distribución de recursos, entre otros.

Eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad



Hay muchas definiciones diferentes de estos conceptos, dependiendo de la disciplina donde sean usados (medicina, gestión, ingeniería, etc.).

Si miramos las definiciones de la Real Academia Española, la eficacia es la capacidad de lograr un objetivo; la eficiencia es la capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo posible de recursos; la efectividad es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera o, dicho de otro modo, de ser eficaz y eficiente. Otra acepción utilizada en estudios de investigación es que la eficacia se define como la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales y la efectividad como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales.

La variabilidad en la disponibilidad de recursos, en la práctica clínica, en el uso apropiado de la tecnología y en sus consecuencias para los pacientes son razones que justifican la conveniencia de aplicar estándares en la práctica asistencia médica.

En la búsqueda de la calidad asistencial se han desarrollado estándares indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Los indicadores de resultado son los más difíciles de evaluar. Sin embargo, estos indicadores se centran en el paciente y ponen su objetivo en términos de satisfacción (de necesidades y expectativas), efectividad (curación, calidad de vida) y eficiencia, y enlazan con el concepto de medicina de valor.

Por otro lado, es necesario considerar el crecimiento del gasto sanitario experimentado por el incremento de la cobertura sanitaria, el envejecimiento de la población y, principalmente, por el desarrollo de las tecnologías médicas.

Desde la perspectiva de la eficiencia del gasto, se considera que el principal problema es el cada vez mayor volumen de recursos destinados a la asistencia sanitaria que no producen, objetivamente, un efecto proporcional de beneficios a la población. La mejora de la eficiencia no tiene por qué suponer gastar menos en salud, sino fundamentalmente optimizar los recursos y fomentar las prácticas que generen valor.

SEGURIDAD

La seguridad del pacientes urge desde este enfoque de la calidad asistencial y su desarrollo se produce fundamentalmente tras la publicación del informe *To err is human*, de 1999. A raíz de su aparición, y con el objetivo de conseguir instituciones sanitarias más seguras, se empezaron a implementar programas de seguridad en la mayoría de los países del mundo.

Existen diversas iniciativas para mejorar la seguridad de los pacientes: pautas de notificación de efectos adversos, registros de incidencias, continuidad de la atención médica en las plantas, fomento del lavado de manos, identificación de los pacientes con pulseras, listas de chequeo quirúrgico, etc.



Jesús Canora Lebrato

Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión clínica
Sociedad Española de Medicina Interna

10 puntos clave



Eficacia, efectividad y eficiencia son algunas de las dimensiones de la calidad en medicina, además de accesibilidad, adecuación, satisfacción o aceptabilidad, competencia profesional o calidad científico técnica.



Para los pacientes, los indicadores más importantes son los indicadores de adecuación y efectividad sobre los demás. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad del sistema es necesario que se consiga la eficiencia.



Eficacia: que el propósito a que se aspira, es decir, la relación objetivos/resultados pueda lograrse bajo condiciones ideales.



Según la OMS, la calidad de la atención sanitaria consiste en asegurar los servicios sanitarios más adecuados para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos indeseables y la máxima satisfacción del paciente con él.



Efectividad: grado en el que se logra obtener el máximo beneficio alcanzable para los pacientes (calidad científico-técnica, relación médico-paciente). Expresa la medida del impacto sobre la salud.



Valor de una práctica entendido como los resultados en cantidad y calidad de vida que producen en el paciente. Importante: desechar las prácticas que no aporten valor.



Eficiencia: grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Ser eficientes significa gastar mejor y no menos, satisfacer las necesidades de la población y garantizar un desarrollo sostenible.



Quadruple aim: mejorar la experiencia de los pacientes y de los profesionales, perfeccionando los resultados clínicos en la población reduciendo los costes.



Seguridad: capacidad de reducir riesgos propios de la atención sanitaria y del entorno para los pacientes, los familiares y los profesionales.



Por ejemplo, en relación con la vacuna COVID-19, la eficacia se calcula en un ensayo clínico controlado en el que se escoge la población que participa y se compara contra un placebo; la efectividad se mide comparando los vacunados contra los no vacunados en vida real.

50 Ecografía clínica



La ecografía clínica o ecografía en el punto de atención es una forma de aplicar la ecografía que se diferencia de la ecografía programada que realizan los especialistas en diagnóstico por imagen, como los radiólogos o los cardiólogos.

Se ha desarrollado especialmente en las últimas dos décadas, apoyada en los avances tecnológicos (desarrollo de equipos compactos y, últimamente, de herramientas de inteligencia artificial) y la generación de evidencia científica que sustenta su uso.

La ecografía clínica la aplica el médico responsable del paciente en el mismo punto de atención (consultas, hospitalización, servicios de Urgencias) para orientar de forma rápida el diagnóstico o tratamiento.

La ecografía clínica es un complemento a la valoración clínica habitual que facilita alcanzar un diagnóstico correcto e iniciar un tratamiento adecuado con celeridad. Debe integrarse con los síntomas y signos del paciente. Aislada, su valor es muy escaso.

Habitualmente está focalizada en responder preguntas clínicas concretas, como por ejemplo: ¿tiene el paciente un trombo en una vena profunda de la pierna?, ¿tiene líquido rodeando el corazón? No pretender explorar de forma extensa una parte del cuerpo, como se hace en la ecografía programada.

No es aplicable a todas las enfermedades que se pueden estudiar con ecografía programada realizada por especialistas en imagen. Su uso debe limitarse a aquellas enfermedades o situaciones en las que hay estudios que demuestran su precisión.

Además, la ecografía clínica ayuda a llevar a cabo con más precisión y seguridad procedimientos como son las punciones de venas o acúmulos de líquido en el organismo.

Hay protocolos de ecografía clínica dirigidos a la valoración de pacientes con distintos problemas, como el paciente con disnea o falta de aire, con hipotensión, con un politraumatismo o que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria.



Luis M. Beltrán Romero

Unidad de Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna.
Universidad de Sevilla-Hospital Virgen del Rocío-IBiS, Sevilla
Profesor Asociado de Medicina

10 puntos clave



El uso de la ecografía en el punto de atención se inició en escenarios de guerra, donde disponer de un aparato portátil para visualizar las lesiones internas en los soldados heridos demostró ser de gran utilidad.



Se están desarrollando herramientas de inteligencia artificial que facilitan la adquisición e interpretación de imágenes ecográficas. Esto puede facilitar una mayor y más rápida difusión.



Algunos autores han denominado a la ecografía clínica como el “estetoscopio del siglo XXI” por la similitud con el cambio en la práctica de la medicina que supuso la generalización del uso del fonendoscopio a comienzos del siglo XX.



Las nuevas herramientas permiten también guiar o apoyar a distancia a una persona para que realice una ecografía clínica.



También se le ha llamado el **quinto pilar de la exploración física**, haciendo referencia a que potencia los sentidos del médico al permitir visualizar estructuras internas previamente accesibles solo de forma indirecta en un reconocimiento médico estándar (inspección, palpación, percusión y auscultación).



La ecografía clínica está empezando a ser usada por otros profesionales sanitarios, como personal de enfermería, para indicaciones como la detección de retención de orina en la vejiga o la punción de venas.



La ecografía clínica aún no se usa de forma generalizada, aunque cada vez es mayor su difusión y es previsible que se complete su implantación en la próxima década.



Durante la pandemia por SARS-CoV-2, la ecografía clínica tuvo un importante papel en servicios de Urgencias y módulos de triaje al detectar con mayor precisión que la radiografía simple la presencia de neumonía.

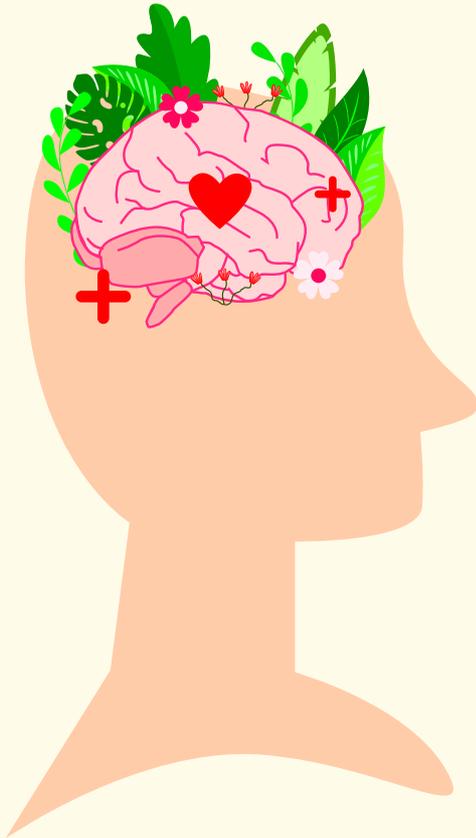


Ha venido para quedarse: en unos años es muy probable que los médicos tengan un ecógrafo en el bolsillo, como tienen ahora un fonendoscopio.



La ecografía clínica ha demostrado ser muy útil en entornos de bajos recursos, donde no se dispone de pruebas de imagen. Se están llevando a cabo proyectos de cooperación internacional en los que se proporcionan equipos y se apoya en la formación en ecografía clínica en estos entornos.

COMUNICAR SALUD



PABLO PÉREZ MARTÍNEZ

Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.
Director Científico del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).
Catedrático de Medicina de la Universidad de Córdoba.

JOSÉ MANUEL RAMOS RINCÓN

Especialista en Medicina Interna del Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.
Profesor titular de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de San Juan, Alicante.

ANA MAESTRE PEIRÓ

Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario del Vinalopó, Elche (Alicante).
Profesora asociada de la Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Más información:

ISBN: 978-84-09-47805-7

