

EDITORIAL

¿Formación Dermatológica en Atención Primaria?



Neoplasia cutánea (Pilomatrixoma)

- ¿El aumento de incidencia del cáncer de piel?
- ¿La multiplicación de los procesos y lesiones relacionados con el fotoenvejecimiento, debidos al aumento de la esperanza de vida y al cambio en los hábitos de ocio?
- ¿La prevalencia de las patologías “clásicas”: psoriasis, eczemas, infecciones?
- ¿La progresión de los procesos relacionados con la sensibilización?
- ¿La aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas dermatológicas asumibles por la Atención Primaria?
- ¿O que las consultas dermatológicas constituyen alrededor del 15% (más según algunas publicaciones) de las consultas clínicas en atención primaria?

Dr. Rafael Sánchez

Creemos que son suficientes razones, y de peso, para hacer esfuerzos en la formación dermatológica del médico de primaria. Cuando el **grupo de dermatología** de SEMG se formó, hace 20 años, ya planteamos esa necesidad, quizá relegada por la mayor atención a patologías que, por gravedad, cronicidad o costo, supusieran una mayor presencia en el esfuerzo de formación en primaria.

Pero la realidad es que, desde hace décadas, la necesidad de soluciones a los procesos dermatológicos requiere la mejor respuesta diag-

nóstica y terapéutica por nuestra parte y, siempre, desde las premisas propias de nuestro medio: eficacia, respuesta rápida, facilidad de aplicación y eliminación de riesgos.

Esas son las razones que, según nuestro criterio, obligan a impulsar la formación dermatológica en la atención primaria.

En esa actividad y con ese objetivo sigue trabajando SEMG mediante su **grupo de trabajo en dermatología**.

Dr. Juan Jurado

Punto de Partida

Si analizamos el número y tipo de **publicaciones dermatológicas**, en soporte papel, accesibles desde AP, en español, y que además mantengan una orientación hacia este tipo de profesionales, se pueden contabilizar con los dedos de “una mano”. En los últimos años han destacado algunas páginas web en las que, con un espíritu divulgador y en la mayoría de los casos altruista, permite acceder a repositorios organizados de imágenes dermatológicas (atlas), y a veces junto a resúmenes de sus casos clínicos (Dermapixel) aportando un inestimable valor formativo.

Continúa en pág. 2



HOY TOCA REVISAR ...



Onicomicosis blanca superficial

Onicomicosis

Dra. Elena Pérez Domingo
Dr. Juan Jurado Moreno
Grupo Dermatología SEMG

El término **onicomicosis** se utiliza para definir tanto las infecciones de la uña provocadas por hongos **dermatofitos** (corresponde con la definición de tiña **ungueal/ tinea unguium**), como por hongos no dermatofíticos (**hongos filamentosos**), y por levaduras del género *Candida* (**candidosis ungueal**).

Aunque las onicomicosis de las uñas de los pies suelen ser relativas frecuentes (5-20% de la población mundial), es

habitual que sean confundidas con las también habituales **onicodistrofias**.

Determinados pacientes son más susceptibles de padecerlas debido a su **situación inmunodeprimida** (diabetes, trasplantados, tratamientos inmunosupresores), o por mantener algún tipo de factor que las favorece (calor y humedad).

Continúa en pág. 2

SUMARIO

- Editorial:** ¿Formación Dermatológica en AP? Punto de partida. Pág. 1-2
- Hoy toca revisar:** Onicomicosis. Pág. 1-3
- Cirugía Menor:** A propósito de un caso: Una verruga muy “rapidiña”. Pág. 4-5
- ¡Y esto! ¿Qué es?:** Caso clínico. Pág. 6
- Dermatoscopia:** ¡No hay lesión pequeña!. Pág. 7
- Debemos saber:** Psicodermatología: ¡no tan lejos!. Pág. 8-9
- Dejando “huella”:** Productos útiles para el Acné. Pág. 10-11
- Estamos en:** Cuidados de la piel en la montaña. Pág. 12
- La voz de tus pacientes:** Hidradenitis suppurativa. ASHENDI. Pág. 13
- Examen “lunar”:** ¿Es probable que sufras un melanoma?. Pág. 14
- Examen “en fresco”:** Entrevista a: Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Pág. 15-16



CONGRESO NACIONAL DE
MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA
Palau de Congressos de Palma
Mallorca, 17 - 19 junio 2021

XXVII



Coordinación y Dirección:

Juan Jurado Moreno
Rafael Sánchez Camacho

Comité Científico:

Benjamín Abarca Buján
Fernando Alfágeme Roldán
Radwan Abou-Assali Boasli
Manuel Devesa Muñiz
Antonio Fernández-Pro Ledesma
Higinio Flores Tirado
Manuel Galán Gutiérrez
Ana M^a Ojea Yañez
Fernando Pérez Escanillas
Pilar Rodríguez Ledo
Francisco Sáez Martínez

Secciones/Responsables:

Cirugía Menor:

Luis M. López Ballesteros
Reyes Gil Martín
Radwan Abou-Assali

Dermatología Clínica:

Rafael Sánchez Camacho
Juan F. Garrido Gil
Elena Pérez Domingo
Reyes Gil Martín

Dermatoscopia:

Juan Jurado Moreno

Ecografía Dermatológica:

José Manuel Solla Camino
Manuel Devesa Muñiz

Médicos Jóvenes:

Airam Jenny Dávalos Marín

Grupo RYJE

Andrea Barcia Losada

Colaboradores:

María Cubillo Jiménez
Sergio Duaigües Miñambres
M^a José López-Villalta Lozano
María Sanz Almazán
Ana M. Mur Pérez

Diseño/Maquetación:

Francisco Ortiz Sánchez

Gabinete de Comunicaciones:

Marta Martínez del Valle
Sonia Morales Lorente

Coordinadora Edición y Publicidad:

Beatriz Ruiz Rubio

© SEMG

Reservados todos los derechos, quedando prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aún citando la procedencia, sin la autorización del editor.

El objetivo de esta publicación está orientado a la formación médica. Las afirmaciones, conclusiones o hallazgos vertidos en los diferentes artículos son responsabilidad única de sus autores, por lo que SEMG no asume responsabilidad alguna por su publicación.



Onicomicosis blanca superficial (detalle)

Punto de Partida (continuación)

Viene de pág. 1

Dr. Juan Jurado

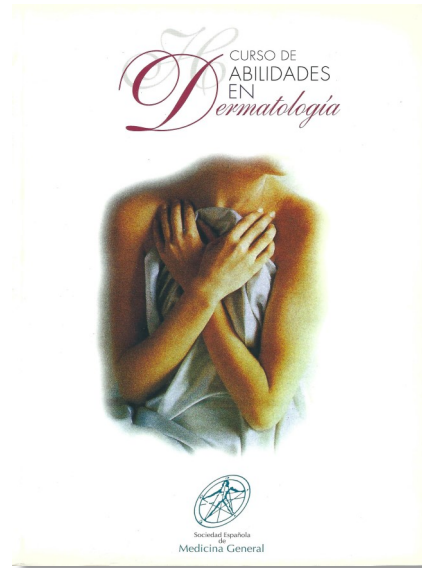
Nuestra trayectoria como **Grupo de Trabajo SEMG**, en el campo de la **Dermatología**, tiene su origen en la publicación y distribución del **primer manual dermatológico** (1997) diseñado específicamente para los **médicos de AP**.

La incorporación de nuevos profesionales con especial interés por la **Dermatología**, ha permitido afrontar nuevos proyectos de la sociedad, especialmente en el área de la **Dermatoscopia**.

Uno de estos proyectos, es el de crear esta **publicación dermatológica**, orientada a la recogida de diversos contenidos formativos dermatológicos, demandados y necesarios para que los médicos de AP y aquellos que se encuentran en período de formación, desarrollen de forma optimizada de su trabajo ordinario.

A este proyecto, se ha incorporado el **Grupo de Trabajo en Cirugía**

Menor, enriqueciendo así el abanico de posibilidades en sus contenidos, elevando su calidad y capacidad formativa.



Primer Manual Dermatológico SEMG para AP (1997)

Queríamos una publicación diseñada, para que permitiera una lectura ágil, rápida, basada en mensajes claros y concretos, apoyados siempre en la imagen. Textos directos y cargados de sentido práctico. En el que puedan participar diferentes profesionales, con variados perfiles. Sin perder un ápice en la calidad científica. Con estos objetivos, se decide el formato "fresco" que un modelo tabloide puede ofrecer, aportando una formación entretenida y atractiva.

Queremos que pueda llegar a ser una publicación en la que "todos" tengan su "hueco", para aportar su "granito de arena", y que sea vista como un elemento más de calidad, en su formación dermatológica.

HOY TOCA REVISAR ...

Viene de pág. 1

Determinados pacientes son más susceptibles de padecerlas debido a su **situación inmunodeprimida** (diabetes, trasplantados, tratamientos inmunosupresores), o por mantener algún tipo de factor que las favorece (calor y humedad).

Los hongos más frecuentemente encontrados son los **dermatofitos**, ya que mantienen una **capacidad queratolítica** importante (el género **trichophyton rubrum** es el que se encuentra más frecuentemente en nuestro entorno). La **candidosis ungueal** precisa de un daño previo de la uña, afectando casi siempre a las uñas de las manos, y relacionándose con las paroniquias crónicas, en personas con múltiples factores favorecedores (amas de casa, cocineros, etc.), o en pacientes en situaciones de inmunodepresión.

Existen un grupo de hongos conocidos como **mohos filamentosos**

que, en determinadas situaciones, puede ser responsables de onicomicosis (suelen ser situaciones discutidas por formar parte de la flora micológica habitual en las uñas). Las especies más frecuentemente vinculadas como causales, son **scofulariopsis brevicaulis**, **aspergillus sp**, **fusarium sp**, y otros menos habituales.

El hecho de que se precisen para su solución **tratamientos largos** en el tiempo y la utilización de fármacos elevados de precio, se exige que se lleve a cabo una **comprobación diagnóstica** mediante la obtención de **muestras adecuadas** de la uña afectada, y su posterior procesamiento, con técnicas de **diagnóstico micológico**, como el **examen directo** (aporta una información muy relevante). Su positividad permite decidir iniciar el tratamiento antimicótico sin tener que esperar

el resultado de los **cultivos**. El procedimiento más complicado, es a partir de los cultivos, conseguir el aislamiento e **identificación** de dicho hongo.

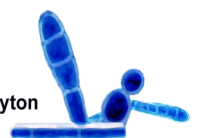
MACROCONIDIAS



Trichophyton



Microsporum



Epidermophyton

Onicomicosis

Dra. Elena Pérez Domingo
Dr. Juan Jurado Moreno
Grupo Dermatología SEMG

Sigue ...

CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LA ONICOMICOSIS

TIPO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	HONGO OBSERVADO CON
Subungueal distal y lateral (OSDL)	Comienza en zona distal y lateral en la lámina. Coloración variable blanco-amarillenta-marróncea. Progresión hacia la matriz. Engrosamiento e hiperqueratosis.	T. rubrum y T. mentagrophytes (90 %). E. floccosum, M. canis. Mohos.
Blanca superficial (OBS)	Placas blanquecinas en dorso de la lámina. No afecta a la matriz. Tipo poco frecuente (2 %).	T. mentagrophytes (90 %). Cándida. Raramente por Mohos
Negra superficial (OBS)	Superficial de la lámina de tinte oscuro, negruzco o marrónceo. Muy infrecuente.	T. rubrum Scytalidium dimidiatum.
Subungueal proximal (OSP):	Comienzo proximal en la lámina (eponiquio). Forma clínica poco frecuente (7 %). Se observa en pacientes inmunodeprimidos (VIH, DM).	T. rubrum. Cándida albicans. Menos frecuente: Mohos
Endonix (OE):	Similar al tipo OSDL. El hongo progresa por el interior de la placa, No se observa hiperqueratosis subungueal, ni onicolisis.	T. soudanense T. violaceum
Distrófica total (ODT):	Destrucción total de toda la lámina ungueal (resultado final del daño por cualquier tipo).	Cualquier tipo de hongo.



Cultivo de *Aspergillus sydowii*

Para su tratamiento, evaluar teniendo en cuenta:

- Número de uñas afectadas
- Extensión y profundidad de la afectación ungueal
- Intentar encuadrar el caso concreto en alguno de los tipos de onicomycosis
- Tener en cuenta si ya ha sido tratado previamente
- ¿Es recurrencia?
- Tener en cuenta su patología crónica y/o intercurrente con la onicomycosis
- Tener en cuenta las situaciones especiales (infancia, embarazo, sensibilizaciones).

- ◆ Eliminar los restos ungueales afectados.
- ◆ La mejor opción es el **tratamiento "combinado"**

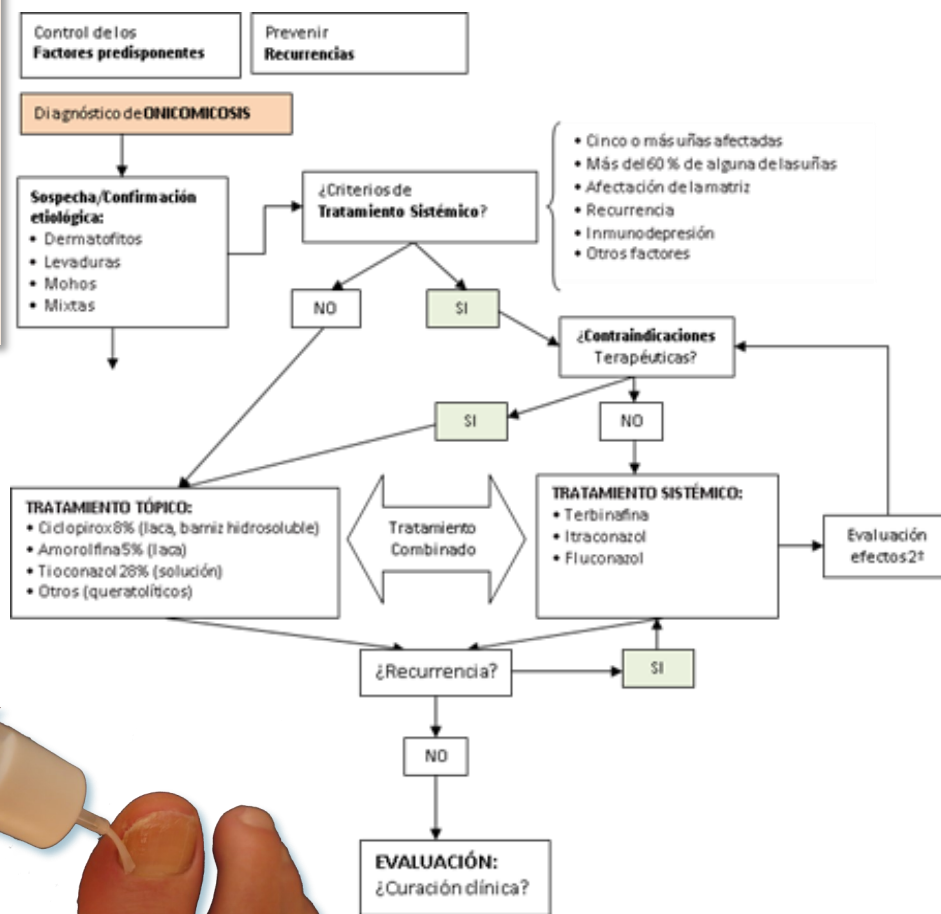
TRATAMIENTO TÓPICO:

- Ciclopirox 8% (laca, barniz hidrosoluble): 1 apl./d (6-12 meses)
- Amorolfina 5% (laca): 1 apl./sem. (6-12 meses)
- Tioconazol 28% (solución)
- Urea al 40% + bifonazol al 1% pomada (queratolíticos)

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

- Terbinafina: 250 mg/d (6-12 semanas)
- Itraconazol: 100-200 mg/d (3 meses) o alternativas (terapia intermitente)
- Fluconazol: 150-300 mg/sem (3-12 meses)

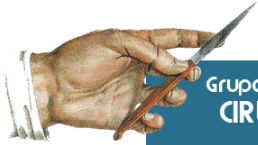
Manejo de la ONICOMICOSIS en AP:



BIBLIOGRAFÍA:

1. Camprodon N, Martín-Ezquerro G, Parera ME. Onicomycosis. Dermatología Práctica, Len-Mayo Intern, 2009; 17-2:24-26.
2. Cavallera E, Asbati M. Onicomycosis por hongos filamentosos no dermatofitos. Dermatología Venezolana. Vol. 44, Nº 1, 2006
3. Crespo-Erchiga Vicente. Onicomycosis por levaduras y mohos filamentosos. I. Peype. Onicomycosis. Libros Princeps. Biblioteca Aula Médica Ediciones 2002. España-Madrid
4. Gómez M, Pereiro M, Toribio J. Diagnóstico diferencial de las onicomycosis. Rev Iberoam Micol 2002;19:55.
5. Jiménez Puya R et al. Micosis de las faneras. Piel. 2008;23(8):453-9
6. Pereiro Ferreirós M et al. Identificación de los dermatofitos más frecuentes en España. Piel. 2008;23(8):438-46





Grupo Trabajo SEMG
CIRUGÍA MENOR

- Dr. Luis M. López Ballesteros
- Enf. Reyes Gil Martín
- Dr. Radwan Abou-Assali Boasli

Grupo Cirugía Menor –SEMG–

A PROPÓSITO DE UN CASO:

Una “verruca” muy “rapidiña”

Paciente varón de 71 años, el trabajo que desempeñaba hasta su jubilación era la de agricultor, el motivo de su consulta es una lesión en la “zona del escote”, de crecimiento rápido y asintomático. Según refiere, en sus comienzos no le dio importancia alguna. Pensaba que se trataba de una verruga más, de las que ya ha padecido. Pero, claro, su crecimiento era demasiado rápido, por lo que su inquietud le movió a consultar.

No descubrimos nada al indicarnos que “siempre se aprende de cualquier caso clínico”, ya que la experiencia es fundamental en nuestra formación continuada. Pero, en el desarrollo de la actividad habitual, encuadrable en lo que llamamos **Cirugía Menor (CM)**, esta experiencia tiene unas connotaciones aún más fuertes. Para apoyar esta afirmación, os contamos este caso concreto:

Criterios fundamentales para el diagnóstico diferencial:

Comienza como una lesión **papular, redondeada**, de consistencia **firme**, de color de la piel y que se va volviendo más **enrojecida**. Se podría pensar que se trataba de un *molluscum contagiosum* o una verruga vírica. En el primer caso, el ser una lesión única, facilitaba que fuera desechada inicialmente.

Su **rápido crecimiento**, habla de la posibilidad de encontrarnos frente a un **queratoacantoma**, lesión tumoral que puede llegar a alcanzar varios centímetros de diámetro. También, en sus comienzos la superficie suele ser lisa, presentar telangiectasias y su color puede ser rojizo o de aspecto normal de piel. Rápidamente, su centro adopta un **patrón crateriforme**, ocupándolo una progresiva **hiperqueratización**.

Es en esta fase y con esta apariencia, cuando puede confundirse con un epiteloma espino celular. Pero, el tamaño grande, su rápida

evolución, el estar perfectamente delimitado de la piel circundante y, sobre todo, el tapón córneo centralizado, facilita su sospecha diagnóstica.

Otros posibles diagnósticos diferenciales que debemos tener en cuenta son la **queratosis actínica hipertrófica**, las **hiperplasias carcinomatosas**, y ciertas **metástasis cutáneas** que pueden simular dicha lesión. En este tipo de lesión, el punch diagnóstico no está recomendado.

Para afrontar esta lesión, se seleccionó la **cirugía escisional**, que nos permitirá obtener una pieza apta para su **estudio anatómico patológico**. Otras opciones valoradas pero desechadas, son la electrodesecación y la criocirugía, ya que se destruye la muestra. El curetaje se podría haber realizado en sus primeras fases, ya que se corre el riesgo de obtener una muestra insuficiente o inadecuada.



Ejecución de la Técnica Escisional

Para realizar la **cirugía escisional**, programada, lo primero es:

- ◆ **Informar al paciente** de las diferentes opciones terapéuticas, incluida la derivación.
- ◆ Cuando el paciente acepta: explicaremos la **técnica a realizar** (detallada y adaptada a la comprensión del paciente). Previo a la **firma del consentimiento informado**.

◆ En nuestro caso, se le explicó que, dada la localización de su lesión, entre las **posibles complicaciones** que pudieran producirse, estaba la de formarse una **cicatrización patológica** (queloide). Se registró la ausencia previa de problemas con la cicatrización.

◆ En el **interrogatorio clínico**, se pregunta por la toma de medicamentos, alergias, etc., dentro de una buena anamnesis clínica.

Debemos mantener el medio lo más aséptico posible. Utilizaremos los **antisépticos** habituales en CM para desinfectar la zona a intervenir (clorhexidina, povidona iodada 10 %) Se recomienda **dibujar** sobre la piel perilesional, siempre de forma previa y con un lápiz dermatológico, el “**ojal**” de esta técnica, respetando la proporción recomendada de **3x1** (proporción entre diagonales), teniendo presente el criterio de seguir las líneas **de tensión** de la piel sobre la que intervenimos (líneas de Langer). También, debemos respetar el **margen libre de seguridad**, que en nuestro caso se mantendrá sobre los **2 mm** de distancia hasta la lesión.

Cubrimos con un paño fenestrado estéril la zona a intervenir. **Anestesiemos** la lesión con mepivacaina al 2 %, mediante técnica de **infiltración perilesional**, esperamos unos minutos para que haga su efecto y comenzamos la escisión con hoja de bisturí del número 15.

Liberamos bordes para permitir mejorar la aproximación; obtenemos la **pieza quirúrgica**, incluyendo el tejido hipodérmico y realizando la **hemostasia** correspondiente. **Suturamos** con puntos “colchoneros verticales”, utilizando monofilamento (Trofile®).

Material/Recursos básicos

Medios personales (ayudante entrenado).

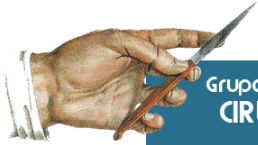
Sala adecuada (buena fuente de luz, camilla elevable, mesa auxiliar para instrumental, equipo de RCP).

Instrumental quirúrgico básico:

- bisturí nº 3
- porta agujas
- mosquitos (rectos y curvos)
- pinzas de Adson con y sin dientes
- tijeras de Mayo y de Metzenbaum curvas

Material fungible:

- set de cirugía (pañó fenestrado, gasas estériles, paños para secado)
- hojas de bisturí del 15
- sutura reabsorbible
- sutura no reabsorbible momo-filamento
- rotulador dermatológico
- bote para muestras quirúrgicas (formol)
- bote de recogida de muestras
- anestésico (mepivacaina/lidocaína, con/sin vasoconstrictor)
- Otros: batas estériles de un solo uso, guantes quirúrgicos, antiséptico.



Grupo Trabajo SEMG
CIRUGÍA MENOR

A PROPÓSITO DE UN CASO:

Una “verruca” muy “rapidiña” (continuación)



La pieza es remitida a **Anatomía Patológica** en frasco de formol.

Se le explican recomendaciones más importantes, y se le entrega una hoja con los **cuidados y observaciones** que deben seguir, junto con la cita para la **retirada de puntos** (a los 7 días).

Cuidados posteriores. Retirada de puntos y revisión:

Se llevaron a cabo los cuidados propios de toda cirugía, **observación y seguimiento** por enfermería; y **retirada de puntos** programada a los 7 días, aproximadamen-

te. No nos olvidamos de recomendar la **protección solar** sobre la cicatriz, durante 6 meses mínimos. Recomendación que, como podemos comprobar en la imagen, el paciente no llevó a cabo.

Durante la **revisión estética** de la herida quirúrgica, y entrega de **resultados anatomopatológicos**, se detectó restos de sutura en la cicatriz, lo que obligó a su extracción.

Todos estos pasos deben ser habituales en nuestra actividad quirúrgica de CM. Una de las enseñanzas que debemos extraer de este

caso concreto es que, en el informe de remisión a enfermería para sus cuidados posteriores y retirada de puntos, se debe reflejar el **tipo de sutura y número de puntos dados**. También, si hemos tenido que dejar algún punto reabsorbible interno a la herida (hemostasisa, reducción de “espacios muertos”).



El **queratoacantoma**, es una lesión muy característica, de inquietante rápido crecimiento, y que suele presentarse en zonas fotoexpuestas (a veces requiere soluciones quirúrgicas complejas).

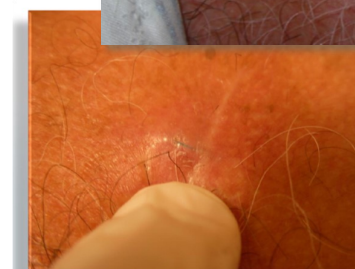
No se debe recurrir a crioterapia, curetaje con electrodesecación, o recurrir a tratamientos con fármacos tópicos “destructivos”. La utilización de técnicas complementarias en AP, como la **Dermatoscopia**, facilita su reconocimiento.

Pese a ser una lesión que regresa habitualmente de forma espontánea cuando se deja evolucionar, puede ocurrir que el resultado estético de la cicatriz resultante sea poco satisfacto-

rio. También, la posibilidad de que se trate de un carcinoma epinocelular, hace que el tratamiento recomendado sea la exéresis quirúrgica.

En este caso se pone de manifiesto el seguimiento que hay que hacer en todo proceso quirúrgico para valorar evolución y la presencia, como ocurre en este caso, de restos de sutura.

La **información a los pacientes** no cae en saco roto y evita el rechazo a la cirugía por el paciente, aporta seguridad médica a quien la realiza. El contar con **ayudante** avezado, y con los **recursos adecuados**, ofrece confianza, seguridad y evitará complicaciones en este tipo de actos quirúrgicos.



BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL, eds. Tratado de Dermatología, 2ª ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U; 2004.
- 2) Ghadially R, Ghadially FN: Queratoacantoma. En: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen K, Dermatología en Medicina General 5ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 2001, 909-15.
- 3) Valcuende Caveró F, Tomás Cabedo G. Tratamiento del queratoacantoma. Piel 2002; 17(7):340-3.
- 4) Lin M, Pan Y, Jalilian C, Kelly J. Dermatoscopic characteristics of nodular squamous cell carcinoma and Keratoacanthoma. Arch Dermatol Pract Concept. 2014; 4:9-15.
- 5) Cuenca-Barrales C, Vega-Castillo JJ, Ruiz-Carrascosa JC, Ruiz-Villaverde R. Dermatoscopia del queratoacantoma en fase de regresión. In Press, Corrected Proof, Available online 12 March 2018.

¿Sabías que ...?

“La pomada de **propranolol tópico al 1%**, con oclusión, ha demostrado ser un **tratamiento eficaz para los granulomas piogénicos** en niños. El **tratamiento temprano** se asoció con un mayor resultado favorable.”

Neri I, Baraldi C, Balestri R, Piraccini BM, Patrizi A. Topical 1% propranolol ointment with occlusion in treatment of pyogenic granulomas: An open-label study in 22 children. *Pediatr Dermatol.* 2018;35:117-120. <https://doi.org/10.1111/pde.13372>

<https://semg.es/solicitud-manual-minipildoras>



“MINIPILDORAS de consulta rápida”

Manual para Residentes y Médicos de Familia



MINIPILDORAS DE CONSULTA RÁPIDA
Manual para Residentes y Médicos de Familia
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

¿Y ESTO ..! ¿QUÉ ES?



Dra. María Sanz Almazán
Médico de Familia
Centro de Salud de Riaza (Segovia)

Caso clínico para aprender



Caso clínico. Imagen nº 1

Mujer de 30 años, sin antecedentes personales de interés, salvo historia de piel con tendencia atópica y eccemas de repetición. Refiere la formación de una lesión redondeada, eritematosa, de unos 3x2 cm, en región superior de pierna izquierda, pruriginosa, con bordes irregulares pero bien definidos, muy ligeramente sobre-elevados, con algunas pápulas (imagen nº 1).

¿Qué os parece? ¿Cuáles serían nuestras siguientes preguntas? Bueno, seguimos ofreciendo más información. Su aparición coincidió con la toma de un ciclo de tratamiento antibiótico oral, para una infección respiratoria. Ante la sospecha de un nuevo caso de lesión eccematosa, se inició tratamiento tópico (crema) con metilprednisolona aceponato, en pauta de aplicación cada 12 horas. Tras 3 días de tratamiento con corticoide tópico, la lesión presenta mala evolución: au-

mento de tamaño, 5x5 cm, placa eritematosa, inflamatoria, con bordes bien definidos y descamación central (imagen nº 2), por lo que se suspende corticoide tópico. Se mantuvo la lesión dos días sin tratamiento, evolucionando a una placa eritematosa, con descamación y aclaramiento central y pústulas en la periferia (imagen 3).

La paciente es médico de familia, y aunque trabaja en el medio rural, no tiene evidencias de contacto con animales en los últimos meses.

Ante la sospecha clínica de **tiña corporis**, se inició tratamiento con terbinafina tópica cada 12 horas con la siguiente evolución a los 2, 11 y 20 días (imágenes 4, 5 y 6).



Caso clínico. Imagen nº 2

La **tiña corporis** es una infección cutánea producida por hongos filamentosos denominados **dermatofitos**. Afecta a zonas de la **piel limpia** diferentes a pies, ingles, cara, cabello del cuero cabelludo o pelo de la barba. La transmisión se realiza por **contacto directo** con la piel de otra persona u animal afectado, contacto con fómites o propagación secundaria de las esporas que se diseminan a través de pelos o epitelio de descamación.

Es frecuente observarla en **niños y adolescentes**, pero también en adultos que mantienen contacto con animales. Existen **factores predisponentes** para contraer la infección:

individuos inmunodeprimidos, ambientes húmedos y calurosos, diferentes enfermedades (diabetes mellitus, obesidad), uso de antibióticos, etc.

La **tiña corporis** o “**herpes circinado**”, suele iniciarse como una placa eritematoescamosa, circular u ovalada, que crece de forma centrífuga. Presenta un aspecto anular con un centro más claro y un borde bien definido, en ocasiones con vesículas o pústulas. Su localización es unilateral, generalmente en el tronco o miembros.



Pueden ser lesiones únicas o múltiples e incluso confluir varias de ellas. Cuando procede de animales infectados, puede ser intensamente inflama-



Caso clínico. Imagen nº 3

Si una **infección dermatofítica cutánea** se diagnostica erróneamente y se trata inicialmente con un corticoide o inmunomodulador tópico, la lesión puede alterarse y perder su forma anular, conociéndose como **tiña incógnito**, lo que dificulta el diagnóstico clínico. También existen **formas granulomatosas**, con una incidencia mucho menor, como son el **granuloma de Majocchi** o la **perifoliculitis nodular granulomatosa de Wilson**.

En la práctica clínica, se suele realizar un **tratamiento empírico** basado en el diagnóstico clínico. El diagnóstico de confirmación se hará mediante **estudio micológico**, por **examen directo** o **cultivo**. Se hará **diagnóstico diferencial** con otras lesiones de la piel: eccema numular, dermatitis por contacto, atopia, psoriasis, impétigo, pitiriasis rosada, granuloma anular, lupus eritematoso cutáneo subagudo, etc.

Generalmente el **tratamiento de la tiña corporis** se realiza con fármacos **antimicóticos tópicos**. Se pueden utilizar: **imidazoles** (clotrimazol, bifonazol) o **alilaminas** (terbinafina o naftifina). Actualmente no hay pruebas suficientes para poder decidir si un tratamiento concreto es mejor que cualquiera de los otros. Dependiendo del principio activo a elegir, se aplican 1-2 veces al día durante 2-4 semanas, manteniéndolo hasta 1 semana después de la resolución clínica.

El **tratamiento por vía oral** se utilizará en los casos con afectación cutánea extensa, si existen varias placas (más de cinco), si intenso componente inflamatorio o hay mala respuesta al tratamiento tópico. En adultos son de elección **terbinafina** (250mg/día/1-2 semanas) o **itraconazol** (dosis baja 50 mg/día/1 semana o 100 mg/día/1 se-

mana). **Griseofulvina** o **fluconazol** también pueden ser efectivos, pero pueden requerir tratamientos más prolongados.

Se debe informar al paciente de la **contagiosidad** de las lesiones hasta pasados 10-15 días del inicio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Goldstein AO, Goldstein BG. Dermatophyte (tinea) infections. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso 13 de agosto de 2018). En: <https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections?csi=19be429d-b0ff-4e69-bb0e-f68d6d8df3f2&source=contentShare>.
- García Hernández D, Ballester Torrens M, Valle Cruells E. Infecciones cutáneas. AMF 2018;14(4):184-197.
- Gómez Moyano E, Crespo Erchiga V, Martínez Pilar E. Dermatitis. PIEL (BARC). 2016; 31(8):546-559.
- El-Gohary M, van Zuuren E, Fedorowicz Z, Burgess H, Doney L, Stuart B, Moore M, Little P. Tratamientos antimicóticos tópicos para la tiña crural y la tiña corporal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 8. Art. No.: CD009992. DOI: 10.1002/14651858.CD009992.



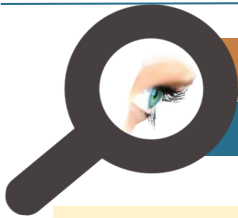
Caso clínico. Imagen nº 4



Caso clínico. Imagen nº 5



Caso clínico. Imagen nº 6



DERMATOSCOPIA

Ojo Clínico Dermatológico

- Dr. Juan F. Garrido Gil
- Dr. Juan Jurado Moreno

¿NO HAY LESIÓN PEQUEÑA!

Mujer adulta de 72 años que acude a consulta por molestias en ambas piernas (escozor y sensación de que “le andan bichos”). Como antecedente personal a destacar, alteraciones en el retorno venoso en miembros inferiores. En la exploración inicial se constata este problema y, además, se observa una lesión pequeña, en cara anterior de pierna derecha (con claro daño solar crónico), a la que la paciente no da importancia alguna, indicándonos que la ha observado desde hace ya varias semanas (sin precisar desde cuándo).

¿Qué actitud tomamos en consulta?

- Tratamos el problema vascular e indicamos que si la “mancha” cambia de aspecto que vuelva
- La citamos en 3-6 meses para ver su evolución
- Hacemos un estudio macroscópico y dermatoscópico de la lesión de la piel

Descripción macroscópica: Lesión redondeada, lenticular, de 1,5 x 2 cm., con bordes definidos, muy ligeramente sobrelevada, con una zona pigmentada irregular parda oscura, sobre un fondo eritematoso más claro, y rasposa al tacto.

Diagnóstico diferencial inicialmente sugerido:

- Dermatofibroma
- Queratosis seborreica (QS)
- Queratosis actínica pigmentada (QAP)
- Léntigo actínico (LA)
- Lentigo Maligno (LM)
- Enf. de Bowen (EB)
- Ca. Basocelular pigmentado (CBC)
- Otros

Dermatoscopia:

Ausencia de retículo, fondo eritematoso y con vascularización “arboriforme” en su mitad, presencia de puntos oscuros aislados, algunas estructuras globulares de tamaño mediano, marrones oscuras, estructuras en forma de “radios de rueda de carro” en su zona pigmentada, bordeadas por estructuras con aspecto “en hoja de arce”.

Comentarios al caso:

La lesión, es aún pequeña para permitir ofrecer unas características clínicas macroscópicas lo suficientemente claras que nos permitiera elaborar un diagnóstico de sospecha bien definido. Sólo cuando la observamos con el dermatoscopio, obteniendo unas imágenes para estudiarlas posteriormente, pudimos reconocer aquellas estructuras que orientaron nuestra sospe-

cha diagnóstica a que estábamos ante un

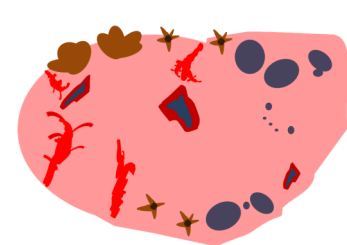
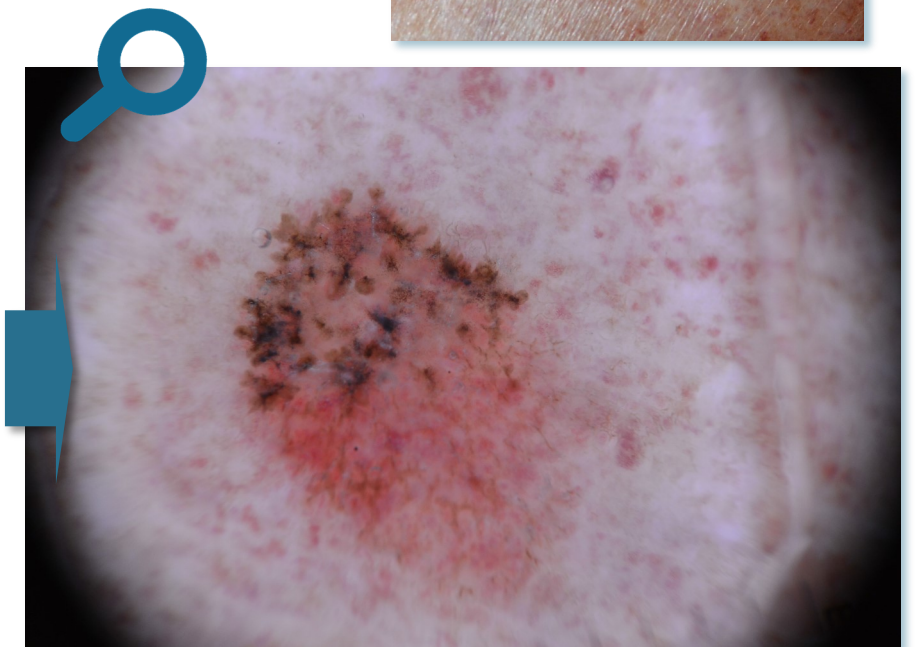
caso de **carcinoma basocelular pigmentado**, en sus comienzos.

Se decidió remitir a la paciente al servicio de dermatología. Fue evaluada y sometida a intervención quirúrgica mediante exéresis cutánea de la lesión. Posteriormente, fue confirmado el diagnóstico de sospecha mediante el estudio anatómico patológico de la muestra.

Conclusiones:

La **visión integral** de un paciente en nuestra consulta de AP, debe primar sobre cualquier otra apreciación. La **piel**, y lo que ocurre en ella, son olvidadas con bastante frecuencia, prestando más atención

a otros órganos. En nuestro caso, se quiere destacar precisamente que patologías cutáneas relevantes, como es el **CBC**, pueden pasar desapercibidas, sobre todo si se encuentran en etapas tempranas de



Patrón dermatológico típico del CBC

su evolución natural pero, con los medios técnicos de apoyo y formación adecuada, se podrá diagnosticar precozmente lesiones cutáneas cancerosas. (melanocíticas o no melanocíticas). La **Dermatoscopia**

es aún una asignatura pendiente en AP que, en no mucho tiempo, y debido a su gran poder de diagnóstico, será una práctica habitual en nuestros consultorios y Centros de Salud.

¡DEBEMOS SABER!

Psicodermatología. ¡no tan lejos!

Dra. María Cubillo Jiménez
Grupo Dermatología SEMG

La íntima relación entre la SALUD MENTAL y la enfermedad DERMATOLÓGICA, se ha ido haciendo cada vez más evidente. Es un hecho demostrado que multitud de procesos dermatológicos tienen una fuerte implicación psicosomática, pues la aparición y el diagnóstico de la enfermedad cutánea puede afectar de diferentes modos a la estabilidad psíquica del paciente y a su calidad de vida, como por ejemplo en los casos de psoriasis, alopecia, urticaria, vitíligo, dermatitis atópica, acné, etc.

Los aspectos psicológico-emocionales que están integrados en la naturaleza de todo individuo (todo el abanico existente entre variantes normales de la personalidad hasta la enfermedad mental), influyen claramente en el estado de la piel, pudiendo provocar que, esta o sus anejos, sean las víctimas (desde una "ingenua" tricotilomanía hasta delirios de parasitación).

La bibliografía a cerca de las psicodermatosis es escasa.

La incidencia y prevalencia reales de este tipo de patologías, es aún desconocida, porque muchas no

llegan a diagnosticarse ni identificarse de modo alguno. Se observa con más frecuencia en mujeres de edad media, pero hay que prestar especial atención a otros grupos de población:

- pacientes institucionalizados
- personas relacionadas con el ámbito sanitario
- familiares de médicos
- personas con escaso nivel socio-cultural

Son diagnósticos excepcionales que suelen generar cierta perplejidad en el médico, debido generalmente al escaso conocimiento sobre el tema, y a la ausencia de unas pautas concretas a seguir para manejar al paciente que las padece.

Como ocurre en los casos de dermatitis "artefacta" (paradigma de las psicodermatosis, en el que los pacientes provocan sus propias lesiones dermatológicas con la variabilidad que su astucia e imaginación les permite, negando su autoría) puede dar la sensación de que éste sabe más de su proceso que el profesional sanitario, lo que favorece los sen-

timientos de desconcierto. En este tipo de cuadros, el papel del médico de Atención Primaria o del Dermatólogo adquiere un relieve especial, ya que el paciente considera que es su piel el órgano enfermo y no otro, por lo que acudirán a ellos pensando que son los únicos que pueden ayudarles, rechazando cualquier proposición que se les haga de ser derivados a servicios de salud mental.

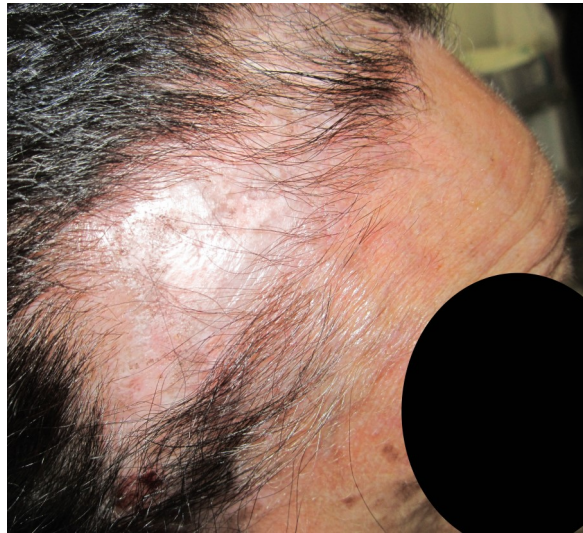


Lesiones autoinfligidas

CLAVES DIAGNÓSTICAS en las PSICODERMATOSIS mas habituales en AP:

Psicopatología	Efectos sobre la patología cutánea	Manifestaciones dermatológicas
Patología psicótica (presente en cuadros psicóticos, patología depresiva mayor y cuadros por abuso de alcohol y/o sustancias): Delirios parasitarios Alucinaciones táctiles	Aparición: Alteraciones de la sensorpercepción. Interpretación desajustada de las sensaciones cutáneas Mantenimiento: Dificultad para mantener la higiene y autocuidado	- Lesiones autoinfligidas a consecuencia del componente alucinatorio y/o delirante: llagas, eccemas...
Trastornos depresivos	Aparición: Alteraciones de la sensorpercepción (hipersensibilidades) Mantenimiento: Dificultad para mantener la higiene y autocuidado	Lesiones autoinfligidas a consecuencia del componente alucinatorio y/o delirante: erosiones, eccemas...
Trastornos de ansiedad: - Tricotilomanía	Aparición: Problemas sobre el control de impulsos	Excoriación neurótica Calvicie autoinfligida Dermatitis Artefacta
Trastornos dismorfofóbicos	Mantenimiento: Dificultad sobre el control de los impulsos. Seguimiento tratamientos	Especialmente relevante en problemas de: Acné Alopecia Eccemas...
Trastorno obsesivo-compulsivo: Compulsiones relacionadas con la higiene Pobre control de los impulsos	Aparición: Lesiones autoinfligidas Mantenimiento: Dificultad para autocuidado de la piel por componente impulsivo y/o compulsivo	Dermatitis Eccemas Cuadros autoinfligidos (por conductas de rascado)
Trastornos de la alimentación Anorexia nerviosa Bulimia	Aparición y mantenimiento: - Problemas de autocuidado e higiene de la piel (por desnutrición...)	- Lanugo - Fragilidad capilar y de uñas - Prurito - Piel delgada y seca - Problemas con la termorregulación cutánea - Callosidades y eccemas de producirse el vómito

¡DEBEMOS SABER!



Secuelas atróficas crónicas de tricotilomanía

Psicodermatología. ¡no tan lejos! (continuación)

Por eso, los médicos que primero reciben a estos pacientes, son los encargados de discernir si los factores psíquicos son primarios o secundarios por medio de una adecuada historia clínica y personal, y no limitarse exclusivamente a la exploración y tratamiento clínico de la lesión que presente en la piel.

Manejo terapéutico de las PSICODERMATOSIS en AP:

ALTERACIONES SENSORIALES CUTANEAS. DINIAS	
Estomatodinia (boca urente)	<p>Medicamentos tópicos (clorhidrato de bencidamina, antiinflamatorio y analgésico, se recomienda solución al 0'15% en forma de colutorio y spray. Capsaicina en colutorio al 0'02%. Edulcorante sucralosa. Clonazepam tópico (asociado al sistémico).</p> <p>Terapias alternativas: hierbas, acupuntura, quiropraxia, hipnosis así como protectores linguales</p>
Vulvodinia	<p>Medidas higiénico-dietéticas: evitar lavado con jabones, champús y detergentes, así como la utilización de fragancias y toallas higiénicas perfumadas. Evitar prendas del estilo que sean muy ajustadas.</p> <p>Tratamientos locales tópicos: los ungüentos son los mejor tolerados. Lidocaína al 5%. Algunas pacientes alivian los síntomas con la aplicación de vaselina sin ningún agregado. Los corticoides serían útiles si hay inflamación o irritación. En las pacientes con vaginismo se usa amitriptilina al 2% con baclofeno (relajante muscular)</p> <p>Sistémicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina • Otros antidepresivos: venlafaxina y fluoxetina • Biofeedback y terapia física: muy útiles si vaginismo simultáneo • Cirugía: último recurso. • Terapéuticas complementarias y alternativas: modificaciones dietéticas, ejercicios, relajación, antimicóticos. • Abordaje psicológico.
Escrotodinia	Sistémico: ISRS (amitriptilina)
Disestesia del cuero cabelludo	Pregabalina

DELIRIO DE PARASITOSIS	<p>Aproximación al paciente. Se aconseja introducir la necesidad de tratamiento psiquiátrico por ejemplo, como remedio para aliviar la sensación de hormigueo</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>-Si delirio primario y los secundarios a esquizofrenia: medicación antipsicótica</p> <p>-Si delirio de infestación secundarios a depresión psicótica: antidepresivos y antipsicóticos (risperidona). Comenzar con la dosis más baja posible.</p> <p>-Tratamiento psicológico adyuvante para las ideas delirantes</p> <p>-Lesiones secundarias al rascado, úlceras e infecciones: antibióticos tópicos o sistémicos, emolientes, cicatrizantes, reparadoras, etc.</p>
-------------------------------	---

TRICOTILOMANÍA	<p>En edad pediátrica</p> <p>-Si no hay enfermedad psiquiátrica: medidas de control como la inspección por parte de los padres y maestros varias veces al día y poner guantes para dormir.</p> <p>-En ocasiones se intenta dar clomipramina, y si tienen depresión 10mg/día de fluoxetina.</p> <p>En adolescentes</p> <p>-Estrategias para desterrar el hábito: Dejar crecer excesivamente las uñas o bien cortarlas mucho, llevar guantes para dormir, poner vaselina o aceite en el cabello.</p> <p>-Podemos efectuar una biopsia, pues tiene dos vertientes positivas: Para los niños sería como una actuación sobre el comportamiento o de "castigo" y sobre los padres nos permite comprobar y demostrarles que es autoprovocada, convenciéndoles de la verdadera naturaleza del problema del niño y así colaborar en su resolución. El uso de curas oclusivas o bandas aislantes mejorarán el proceso.</p> <p>Posibilidades farmacológicas: las del grupo anterior previa evaluación por un psiquiatra, preferentemente</p> <p>En adultos</p> <p>-Biopsia, como en el apartado anterior, para que el paciente, temeroso de dicha prueba, cese ese hábito compulsivo. Por el contrario, los casos que se acercan al síndrome de Munchausen solicitarán más biopsias.</p> <p>-La clomipramina podría ser útil.</p> <p>-Terapia de inversión de hábitos (TIH) ha demostrado buenos resultados</p>
-----------------------	---

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez-Pichardo A. Dermatitis psicógenas. En: Conejo-Mir J, Moreno J, Camacho F. Manual de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica; 2010. P 627-38
2. Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira M. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2010;101(6):485-494.
3. Rodríguez Martín A, González Padilla M. FR-Utilización de psicofármacos en dermatología. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2015;106(6):507-509.
4. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: revisión. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2013;104(10):854-866.
5. Boyd A, Ritchie C. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology. 2014;71(2):376



DEJANDO "HUELLA"

Dermatología Cosmética orientada para Atención Primaria

• Dr. Rafael Sánchez Camacho
• Dr. Juan Jurado Moreno
Grupo Dermatología SEMG

PRODUCTOS ÚTILES PARA EL ACNÉ:

Creemos que el **acné** es una de las patologías dermatológicas más consultadas en AP pero, casi siempre, se produce un retraso en consultar a los profesionales, cayendo frecuentemente en la **automedicación**, y utilizándose de forma previa los "consejos" de personas cercanas, muchas veces desacertados. El grupo de edad en el que habitualmente acontece, su cronicidad, el retraso de respuesta terapéutica, inician una pérdida progresiva de la **adherencia terapéutica**. Todo esto construye un tipo de paciente "desencantado" y rebelde.



Desde AP se puede hacer mucho más de lo que actualmente se hace, y de lo que se piensa que se puede hacer por este tipo de paciente.

Existe un número muy elevado de **productos dermatológicos**, dirigidos al tratamiento de las diferentes situaciones y estadios que se pueden dar en el acné. Cremas, lociones, jabones, geles, espumas, mascarillas, complejos aminoácidos, vitaminas, aceites esenciales, etc.

Según se recoge en la **FDA**, las sustancias que pueden/deben utilizarse dentro de lo que se conoce como "**productos sin receta anti acné**", son el **azufre**, sólo o combinado con **resorcinol**, **ácido salicílico**, y el **peróxido de benzoilo**, pero en nuestro país se utilizan además otros productos similares, como los **alfahidroácidos**.

A partir de ellos, se ofrecen multitud de productos (en diferentes

formas de aplicación: cepillos, bastones, cintas adhesivas, toallitas, exfoliantes, etc.) que utilizan estrategias comerciales como "dirigido al acné", "mejora del acné", etc., para poder comercializarlos.

Los efectos de estos productos son variados, pueden ser **bactericidas**, actuar sobre la **seborrea** o exceso de grasa de la piel, otros favorecen la eliminación de **células cutáneas muertas**, facilitando la recuperación de nuevas células cutáneas, algunos pueden actuar a nivel **foliular**, y otros de ellos combinan diferentes efectos.

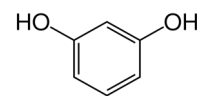
La eficacia de estos productos con **adyuvantes en el tratamiento** y manejo del acné es elevada, y es necesario que los **médicos de AP** los conozcan y sepan manejarlos, junto a los **fármacos** indicados como **tratamiento farmacológico del acné**

En los primeros contactos con estos pacientes, es muy importante que se derriben viejos **mitos sobre el acné** que aún se mantiene en el conocimiento popular. Se debe recomendar que no deben incrementar el número de **lavados faciales** (el acné no se debe a falta de higiene). Se recomienda lavar la zona con un limpiador suave no jabonoso dos veces al día. Se debe explicar que el exceso de lavados y de la utilización de exfoliantes puede empeorar el acné. Los **exfoliantes** a utilizar diariamente deben ser poco abrasivos (existen preparados comerciales con esta función y en distintos formatos, como las toallitas de limpieza facial).

Azufre:

El azufre ha sido utilizado para las enfermedades de la piel desde antiguo, ya que posee propiedades **antifúngicas** y **antibacterianas**. Se recomienda su uso como **exfoliante** y **antiseborreico**, ya sea de for-

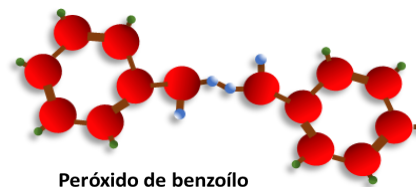
ma aislada o combinado con resorcinol, ácido salicílico o peróxido de benzoilo. Sus efectos opuestos según estudios anticomedogénico/comedogénico están sin comprobar aún. Añade **mal olor** a los preparados por lo que sus concentraciones suelen ser bajas (**3-8 %**).



Resorcinol

Peróxido de benzoilo:

Se ha utilizado también desde antiguo, sobre úlceras cutáneas tórpidas. Fue a comienzos de los años 80 cuando se extiende su uso para el acné, gracias a sus efectos **antiinflamatorios**, **antibacterianos** (eficaz contra el propionibacterium acnes y staphylococcus aureus sin originar resistencias bacterianas) y **comedolíticos**.



Peróxido de benzoilo

Su contrastada eficacia contra el **propionibacterium acnes**, le convierte en un producto estrella en el tratamiento del acné, habiéndose demostrado que, a la concentración del **5%** utilizándose **dos veces al día**, tiene igual eficacia que administrar 100 mg de minociclina oral.

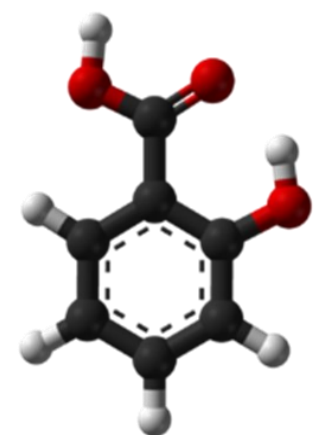
Elimina el exceso de grasa de la piel y elimina las células cutáneas muertas, que pueden obstruir los poros. Sus presentaciones comerciales se ofrecen en una variedad de concentraciones entre **2,5 - 10 %**, ya sea de forma aislada o combinada (tretinoína). Se recomiendan las presentaciones en gel sobre cremas y lociones, por su mayor eficacia.

Su limitación es la **capacidad de irritar la piel** (sequedad, quemazón, dermatitis), por lo que antes de su uso se debe explicar este efecto colateral. Avisar que puede decolorar el cabello y la ropa.



Ácido salicílico:

Se le reconocen efectos **comedolíticos** (es liposoluble) y **antiinflamatorios**. Los preparados más eficaces se ofrecen en concentraciones entre **0,5 - 2 %**. Supera su eficacia al peróxido de benzoilo en el **acné comedogénico**, pero tiene menor eficacia en el acné antiinflamatorio. Se incide que, cuando se combina con antibióticos, **no evita las resistencias**. Se le reconocen los posibles efectos secundarios de **ardor e irritación leve** de la piel. Se incluyen en un número muy elevado de preparados dermocosméticos comerciales.



Ácido Salicílico



DEJANDO "HUELLA" (continuación)

Alfa hidroxiácidos:

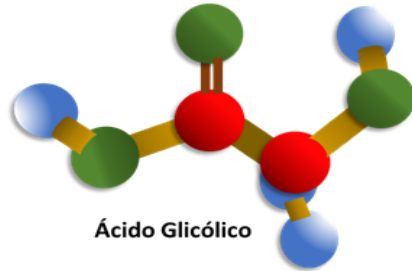
Se reconocen dos tipos: los **alfa-hidroxiácidos** y los **beta-hidroxiácidos**. Los primeros son hidrosolubles (versiones sintéticas de los **ácidos derivados de las frutas** que contienen azúcar y de la **leche acidificada**), con un claro efecto **exfoliante** (alteran la capa superior de los corneocitos), estimulando el crecimiento de piel nueva y más suave.



Alfahidroxiácidos

Su capacidad **epidermolítica**, ca-

paz de interesar a la capa basal e incluso de actuar sobre dermis, permitirá su uso sobre **alteraciones hiperpigmentadas**. Los más utilizados son el **ácido glicólico** y el **ácido láctico**, en concentraciones inferiores al 10 %.



Polihidroxiácidos:

Es una generación posterior de las formulaciones dermatológicas.

Aporta ventajas y alguna desventaja sobre los alfahidroxiácidos. Son

menos irritantes, pero tienen menor capacidad de penetración en la piel.

Están representados por la **gluconolactona** (preparados antienviejimiento obtenido de la glucosa del maíz) y el **ácido lactobiónico** (oxidación lactosa de la leche). Sus efectos beneficiosos sobre la piel son múltiples: potencian la **barrera hidrolipídica** por su capacidad humectante e hidratante; querolíticas y antioxidantes. Se comercializan como **preparados antienviejimiento** y recuperación de pieles dañadas (**formulaciones antiacné**).

Triclosán. Triclocarbán:

El triclosán es un **potente antimicrobiano y antifúngico**, activos contra el propionibacterium acnes

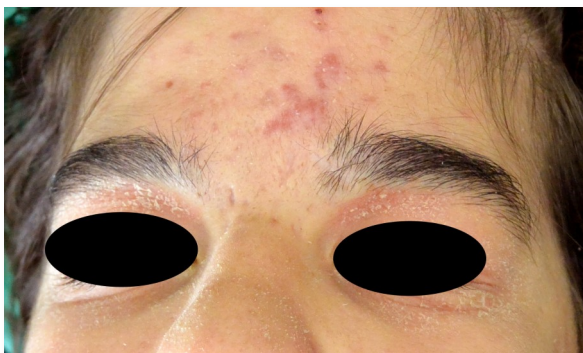
y bacterias Gram-positivas (el triclocarbán es activo además sobre bacterias Gram-negativas. Se utiliza en **jabones antimicrobianos** que reducen la carga bacteriana dentro del acné.



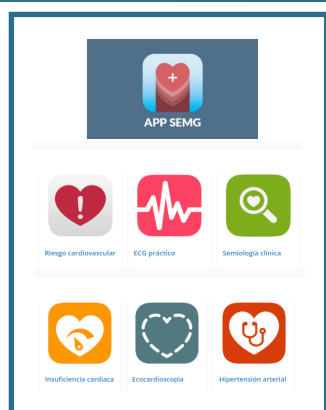
Gluconolactona

Tratamiento del Acné. CONSENSO (2016)

Recomendación	ACNÉ COMEDONIANO	PÁPULO-PUSTULAR LEVE-MODERADO
ALTA	(No hay evidencia directa publicada)	Adapaleno-PBO (CF) o PBO + Clindamicina (CF)
MEDIA	Retinoides tópicos: • Tretinoína • Adapaleno • Tazaroteno	• A. Azelaico • Peróxido de Benzoilo (PBO) • Antibióticos sistémicos + (Adapaleno o PBO) • Clindamicina+isotretinoína o tretinoína tópicos • Retinoides tópicos
BAJA	• A. Azelaico • Peróxido de Benzoilo	• Luz "azul" • Zinc oral • Antibióticos sistémicos + A. Azelaico (CF) • Antibióticos sistémicos + PBO (CF) • Eritromicina + isotretinoína (CF) • Eritromicina + tretinoína (CF)
NO RECOMENDADO	Antibióticos tópicos Sin definir su relevancia:	• Antibióticos tópicos • RUV • Eritromicina + Zinc • Antiandrógenos + antibióticos / isotretinoína



Efectos 2º de la aplicación del peróxido de benzoilo



Appeteca SEMG



¿Las has utilizado alguna vez?

<https://appteca.es/>



ESTAMOS EN ...



Recomendaciones Dermatológicas

En la Montaña



CUIDADOS DE LA PIEL EN LA MONTAÑA

Cuando decidimos hacer una **excursión**, ya sea para dar un paseo corto o un gran recorrido (recorrido andando que precise de más de una jornada, con una longitud mínima de 50 km), debemos tener en cuenta que siempre podemos sufrir un **accidente**, y para evitarlos, debemos evaluar los riesgos. Los **riesgos potenciales** en la montaña se suelen dividir en dos.

- **Riesgos objetivos:** que son los menos previsibles y los que tendremos menos posibilidades de evitarlos cuando sucedan (desprendimiento de rocas, tormentas, etc.).

- **Riesgos subjetivos:** que son altamente previsibles y por tanto evitables, si se aplican una serie de medidas preventivas.

Sobre estos últimos, y específicamente sobre los riesgos en los que la piel es la protagonista, hablaremos de forma sucinta.

No hay que olvidar que estaremos expuestos a más **radiación solar**, tanto por la altura como por las horas de exposición acumuladas, por lo que además de los **métodos de protección físicos** (gorra, sombrero) debemos aplicarnos **protector solar** de alta protección (FPS de 50 o más), y recordar que se debe

Dr. Sergi Duaigües Miñambres
Médico de Familia

aplicar de nuevo de forma periódica.

El hecho de caminar más y por terreno irregular, va a erosionar la piel de las plantas y de los tobillos, por lo que la elección de un **calzado adecuado**, que no se estrene el mismo día de la excursión, y procurando que sea medio número aproximadamente más grande que el habitual, ya que al caminar el pie se hincha aumentando de volumen. La aplicación de vaselina de forma previa, evitará la aparición de ampollas y rozaduras. Recordad también la zona de los pezones para evitar los molestos “bloody nipples” o “pezones sangrientos”.



vespula vulgaris



latrodectus

Otro de los riesgos, es la **picadura de un insecto** (abeja, avispa, mosquito, tábano y un largo etcétera). La primera medida sería aplicar frío, cosa bastante difícil de conseguir en estas situaciones,

Si sabemos qué nos ha picado mucho mejor, si vemos dos orificios juntos pensaremos en una **araña**. Las especies de la península no suelen dar más síntomas que la propia mordedura, cierto edema y alguna vez una escara necrótica en la zona de inocula-

por lo que debemos limpiar bien la zona con agua, aplicar un antiséptico (clorhexidina o povidona yodada) y, para intentar mitigar el dolor, tomar algún analgésico.

ción. Pero, a veces, pueden presentarse síntomas generales, como es el caso del **loxocelismo** con la picadura por la araña parda reclusa mediterránea. Debemos prevenir estas situaciones, evitando entrar en zonas oscuras, y levantar piedras.



Nido de avispa asiática (vespa velutina)



Es importante portar y aplicar, un buen repelente para insectos. Son recomendados DEET (dietiltoluamida/N-dietil-3-metilbenzamida), icaridin y el IR3535 para la mayoría de los insectos, arácnidos, garrapatas, mosquitos y moscas.

Al respecto de las **garrapatas**, que es el ácaro de mayor tamaño, se suele poner en las ramitas de

las plantas, a la espera de que pase su víctima, enganchándose en la ropa o en el pelo, y llegar a la piel para morder y succionar la sangre. Aunque no todas las picaduras por garrapatas serán transmisoras de las posibles **infecciones víricas y bacterianas**, de las que son transmisores reconocidos. Entre ellas la **fiebre botonosa** (exantema, fiebre, artralgias); o la

enfermedad de Lyme (eritema redondeado migratorio en “diana”, fiebre, artralgias y mialgias). A veces la mordedura es indolora y la garrapata es muy pequeña y pasa desapercibida. El tratamiento, si hay síntomas sistémicos, es con antibiótico orales y analgésicos/antitérmicos. En caso de dudas, realizar una serología que lo confirme.



Además de los riesgos expuestos, recordar que podemos sufrir **reacciones alérgicas o tóxicas cutáneas**, por contactar con determinadas plantas (árnica, manzanilla,

margarita, crisantemos, amoena, ortiga, philodendros, higueras, tulipanes, ficus, etc.), a veces potenciadas por la exposición a la radiación solar

(**fitofotodermatitis:** zanahoria silvestre, cicuta, cítricos, angélica, perejil, etc.). Las reacciones locales pueden llegar a ser muy importantes (lesiones ampollosas). En

caso de presentarse, debemos limpiar bien la zona de contacto, proteger del sol, y aplicar corticoides tópicos y en caso severos, orales con antihistamínicos. Recordar,

¡prevenir
es mejor que curar!



LA VOZ DE TUS PACIENTES

Por Dr. Juan Jurado
Grupo Dermatología SEMG

HIDRADENITIS SUPURATIVA

“Susana, acudió a la consulta de su Médico de Familia, una vez más, pero esta vez algo más molesta de lo habitual, ya que le ha vuelto a salir un grano inflamado en su axila, y ya es la cuarta vez que le sale en la misma zona. Piensa que, a sus 21 años, no puede seguir así”.

La **hidradenitis supurativa (HS)** es un proceso inflamatorio crónico, recurrente y debilitante que, en los últimos años, ha adquirido una elevada importancia, debido a que ha sido subestimada por la mayoría del mundo sanitario, e incluso por los propios pacientes. Pero, salvo en muy pocos casos, que sólo expresan una lesión aislada, en la mayoría de ellos su recurrencia acabará provocando alteraciones en las relaciones interpersonales y en la propia autoestima, de trascendente importancia.

La **Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI)** es una entidad sin ánimo de lucro, fundada en octubre de 2008. Actualmente es la única asociación de habla hispana que dedica su trabajo a la enfermedad. El objetivo de **ASENDHI** es favorecer el bienestar de las personas afectadas por la Hidrosadenitis Supurativa, fomentando el conocimiento y la investigación de la misma para desarrollar tratamientos específicos y ayudar en la divulgación de la enfermedad.

Cuando nos encontramos en las fases iniciales de esta enfermedad, es un error en su manejo, considerarla como un proceso agudo “nuevo”, y que lo podremos solucionar fácilmente con un tratamiento. Esta forma de actuar, a veces tan frecuente, únicamente **condenan a la paciente a volver a consultar** y, cada vez, con



más secuelas.

Sólo sospecharla y conocerla, nos permitirá afrontar con el mayor éxito posible cada caso de forma individual. De aquí, que los expertos insistan en que cada paciente debe analizarse y **establecer el grado o categoría** en la que se encuentra su enfermedad.

Al ser una enfermedad originada por la coincidencia de **numerosos factores**, algunos no modificables, será su diagnóstico precoz, y su



ASENDHI

Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis

planteamiento de vida saludable y recomendaciones, ante cada nuevo brote, lo que permitirán mantenerla controlada, el mayor tiempo de su vida.

Con su **proyecto HÉRCULES**, ha desarrollado una iniciativa estratégica para dar a conocer la **HS** y su problemática real a los profesionales sanitarios, a los propios pacientes y a las Administraciones Públicas.

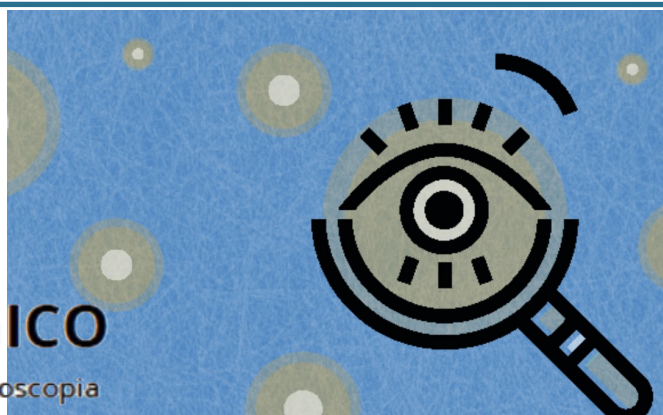
Se parte de los resultados o conclusiones expresadas en el trabajo que llevó a cabo **ASENDHI** y que se publicó como **“Barómetro de la Hidradenitis Supurativa”**:

- **9 años** de media para obtener su diagnóstico.
- **14,6 médicos** es la media de consultados hasta su diagnóstico.
- **6 cirugías** de media han sufrido los pacientes.
- **87,4 %** afirman que la HS afecta a su vida diaria.
- **35 días** de baja laboral de media.
- **72,4 %** afirman estar poco-nada satisfechos con la atención sanitaria recibida.

Ahora debemos cuestionarnos, profesionalmente, nuestras actuaciones con estos pacientes en el pasado, y si debemos **cambiar actitudes**.



EL OJO CLÍNICO DERMATOLÓGICO
Curso de formación en Dermatoscopia



GUÍA BÁSICA DE DERMATOSCOPIA

Juan Jurado Moreno
Colaboradores:
Juan F. Garrido Gil
Elena Pérez Domingo





EXAMEN "LUNAR"

Diagnóstico precoz del Cáncer Cutáneo

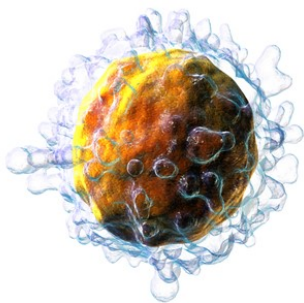
¿ES PROBABLE QUE SUFRAS UN MELANOMA?

La inmuno-dermatología en el desarrollo de melanoma, y su participación en "nuevas estrategias terapéuticas", asignatura pendiente en Atención Primaria.

Dra. Jenny Marín Dávalos Marín
Médico de Familia e Inmunóloga
Hospital General de Segovia

La **inmunología** deriva del latín "innunitas" = "protegidos de pagar impuestos". Dicha palabra sigue vigente en términos sociales y en medicina es la **ciencia que estudia todos los mecanismos fisiológicos de defensa y la integridad biológica de un organismo**. Hoy en día, la inmunología ha tenido avances portentosos que han permitido no sólo desarrollar vacunas sino también tratar las distintas patologías que pueden afectar a este sistema.

El sistema inmune es sofisticado y



Lymphocyte
T cell

Wikipedia

altamente especializado, formado por diferentes tipos celulares que desempeñan diversos procesos biosintéticos e inmunológicos. Entre los inmunológicos se encuentran los **mecanismos de resistencia innata y adaptativa**, que se activan cuando existen agresiones al tejido, induciendo cambios celulares metaplásicos, involucrados en diversos tipos de **cáncer** entre los que se encuentra el **melanoma**.

La **Atención Primaria** constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y, no es de extrañar que muchos individuos presenten la inquietud de saber si tienen una **predisposición a presentar melanoma** y sea a nosotros a quienes primero consulten. El **médico de familia** es quien mejor conoce la historia personal y familiar del pacien-

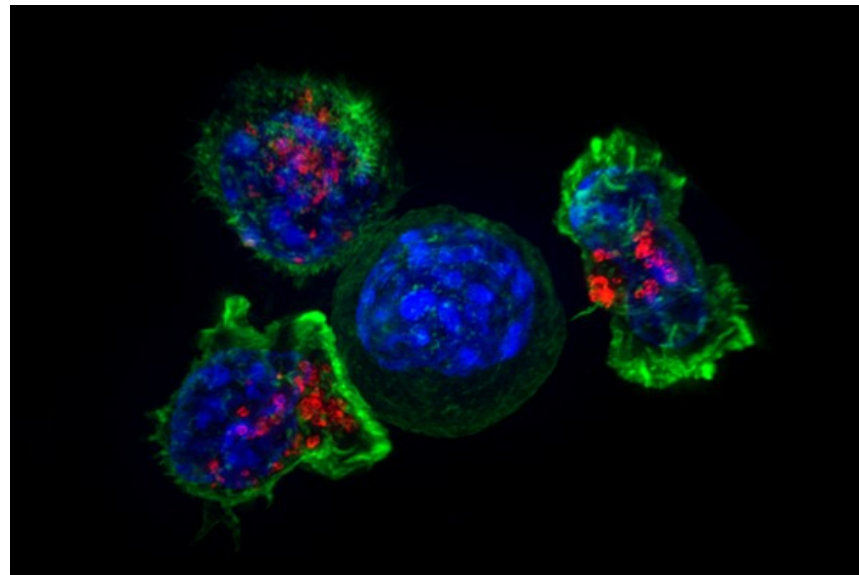
te y, por tanto, es el mejor candidato para **identificar de forma precoz** a los pacientes y las familias con **sospecha de esa predisposición**.

Puesto que en esa primera atención recae la función de "filtro" para derivar correctamente a estos pacientes, es necesario que los **médicos de familia** estemos convenientemente **formados e informados** al respecto de lo que la **inmuno-dermatología** actualmente nos ofrece porque nos enfrentamos a menudo, a **manifestaciones cutáneas de origen inmune** o a manifestaciones inmunes de **enfermedades cutáneas**.

El **melanoma** sólo representa el **3 %** de las **neoplasias malignas cutáneas**, provocando el **65 %** de las muertes por **cáncer de piel** y el **1,3 %** del total de fallecimientos por **cáncer** en general. Por otro lado, resulta inquietante lo que algunas predicciones indican, ya que **1 de cada 75 sujetos nacidos en el año 2000 desarrollará un melanoma a lo largo de su vida**. El comportamiento biológico del melanoma es muy diferente al de otros cánceres de piel. Por ello, en los últimos años se han multiplicado los estudios para conocer mejor el mecanismo de acción y los

efectos de los distintos componentes del **sistema inmunitario** en su defensa frente al **melanoma**.

Se conoce que los **mediadores inmunológicos** como las **citocinas**, polipéptidos solubles encargados, entre otras funciones, de **regular las respuestas inmunitarias** del organismo, están involucradas en la **prevención de recaídas** y en el desarrollo de tratamientos de numerosas enfermedades.



La principal fuente de **citocinas** son los **linfocitos T** y los **monocitos**. Existen subtipos de **linfocitos T colaboradores (Th)** en virtud del patrón de citocinas que producen, así **el subtipo 1 (Th1)** libera interferón gamma (IFN-g), interleucina 2 (IL-2), IL-12, IL-15 y factor de necrosis tumoral α (TNF- α); **el subtipo 2 (Th2)** libera IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10 e IL-13.; **el subtipo 3 (Th3)** y el **(Th17)** liberan IL-17, IL23.

Dichos mediadores son actualmente el **blanco de estudio del melanoma** y probablemente nos ayudará a entender por qué ciertos pacientes presentan **recaídas** o presentan **periodos largos libres** de enfermedad. Por consiguiente, es importante comprender el mecanismo de acción molecular de las **citocinas** con mayor **trofismo cutáneo** porque son responsables de la sintomatología del paciente y pueden estar involucradas en la **inmuno-susceptibilidad a desarrollar melanoma**. Con este conocimiento se podrá proponer **estrategias para la prevención del melanoma**, así como terapias para este padecimiento que mejoren la calidad de vida del paciente y sean curativas.

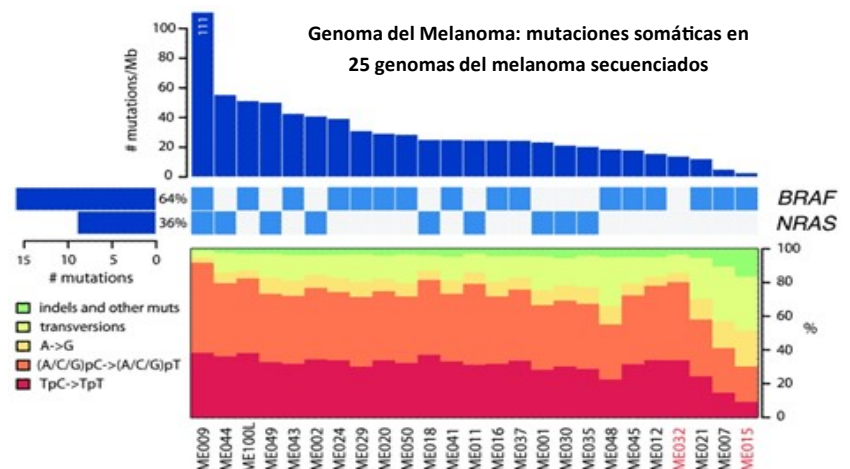
Bibliografía

Kulig P, Burkhard S, Mikita-Geoffroy J, Croxford AL, Hövelmeyer N, Gyölvésvi G, Gorzelanny C, Waisman A, Borsig L, Becher B. IL17A mediada por brecha endotelial promueve la formación de metástasis. *Cancer Immunol Res*. Enero 2016; 4 (1): 26-32. doi: 10.1158/2326-6066.CIR-15-0154. Epub 2015 19 de noviembre.

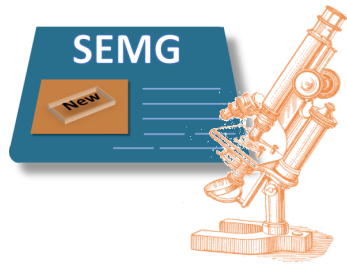
Meyer MKH, Christensen ASP, Tolstrup JS, Dalum P, Køster B. Asociación entre las quemaduras solares y los factores demográficos y el comportamiento de salud entre los estudiantes daneses. *Med. Prev*. 2018, 17 de octubre. Pii: S0091-7435 (18) 30240-8. doi: 10.1016/j.yjmed.2018.08.009.

Li WQ, Cho E, Wu S, Li S, Matthews NH, Qureshi AA. Características del huésped y riesgo de melanoma incidente por el grosor de Breslow. *Cáncer Epidemiol Biomarcadores Prev*. 2018 de octubre 19. pii: cebp.0607.2018. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0607.

Soledad Sáenz, Julián Conejo-Mirb, Aurelio Cayuelab Epidemiología del melanoma en España. *Actas Dermo silográficas*. Vol. 96. Núm. 7. Septiembre 2005 páginas 409-478.



Wikipedia



"EXAMEN EN FRESCO"

Podemos aprender de ellos:

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

"Nos dimos cuenta de que había que hacer al médico general participar de su propio des-

Gabinete de Comunicación SEMG

- Marta Martínez del Valle
- Sonia Morales Lorente

Se licenció en Medicina y Cirugía en la **Universidad de Salamanca**, y posee la especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria**.

En 1988 fue el **fundador**, con ayuda de Jerónimo Aizpiri, de la **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**, donde

ejerció como **presidente** entre los años 1995 a 2001, así como miembro y fundador de su **Fundación SEMG Solidaria**.

Entre otros méritos, destaca ser miembro de la delegación española en la **Unión Europea de Médicos Generales (UEMO)** de 1987 a 1992;

presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) entre 2009 y 2017; de la **Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI)** y miembro de la **Academia de Ciencias Médicas de Bilbao** desde 2010.

En la actualidad es vicepresidente de la **Confederación Latinoamericana de Entidades Médicas (CONFEMEL)**, presidente de la **Comisión Central de Deontología (CCD)** de la **Organización Médica Colegial (OMC)**.

Los dos primeros cursos que diseñaron en la SEMG, allá por 1989-1990 fueron el Curso de Habilidades en Salud Mental y el curso de Ecografía. ¿Por qué?

En el año 1987 nos dimos cuenta, en el **primer congreso de médicos titulares**, que los médicos generales y de familia no participaban. Los congresos ordinarios que hacían eran siempre dependientes de otros especialistas. Tenían siempre una actitud pasiva, y los congresos que hacía entonces la **Sociedad de Medicina Rural**, las reuniones que hacíamos a nivel provincial, siempre el médico general era una persona pasiva que iba, escuchaba y como mucho, preguntaba. Pero no era él el protagonista de su formación en ningún caso. Como mucho, moderaba una mesa. En aquel momento nos dimos cuenta de esa necesidad, de que había que hacer al médico general participar de su propio destino.



Hubo que diseñar otro curso para formar a los médicos de cabecera, en el uso del ordenador (en 1990 los

ello, cuando nadie creía en su uso en Atención Primaria?

En la ecografía fuimos dos protagonistas: el Dr. José Manuel Solla, que se había encontrado con la posibilidad de formarse y, dadas sus características personales, y su necesidad siempre de explorar zonas desconocidas en beneficio de los pacientes, se había formado en ecografía en el Hospital La Paz, en el Servicio del Dr. Muro, y fue él el que me convenció. El Dr. Solla me dijo que lo que se veía allí lo podría aprender exactamente igual yo, aunque a mí me parecía ciencia ficción porque nadie nos había enseñado nada de ecografía. En la Facultad no existía la ecografía para nosotros, como no existía para la mayor parte de los especialistas. Lo que más me sorprendió es que era inocua, es decir, que no hacía daño y que podía utilizarse por aquel entonces (la ecografía abdominal) en todos los órganos que componen el aparato digestivo. Pero también, por supuesto, nos ayudaría muchísimo a ver los grandes troncos, lo que para nosotros estaba vedado. Nosotros no podíamos entrar por dentro de los pacientes: teníamos que guiarnos por el ojo clínico y por una exploración que era la palpación, la inspección y, como mucho, los cinco sentidos. Entonces, tener una herramienta que fuera inocua, que permitiera el aprendizaje con las características que la ecografía tiene, a mí me convenció plenamente.

decisión en el momento en que se produce la queja de los pacientes, no en diferido. Esto fue lo que, año tras año, con mucho trabajo, insistiendo y buscando colaboradores, lo conseguimos el Dr. Solla y yo.

"Organizamos el primer curso de ecografía para médicos generales (1991)"

Los dos fuimos los causantes y los defensores a ultranza de algo que se ha consumado y **hoy nadie ya puede negarlo. Pero ha tenido que pasar 25 años para que el tiempo nos dé la razón**. Ha habido mucho trabajo por el medio para poder llevar esto para adelante y vuelvo a recordar que hay una serie de compañeros en los que hay que mencionar, algunos muy destacados: el Dr. Cerezo, el Dr. Juan de Dios Vega, el Dr. Mayayo, el Dr. Celestino Gómez Gesto, el Dr. Pepe Bajo Arenas, el Dr. Pajares, Dres. Julio Jiménez y González del Hospital la Paz... sin estos especialistas y algunos más, hubiera sido imposible sacar esa formación adelante.

"Ideamos la historia clínica informatizada, que por entonces se llamó Hipócrates (1989-1990)"

El primer curso de **Habilidades en Salud Mental** lo hicimos porque precisamente, una de las cuestiones en las que creíamos que estábamos en claro déficit, era la atención a la salud mental, a la esfera afectiva y emocional. Lo unimos, en este curso en el que, aunque repasábamos las grandes cuestiones (nos dio tiempo a hacer cuatro ediciones de un libro monográfico sobre este tema), vimos la necesidad de debatir y discutir entre nosotros, y de que teníamos que darle un enfoque propio, personal.

ordenadores no eran lo que hoy son). En este año ponía en mi consulta el primer ordenador con nuestro programa Hipócrates.

La otra cosa que se nos ocurrió que necesitábamos también, era la incorporación de una herramienta que nos permitiera de alguna manera complementar la fuerza que tiene el fonendoscopio, porque con el fonendoscopio y nuestras manos ya no nos llegaba. Necesitábamos algo más para poder competir con el resto de especialistas, porque la fascinación tecnológica del paciente le crea necesidades y nosotros no teníamos una tecnología que pudiéramos mostrar. En aquel momento (1989), curiosamente el Dr. José Manuel Solla demostró las habilidades que él había adquiriendo con el ecógrafo, y junto a un grupo de especialistas -a los que nunca podremos estar lo suficientemente agradecidos-, ideamos el curso de **Ecografía para Médicos Generales (1991)**.

En los años que fue presidente de la SEMG (1995-2001), se organizó el primer curso de Dermatología en la sociedad ¿Por qué decidieron también apostar por ella?

Por la misma razón. La dermatología era una asignatura pendiente, como la hepatología entonces. Nosotros siempre estábamos pendientes de lo que eran carencias del médico de cabecera, carencias que no eran las que detectaba por entonces la industria farmacéutica ni otros especialistas. Es decir, la gente sabía más bien poquito, y no te digo nada, de los tratamientos dermatológicos.

"... la carencia de formación en dermatología era extraordinaria, así surgió el primer curso de habilidades en dermatología, que ha sido extremadamente útil, para la práctica del médico general y de familia."

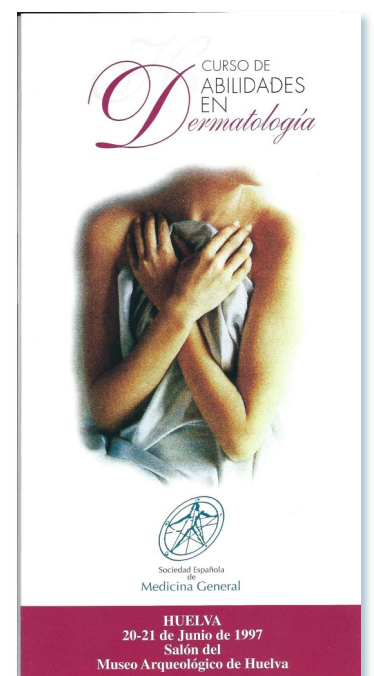
Y por eso surgió el hacer un curso de habilidades en dermatología (1995) que ha sido extremadamente útil para la práctica del médico general y de familia. Nos fijábamos siempre en lo que considerábamos que eran nuestras propias carencias, en lo que no teníamos formación suficiente y que era necesario actualizarse.

¿Qué ocurrió? Que la propia Junta Directiva de la SEMG al principio tuvo sus dudas de aceptar que hiciéramos eso, porque suponía un enfrentamiento claro con el mundo de la Radiología, como así ocurrió. Entonces con mucho esfuerzo, con mucha insistencia, estábamos muy convencidos de los beneficios que tenía, pero no para nosotros, los profesionales, sino para los pacientes, sobre todo de poder ayudarnos a tomar una

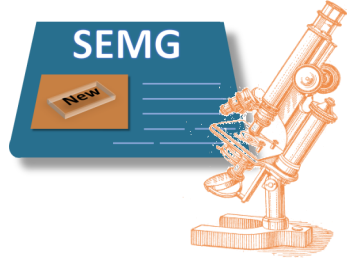
Usted fue uno de los principales impulsores de la ecografía en nuestra sociedad médica ¿qué le llevó a

"Lo que más echo en falta es al paciente"

A la par, necesitábamos también una herramienta importante que nos permitiera registrar nuestra información, para poder intercambiarla entre nosotros y, por eso, ideamos la historia clínica informatizada, que por entonces se llamó Hipócrates. En su elaboración participamos el doctor Ángel Salinas, Ignacio Burgos y yo.



Sigue ...



"EXAMEN EN FRESCO"

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

(continuación)

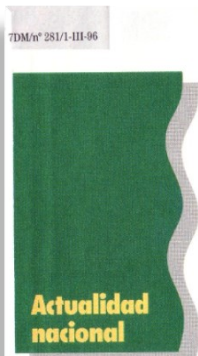
Gabinete de Comunicación SEMG

- Marta Martínez del Valle
- Sonia Morales Lorente

Siempre se ha considerado como un 'médico de pueblo', ¿cómo ha evolucionado el papel de estos profesionales hasta la actualidad?

Su papel ha evolucionado a medida que ha evolucionado la Medicina. Nos ha costado un poco más porque hay una parte de la profesión que no ha acabado nunca de entender el papel fundamental de la Medicina de Familia, de la Medicina de Cabece- ra, de la Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. Y en el SNS hay cuatro estamentos clave para llevar el sistema a donde estamos: la Atención Primaria, que con bajos costos es capaz de resolver, por sus características (conocimiento longitudinal y transversal del individuo y de su familia); de tener una altísima resolución (hasta el 90% de las quejas las resolvemos en ese primer nivel); el hospital general; los servicios de urgencias y emergencias; y las grandes unidades de alta especialización (de quemados, etc.). Estos cuatro elementos, de los cuales la Atención Primaria es pieza absolutamente fundamental, son los que mantienen la calidad de este sistema con un engranaje complicado de tocar, un engranaje que se mantiene en estos cuatro pilares difíciles de cambiar.

El gran cambio que supuso para la Medicina de los pueblos y Medicina General fue el hecho de la llamada reforma inconclusa de la Atención Primaria, que no fue más que una actualización de medios y de la formación que reciben los futuros especialistas en Medicina de Familia en el tiempo. Se ha evolucionado porque sencillamente se rompió el aislamiento, se ha evolucionado porque se salió de los pueblos y se ha conseguido romper con esa disponibilidad permanente que teníamos por aquel entonces y, sobre todo, se han hecho los centros de salud con mayor dotación de medios, se ha facilitado la formación continuada de los profesionales, pero sobre todo también se ha facilitado la formación y dotación de medios en unos sitios más dignos. La última causa es que se nos ha permitido trabajar en gru-



Desde 1990

El Proyecto Hipócrates reúne datos de 600.000 actos médicos

Hace ya 6 años que la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) puso en marcha el Proyecto Hipócrates, un programa informático diseñado para ejecutar, crear y organizar científicamente una red de recogida de datos en el ejercicio médico de la atención primaria.

El programa informático, cuyo desarrollo contó con el apoyo técnico de SmithKline Beecham (SB), se inició con los datos clínicos de las consultas de 25 médicos y hoy día cuenta con 600.000 actos médicos registrados, correspondientes a las consultas generadas por 60.000 personas. El sistema facilita al facultativo



Tiempo de balance para el Proyecto Hipócrates

5 a 11 de febrero de 1996

2
ACTUALIDAD

TRIBUNA MEDICA

El Proyecto Hipócrates cambiará el modelo de historia clínica en Atención Primaria

El Proyecto Hipócrates cambiará el registro del modelo de historia clínica en Atención Primaria, ya que este programa informático permite la introducción de datos de los pacientes en la consulta médica de forma cronológica con la interrelación de acontecimientos vitales, clínicos, sociales y medioambientales

po -no digo en equipo porque eso es una palabra muy fuerte para poder utilizar- pero si en grupo, lo que nos ha permitido apoyar unos a los otros y trabajar conjuntamente el que ha querido, porque ha habido gente que se ha seguido manteniendo aislada.

"El gran cambio que supuso para la Medicina de los pueblos y Medicina General fue el hecho de la llamada reforma inconclusa de la Atención"

Tras muchos años fuera de las consultas ¿qué es lo que más echa de menos de la labor asistencial?

Lo que más echo en falta es al paciente. Los que tenemos la suerte de tener una vida con tantos gustos cubiertos, es un problema a veces optar una cosa o por otra. Lo que hago (la representación) me ha gustado, pero me ha gustado mucho la clínica, trabajar de la manera más avanzada posible con mis pacientes, y un ejemplo es que ya en 1990 tenía informatizada mi consulta, en 1992 tenía ecógrafo en mi consulta. Es decir, lo que más extraño de todo esto -que no reniego de nada, lo lamento, porque no puedo- es la relación con los pacientes, que a mí personalmente me resulta realmente atractivo.

En estos tiempos de falta de relevo generacional ¿qué le diría a un estudiante de Medicina para que

prueba... Lo que quiero decir es que, ya que no se le facilita el que conozca la Medicina de Familia en casi ningún sitio, que simplemente son pequeñas estancias en los Centros de Salud, yo le diría que antes de poder optar por otra cosa y poder decidir, que decida con conocimiento, y que explore lo que la Medicina de Familia le puede dar, lo que le puede hacer feliz, antes de poder tomar otra decisión. Porque es extremadamente rica. Eso sí, como en casi todas las ramas de la Medicina, a esta especialidad no viene a hacerse uno rico, para hacerse rico hay que dedicarse a otras cosas (otras ramas de la Medicina si pueden dar satisfacciones económicas). Pero con la Medicina, en general, se puede vivir dignamente con un altísimo nivel de satisfacción, y hacerte muy feliz.

"Un médico o grupo de médicos, cuando se empeñen y tengan la razón, pueden sacar cualquier proyecto adelante."

¿Quiere añadir algo más?

Lo único decir que la SEMG, igual que la ecografía, igual que la historia clínica, igual que las habilidades en salud mental y dermatología, etc, es una muestra viviente de que un médico o grupo de médicos, cuando se empeñen y tengan la razón, pueden sacar cualquier proyecto adelante, aunque hay que esperar y algunas veces, insistir e insistir muchas veces. Es algo que ha ocurrido con la ecografía: ha habido que esperar durante 25 años con mucha paciencia para lograr el nivel de implantación que ahora tiene, y que no lo tiene en ningún otro país en el mundo la Medicina de Familia. Y eso se le debe a la Sociedad Española de Medicina General y a unos cuantos locos que iniciaron esa andadura.

"Si naciera de nuevo, volvería otra vez a hacer Medicina de Familia"

eligiese la especialidad de MFyC?

Yo no le diría más que conociera la Medicina de Familia. Si volviera a nacer, volvería otra vez a hacer Medicina de Familia, si, pudiendo hacer otras cosas. Me ha producido unas satisfacciones tremendas, me ha permitido decidir sobre cuáles son las áreas que más me gustan, o lo que quiero explorar más, aun cubriéndolas todas... Es una aventura vital hacer Medicina de Familia. Lo que ocurre es que esto no se puede trasladar a nadie si no lo experimenta. Es como el sabor de las cosas, yo puedo decir que me gusta muchísimo tal cosa, pero si no se



VIDEO TUTORIAL
Utilidad de la ecografía pulmonar en la enfermedad COVID-19 en Atención Primaria

SEMG
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

