

histológico de las muestras. No se realizó biopsia prequirúrgica en ninguno de ellos. Uno de los pacientes presentó como complicación posquirúrgica hemorragia con anemia aguda y clínica anginosa, que precisó transfusión. Tras cirugía y rehabilitación, la evolución clínica ha sido adecuada en ambos pacientes.

Los otros 2 pacientes siguen controles periódicos con RM por parte del equipo de traumatología hospitalaria de referencia, donde fueron derivados tras el diagnóstico.

Se adjunta la imagen de masa subescapular visible en la exploración física (fig. 1).

El ED es un tumor benigno de diagnóstico accesible desde las consultas de atención primaria y que se debería sospechar ante un adulto con síntomas de dolor o rigidez en zona escapular y/o signos de dismetría, chasquido o palpación de masa subescapular. El diagnóstico diferencial ha de establecerse con: contractura muscular, bursitis subacromial, enfermedad del manguito de los rotadores y otros procesos neoplásicos de la pared torácica. Las técnicas de imagen confirman la sospecha diagnóstica clínica.

Bibliografía

1. Cano A, Bravo F, Garrido J, Ortega R. Elastofibroma dorsal: hallazgos en TC y RM. A propósito de dos casos. Radiología. 2001;43:353-5.
2. Debernardi DM, Avalos S, Bustos MEF, Arancibia A. Elastofibroma dorsi: un tumor infrecuente de la pared torácica. Exp Médica. 2011;29:67-70.
3. Abat F, Álvarez C, Trullols L, Perió A, Bagué S, Gracia I. Elastofibroma dorsi: 7 años de seguimiento de 37 casos y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012;56:295-9.
4. Cavallasca JA, Sohn DI, Borgia AR, Maliandi MR, Musuruana JL. Elastofibroma dorsi: revisión de 4 casos. Reumatol Clin. En prensa 2012. Doi: 10.1016/j.reuma.2011.12.011.
5. Majó J, Gracia I, Doncel A, Valera M, Núñez A, Guix M. Elastofibroma dorsi as a cause of shoulder pain or snapping scapula. Clin Orthop Relat Res. 2001;388:200-4.
6. Kourda J, Ayadi-Kaddour A, Merai S, Hantous S, Miled KB, Mezni FE. Bilateral elastofibroma dorsi. A case report and review of the literature. Orthop Traumatol Surg Res. 2009;95:383-7.

Sandra Estévez Carrera*, Carme Roca Saumell,
María Teresa Esteban García y Ana María Urpí Fernández

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria El Clot, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandra.24601@yahoo.es
(S. Estévez Carrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.005>

Su médico le recomienda un poco más de confianza

Your doctor recommends you have a little more confidence

Sr. Director:

La confianza es un elemento esencial en medicina, que hace posible la cooperación entre el médico y el paciente evitando la intromisión de regulaciones innecesarias¹. Se ha observado que los pacientes que tienen mayor confianza en su médico tienen también mayor satisfacción con la atención recibida, se adhieren más a las recomendaciones que se les dan, y cambian menos de médico².

Existen algunas dimensiones personales en las que los pacientes basan su confianza, que incluyen la competencia profesional del médico así como su capacidad de comunicación y empatía³. Sin embargo, cualquier consideración que hagamos sobre la confianza de los pacientes en el médico debe tener en cuenta la confianza que la sociedad en conjunto tiene en las instituciones sanitarias. Como constructo sociológico la confianza incluye las expectativas de buena voluntad que cada uno ponemos en los demás⁴. En última instancia la visión que las personas tenemos sobre el hombre en general tiene también un papel a la hora de confiar en un médico.

En algunos casos los pacientes desconfían de los médicos porque falta algún componente de los que mantienen la confianza. Sin embargo, en otros casos el porqué de la desconfianza está más allá de la relación personal con el

médico. La confianza en todas las instituciones sociales ha caído en las últimas décadas y en algunos países los médicos inspiran la misma desconfianza que los directivos de las empresas o los políticos¹. En realidad, la opinión, no solo en el médico, sino en la propia capacidad del hombre de hacer el bien se ha vuelto muy negativa recientemente. Con mucha frecuencia los medios de comunicación nos muestran al hombre como un ser ante todo destructivo, contaminante y violento, merecedor de muy poca confianza. La reducida visión materialista que tenemos hoy en día del mundo deja un lugar muy escaso para la fe en el hombre. Esto solo puede hacer todas las relaciones personales más difíciles, incluida la relación entre el médico y el paciente.

Aun así, en nuestra profesión vivimos rodeados de evidencia (no científica pero todavía valiosa) que sugiere que la realidad puede no ser tan negativa como la vemos. Los programas de formación médica continuada están muy solicitados entre los médicos, probablemente más solicitados que en ninguna otra profesión. A la mayoría de nosotros nos resulta muy estimulante la presentación de un caso difícil. Y cuando vemos un paciente que desconfía de nosotros nos sentimos perplejos, hasta perdemos por un segundo la noción de identidad: ¿por qué desconfía este hombre de mí?, ¿acaso no soy su médico? Estas vivencias, que tenemos a diario, nos hacen pensar que debe haber habido algún error en la concepción moderna del médico, del sistema sanitario... quizá del hombre en su totalidad. Desconfiar a priori puede ser un error.

Sr./Sra. paciente, debe usted reconsiderar su opinión negativa en los médicos y en la gente en general. Como decía un viejo amigo «algunos han declarado con razón que el bien

es aquello a lo que todas las cosas aspiran»⁵. Y los médicos no somos una excepción a esa ley. Debe usted confiar un poco más en nosotros que realmente estamos de su lado y muy probablemente no seamos los únicos.

Bibliografía

1. Mechanic D. In my chosen doctor I trust. *BMJ*. 2004;329:1418–9.
2. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 2004;164:1015–20.
3. Pearson SD, Raeke LH. Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. *J Gen Intern Med*. 2000;15:509–13.
4. Goold SD. Trust, distrust and trustworthiness. *J Gen Intern Med*. 2002;17:79–81.

5. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Alianza; 2008.

Luis Ayerbe García-Monzón^{a,b,*}, María Pérez-Piñar López^b y Salvador Pereira Sanz^c

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Division of Health and Social Care Research King's College, Londres, Reino Unido*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, The Westborough Road Surgery, Westcliff on Sea, Reino Unido*

^c *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Robledo de Chavela, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisayerbe@hotmail.com (L. Ayerbe García-Monzón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.007>

Iluminar y deslumbrar. Un caso de prescripción inadecuada de prasugrel con reacción adversa urticante

To enlighten and to dazzle: a case of an inadequate prescription of Prasugrel with an adverse reaction of urticaria

Sr. Director:

Hemos leído recientemente un interesante editorial en su revista¹ donde los autores nos recuerdan el importante hecho práctico de que no siempre se seleccionan los medicamentos más adecuados. En este sentido, quisiéramos añadir una reflexión, ilustrada con un caso, sobre los conceptos de «deslumbramiento» por lo nuevo y el papel del médico de familia (MdF) de «iluminar» la trayectoria clínica del paciente.

El deslumbramiento por lo nuevo en los médicos y pacientes entraña riesgos. Y las reacciones adversas a fármacos (RA) son una parte importante de ese problema. Además, parece estar ganándonos a los MdF una inercia terapéutica que produce un alto grado de polimedicación inadecuada, peligrosa y costosa, en parte debido a la prescripción inducida –en la cual el MdF tiende a culpabilizar a otros de su comienzo, pero tampoco se atreve a considerar cambios²–, pero también por el deslumbramiento de los propios MdF que son responsables de una cantidad sustancial de todas las recetas iniciales de los nuevos medicamentos³, olvidando de este modo nuestro papel de «iluminar» el camino terapéutico del paciente. Porque hay diferencias entre «iluminar» y «deslumbrar»: iluminar es profundizar en uno mismo; deslumbrar son los gestos apresurados y estrepitosos exteriores. Una vela, un quinqué dan luz, iluminan, permiten ver; en cambio, unos focos deslumbrantes ciegan, dificultan la visión.

En este contexto, desearíamos mostrar un caso ilustrativo de prescripción «deslumbrante» inadecuadamente elegida

que conlleva una RA, que es «iluminada» –observada, resuelta y comunicada– por el MdF. Se trata de un varón de 46 años, que acude al centro de salud por presentar tras un esfuerzo intenso un episodio de dolor retroesternal opresivo y sensación nauseosa con vómito posterior sin irradiación. Se diagnostica en urgencias hospitalarias de síndrome coronario agudo sin elevación del ST ni onda Q. Se prescribe al alta hospitalaria prasugrel, y presenta una RA urticante a las pocas horas de su toma⁴, desapareciendo tras la sustitución por clopidogrel.

Entre los métodos tendentes a identificar y cuantificar las RA de los medicamentos tenemos los datos derivados de la pura observación clínica –«iluminar»– y, en este aspecto, el papel que desempeña el MdF es fundamental. Sin embargo, existe una infracomunicación debido a la incertidumbre entre causa y efecto. Es difícil distinguir si una manifestación clínica es el resultado de una medicación específica o forma parte de la enfermedad del paciente. En estas circunstancias, es crucial el papel de MdF reflexivo y atento, que ilumina el camino clínico del paciente sin dejarse deslumbrar por las prescripciones nuevas y frecuentemente inadecuadas.

En el caso que presentamos, la prescripción de prasugrel al alta hospitalaria no se justificaba según las evaluaciones independientes, que consideran que presenta un balance beneficio/riesgo/coste del tratamiento bajo en pacientes con síndrome coronario agudo que reciben una intervención percutánea coronaria (ICP), aceptándose, no obstante, que hay una serie de subgrupos de población que podrían beneficiarse: diabéticos, pacientes en tratamiento con clopidogrel que presentan trombosis del *stent*, y pacientes con elevación del ST en los que es necesaria una ICP inmediata, y nuestro paciente no se encontraba en ninguno de estos subgrupos⁵.

La prescripción juiciosa, cauta y conservadora, que ilumina pero no deslumbra, es un requisito previo para el uso seguro y apropiado de los medicamentos, y esto incluye el escepticismo respecto a los nuevos medicamentos, y el mantenimiento de la vigilancia en cuanto a las RA, valorando la posible retirada del fármaco⁶.