

- Existe secuencia temporal evidente entre la toma del fármaco y la hiponatremia
- La RA es conocida
- La paciente se recuperó completamente al retirarse el fármaco
- Aunque es posible que la hidroclorotiazida contribuyera en el desarrollo de la RA⁵, la hiponatremia es conocida para oxcarbazepina y la paciente continuó asintomática a pesar de mantener el tratamiento con ambos fármacos (enalpril + hidroclorotiazida)

En la literatura se ha comunicado la aparición de hiponatremia generalmente asintomática como una RA relacionada con oxcarbazepina^{3,6}. Los factores de riesgo para la hiponatremia incluyen la edad avanzada, el sexo femenino, las dosis superiores a 30 mg/kg/día y el uso concomitante de otros medicamentos que pueden provocar hiponatremia, incluidos antidepresivos, carbamazepina y diuréticos, como fue el caso de esta paciente (hidroclorotiazida)³. La ficha técnica del medicamento ya lo recoge como una RA frecuente², en la base de datos de RAM de FEDRA del SEF publicados hasta 2006⁵ la oxcarbazepina es el fármaco para el que más casos de hiponatremia se habían notificado (n = 38), seguidos de hidroclorotiazida (n = 36), carbamazepina (n = 29), paroxetina (n = 29), furosemida (n = 29) y espironolactona (n = 27).

Las RAM pueden esconder un piélagos de complicaciones que producen síntomas con frecuencia mal definidos, que se confunden con la enfermedad de base o que simulan cualquier otra, y deterioran la calidad de vida de los pacientes, dificultan el diagnóstico y el manejo de las enfermedades, o ponen en peligro la vida¹. Esta hiponatremia grave relacionada con oxcarbazepina, que supuso un ingreso hospitalario, pasó totalmente desapercibida porque la paciente y su familia ocultaron a su médico de familia tanto el problema de salud de base (neuralgia del trigémino) como que la paciente estaba siendo atendida y tratada por un neurólogo en su consulta privada. Siempre es importante realizar una anamnesis farmacológica detallada¹ y no olvidar que los pacientes pueden ocultar información acerca de la toma de otros medicamentos o productos no prescritos por nosotros, ya sea por temor, desconocimiento de la importancia o vergüenza.

Este caso debería servir para poner en alerta a los médicos de familia sobre la importancia de insistir en la

entrevista clínica y adquirir herramientas de comunicación que mejoren la empatía con los pacientes.

Bibliografía

1. Palop Larrea V, Sempere i Verdú E, Martínez-Mir I. Anamnesis farmacológica y reacciones adversas a medicamentos. *Aten Primaria*. 2000;25:666-7.
2. Ficha técnica de la AEMPS de oxcarbazepina [consultado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/pdf/es/ft/74158/74158-ft.pdf>.
3. Schachter SC. Antiepileptic drugs: Mechanism of action, pharmacology, and adverse effects. Up To Date. 2019 [consultado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/antiepileptic-drugs-mechanism-of-action-pharmacology-and-adverse-effects>.
4. Sempere E, Palop V, Bayón A, Sorando R, Martínez-Mir I. Calidad de la publicación de las reacciones adversas a medicamentos en la sección de cartas al director de cuatro revistas españolas de medicina interna y medicina general. *Aten Primaria*. 2006;37:187-94.
5. Meyboom RHB, Royer RJ. Causality classification at pharmacovigilance centers in the European Community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1992;1:87-97.
6. Reacciones Adversas a Medicamentos. Hiponatremia asociada a fármacos. Boletín Informativo de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. 2006;13:4-7.

Cristina Vivas Maiques^{a,b,*} y Vicente Palop Larrea^{c,d}

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Alfahuir, Valencia, España*

^b *Grupo de trabajo de Utilización de Fármacos de la SoVaMFIC*

^c *Medicina de Familia y Comunitaria, Consulta de*

^d *Fibromialgia, Hospital de Denia, Denia, Alicante, España*

^d *Grupo de trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisvivas@gmail.com (C. Vivas Maiques).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.03.010>
0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Análisis de la prevalencia y principales factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética

Analysis of the prevalence and major risk factors associated with diabetic retinopathy

Sr. Editor:

He leído el reciente artículo publicado en *Atención Primaria* por Castillo-Oti et al¹, sobre un estudio transversal acerca de la prevalencia y factores de riesgo asociados a la retinopa-

tía diabética en Cantabria y me gustaría compartir algunas reflexiones.

La diabetes mellitus (DM) se ha convertido en una de las epidemias del siglo XXI con mayor trascendencia sociosanitaria². Resulta interesante que la prevención de la retinopatía diabética (RD) pasa por un buen seguimiento de la enfermedad sin que haya que darse mensajes a los médicos más que seguir haciendo adecuadamente controles y seguimiento.

De acuerdo con un metaanálisis publicado por Yau et al.³, la prevalencia mundial de la RD entre la población diabética es del 35,4% comparado con el 8,56% que exponen los autores en la actualidad en Cantabria. Este resultado tiene una

validez externa limitada y aunque los autores refieren que últimamente ha habido un mejor control de los factores de riesgo (FR) modificables a nivel español, esto no debe ser motivo de complacencia, puesto que podría explicarse por un menor tiempo de evolución de la enfermedad en nuestra población diabética.

Los factores de riesgo más importantes asociados al desarrollo de RD son el índice de masa corporal (IMC), el tratamiento de la diabetes y los años de evolución. En el análisis de Castillo, se mostraba que el incremento en el IMC es un factor protector frente a la RD, lo cual resulta sorprendente, porque en pacientes normopesos con DM tipo 2, hay un exceso de extracción de insulina por el hígado, llevando a menores niveles periféricos y severos niveles de hiperglicemia a pesar de una buena función de célula beta⁴.

En referencia a la terapia con insulina, los pacientes insulinizados presentaban mayor susceptibilidad a una progresión de su RD comparado con aquellos que seguían tratamiento con antidiabéticos orales⁵. La retinopatía en este caso expresaría una evolución clásica de años de mal control que habría obligado a utilizar finalmente insulina, pero no otra forma de abordaje con insulinización precoz. No obstante, en Europa, el *United Kingdom Prospective Diabetes Study*⁶, concluyó que un adecuado control glicémico con tratamiento optimizado con insulina disminuía el riesgo de la progresión de la RD.

Aunque muchos estudios plantean que fumar no modifica la evolución hacia RD2, algunos autores proponen su responsabilidad en esta evolución. Probablemente hubiera sido interesante estudiar la variable estatus de fumador, ya que es un importante factor de riesgo cardiovascular.

De momento como plantean los autores la mejor forma de prevención es un buen control de la diabetes. Si alguien persiguiera en este control introducir de forma precoz la insulina, seguramente no figuraría como FR, ya que la mala evolución se vería suplida por una anticipación de la insulina. Se abriría la polémica si la insulina, independientemente

de años de evolución y mal control previo, intrínsecamente pudiera ser factor independiente de presentación de RD.

Bibliografía

1. Castillo-Otí JM, Cañal-Villanueva J, García-Unzueta MT, Galván-Manso AI, Callejas-Herrero MR, Muñoz-Cacho P. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en Santander Norte de España. *Aten Primaria*. 2020;52:29–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.10.001>.
2. Tenorio G, Ramírez-Sánchez V. Retinopatía diabética: conceptos actuales. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010;73:193–201.
3. Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35:556–64, <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1909>.
4. Das S, Samal K, Baliarsingha A, Tripathy B. Lean (underweight) NIDDM - peculiarities and differences in metabolic and hormonal status: a pilot study. *J Assoc Physicians India*. 1995;43:339–42.
5. Lima VC, Cavalieri GC, Lima MC, Nazario NO, Lima GC. Risk factors for diabetic retinopathy: a case-control study. *Int J Retina Vitreous*. 2016;2:21, <http://dx.doi.org/10.1186/s40942-016-0047-6>.
6. Kohnen EM, Aldington SJ, Stratton IM, Manley SE, Holman RR, Matthews DR, et al. United Kingdom Prospective Diabetes Study 30 diabetic retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors. *Arch Ophthalmol*. 1998;116:297–303, <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.116.3.297>.

Éric Matas-García

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España

Correo electrónico: ericmatasgarcia@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.006>

0212-6567/ © 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Está España preparada para proporcionar apoyo psicológico durante la crisis de COVID-19?



Is Spain prepared to provide psychological support during the COVID-19 crisis?

Sr. Editor:

Desde principios de año el panorama mundial se ha centrado de forma unisona en la pandemia producida por la enfermedad COVID-19 y su propagación a otras ubicaciones geográficas después del brote en Wuhan, China, originando un gran sufrimiento tanto físico como psicológico¹. Tras lo sucedido se hace necesario reflexionar sobre las posibles repercusiones que puede sufrir España, en cuanto a la salud mental, tras declarar el primer estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la

COVID-19 en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, y sus sucesivas ampliaciones. La situación de COVID-19 en España durante el estado de alarma, según los datos extraídos del Gobierno de España, muestra un total de 177.633 casos infectados por SARS-CoV-2, siendo la Comunidad de Madrid la más afectada con más de 49.000 casos y Cataluña con más de 36.000 casos, seguidas muy por debajo del País Vasco con más de 11.000 casos².

En primer lugar, podemos exponer que una de las situaciones más estresantes para la población general es la imprevisibilidad y la incertidumbre que genera la situación a nivel sanitario, económico y social, la falta de control de la enfermedad, el número de infectados y los riesgos derivados de la misma. En segundo lugar, la desinformación, o las creencias de bulos pueden aumentar la preocupación entre las masas. Las epidemias y pandemias generan graves estresores como el miedo a la muerte, sentimientos de soledad y desgaste social entre las personas que están