

Financiación

No se ha recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses. El contenido del trabajo es original y no ha sido publicado previamente y no se ha enviado simultáneamente a otra revista. Existe la aceptación explícita, por parte de todos los autores del contenido de la versión presentada.

Agradecimientos

Agradecimientos al Dr. Vicenç Querol y al Dr. Jordi Delàs.

Bibliografía

1. Caballería LL, Torán P. Epidemia de esteatosis hepática: un análisis desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2019;51:525–6.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Efectividad diagnóstica y seguridad de la elastografía en el estudio de la fibrosis hepática en enfermedad hepática crónica. Accesible en <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=22/01/2019-b64a8919d0>. (consultada 31-12-19).
3. Fibrosis | ASSCAT [Internet] Accesible en: <https://asscat-hepatitis.org/consecuencias-hepaticas/fibrosis/> Consultada el 31 de diciembre de 2019.

4. Yin M, Venkatesh SK. Ultrasound or MR elastography of liver: which one shall I use? *Abdom Radiol*. 2018;43:1546–51.
5. McCombe G, Swan D, O'Connor E, Avramovic G, Vickerman P, Ward Z, et al. Integrated Hepatitis C care for people who inject drugs (Heplink): Protocol for a feasibility study in primary care. *JMIR Res Protoc*. 2018;7:e149, doi: 10.2196/resprot.9043.
6. Caballería L, Augustin S, Broquetas T, Morillas RM, Vergara M, Virolés S, et al. Recomendaciones para la detección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico en atención primaria y hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2019;153:169–77.

Maria Cinta Sin^{a,*}, Vicenç Querol^b y Jordi Delàs^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quironsalud. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quironsalud. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariasinsoler@gmail.com (M.C. Sin).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.005>

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/>).

Hiponatremia grave y uso velado de oxcarbazepina



Severe hyponatremia and oxcarbazepina hidden use

Sr. Editor:

Hay muchos motivos por los que una reacción adversa a medicamento (RAM) puede pasar desapercibida, los más habituales son no pensar en los medicamentos como agentes causantes de enfermedad o el desconocimiento de las RAM. El diagnóstico de una RAM implica una anamnesis farmacológica detallada y exhaustiva cada vez que aparece un síntoma o signo nuevo¹. Presentamos un caso de hiponatremia grave relacionada con oxcarbazepina para tratar una neuralgia del trigémino. Esta reacción adversa (RA) ha sido notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia (SEF) (n.º de registro NR7224).

Caso: Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y artrosis en tratamiento oral con lercanidipino 10 mg/día y paracetamol 650 mg a demanda, que consulta a su médico de familia por cansancio y mareo. La paciente había consultado en urgencias de atención primaria en 3 ocasiones en los últimos 15 días por encontrarse mareada, con debilidad y detectar en su domicilio cifras de tensión arterial superiores a 180/100 mmHg, motivo por el que se le prescribió un comprimido oral de enalapril + hidroclorotiazida 20/12,5 mg/día. Tras acudir a su médico de familia para control, se realizó anamnesis y explo-

ración física completa, sin hallazgos significativos, tras lo cual se solicitó analítica con hemograma y bioquímica. La paciente acudió con su hija a los 7 días refiriendo aumento del cansancio, debilidad, mareo y entumecimiento cognitivo, presentó cuadro sincopal con pérdida de conciencia de varios minutos y fue trasladada a urgencias del hospital. Las pruebas de laboratorio indicaron una hiponatremia grave con sodio de 120 mg/dl y el resto sin alteraciones. La paciente ingresó en medicina interna para tratamiento y estudio. En una anamnesis telefónica posterior la hija admitió que la paciente estaba siendo atendida, desde hacía un par de meses, por un neurólogo privado por una neuralgia del trigémino y que seguía tratamiento con oxcarbazepina vía oral con aumento progresivo de la dosis hasta 2.400 mg/día. Ante la sospecha de posible efecto adverso se retiró este fármaco y se normalizaron los niveles de sodio, permaneciendo estables en los siguientes controles mensuales, con desaparición completa de la clínica.

La oxcarbazepina es un fármaco antiepiléptico derivado de las carboxamidas, indicado para el tratamiento de las crisis epilépticas parciales con o sin generalización secundaria, con crisis tónico-clónicas. En España no tiene indicación aprobada para el tratamiento de la neuralgia del trigémino. Las RA conocidas más frecuentes para este fármaco son somnolencia, cefalea, mareo, diplopía, vómitos, náuseas y fatiga. La hiponatremia está considerada como una reacción frecuente (2,7% de los pacientes tratados), que en ocasiones puede ser grave o poner en peligro la vida del paciente^{2,3}.

Según el algoritmo de causalidad del SEF⁴ aplicado a este caso, la hiponatremia por oxcarbazepina es probable por:

- 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 (enalapril + 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 piélago 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/pdfs/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 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-Otí 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 socio-sanitaria². 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