

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 3 • VOL 22

DICIEMBRE 2020

5 EDITORIAL

GANAS DE CONGRESO

Álvarez Pasquín M.J., y Comité Organizador y Científico
XXVIII Congreso SoMaMFyC

7 GRUPOS DE TRABAJO

“ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS” GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOMAMFYC XXVIII CONGRESO DE LA SOMAM- FYC, 5 DE NOVIEMBRE DE 2020

GdT Medicina Rural, GdT Enfermedades Respiratorias,
GdT Nefrourología, GdT Digestivo, GdT Farmacoterapia,
GdT Diabetes

23 TEMAS ACTUALIDAD

1. ¿EN QUÉ ATENCIÓN PRIMARIA QUEREMOS TRABAJAR?

Ares Blanco S., Cotillas Rodero A.

2. NO SE PODÍA SABER

Estevan Burdeus P.

3. ¿POR QUÉ NO HAY SUPLENTES?

García-Gutiérrez Gómez R., Barandiarán Fernández de
Vega I., Cotillas Rodero A.

4. DE ESO NO SE HABLA

Benedicto Subirá C., Aragón Martín B.

5. CONTINUO.....

Cabrera Majada A.

6. ROMANTICISMO NO DIABÉTICO

Blanco A.

7. COMO QUIERO QUE SEA MI MÉDICO DE FAMILIA

Zamarrón Fraile M.E.

8. AUTOCUIDADOS PARA PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19 (Y NO SOLO)

Herranz Bandrés B., Martín Luengo M., Revilla Laguna A.,
Diouri N.

9. #YOMEOFREZCOATRAJARENATENCIÓNPRIMARIA

Sacristán M., Fando C., Estevan P., Saldaña I., Barahona
E., Aragón B., Benedicto C., Herranz B., Belinchón S.,
García-Zurita I.

38 ORIGINAL

1. COVID-19 Y CRISIS SANITARIA: CLÍNICA DE NUEVA APARICIÓN EN UN HOTEL SANITARIZADO

Villares López A.J., Huerga López C., Bellas Fernández
L., Melero Pérez C., Albendea Roch J., Grupo de
Trabajo hotel medicalizado; Montero Ruiz E.

2. CÓMO FUE EL INICIO DE LA SEGUNDA OLA COVID EN UN CENTRO DE SALUD DE USERA. MADRID

Pascual Macías A., Sánchez Lozano S.

3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HELICOBACTER PYLORI EN UN CENTRO DE SALUD DE MADRID

Vicén Pérez M.C., Gallego Uriel M.J., Aguilar Shea A.L.

59 CASOS CLÍNICOS

1. NEUMONIA NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA

Martínez Grau I., Cobo Rossell M.R., Saadiya Ahmed
de Prado H., Correa Gutierrez

2. FIEBRE Y CONJUNTIVITIS ¿SIEMPRE ES BANAL?

López Oliver-Guerra C.T., Valdés Villar M.

3. ANEURISMA CEREBRAL FAMILIAR: REALIDAD O FICCIÓN

Family brain aneurysm: reality or fiction

López Durive D., Sierra Santos L., Redondo-Sendino A.,
Romero Molina M.L.

4. ¿POR QUÉ NO VA BIEN ESTE PARKINSON?

Vallejo Somohano F., Sánchez Calso A., Antón Sanz M.C.,
Bravo Viejo P., Ulecia Langa M.R.

5. TRATAMIENTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE

Ramos Pérez A.; Rodríguez Sanjuan M. I.; Viñal Gon-
zález M.

6. MI CABALLO ME HA ROTO EL CORAZÓN

Vallejo Somohano F., Rodríguez Cerro M., Sánchez
Calso A.

75 EL CAFELITO

LA M.E.S.A. DE LA SALUD

Dols Juste J.

Relato ganador en el XXVIII Congreso de la SoMaMFyC

77 TABERNA DE PLATÓN

CANTO A MÍ MISMA

Ogando Díaz B.

79 LECTURA COMENTADA

DOSIS ÚNICA SEMANAL DE INSULINA FRENTE A PAUTA DIARIA EN DIABÉTICOS TIPO 2, ¿EFICAZ Y SEGURA?

Fernández-Crespo P., León Vázquez F.

MÉDICOS DE FAMILIA

REVISTA

—DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA—
DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

Nº 3 • VOL 22

DICIEMBRE 2020

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA

Director: Miguel Ángel María Tablado

Comité Editorial: Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo, Lubna Dani Ben Abdellah, Javier Bris Pertíñez, Carlos Fondón León, Araceli Garrido Barral, Rafael Llanes De Torres, Esther Martín Ruiz, Mario Miranda García, Juan Carlos Muñoz García, Isabel Prieto Checa

Secretaría de redacción: Manuela Córdoba Victoria

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Presidencia: Clara Abad Schilling. **Vicepresidencia:** Sara Ares Blanco.

Secretaría: Itziar Barandiaran Fdez de Vega. **Tesorería:** Manuel Gómez García.

Vocal del Papps: Carlos Fondón León. **Vocal del PACAP:** Adrián Carrasco Munera.

Vocalía de Investigación: Jaime Barrio Cortes y Verónica Rodríguez Fernández.

Vocalía de Formación: Cristina Cáceres Cortes y Lidia Arias Tobeña.

Vocalía de Gdt: Marta Merlo Loranca y Cinta Hernández García.

Vocalía de Residentes: Ana Peral Martín. **Vocalía de JMF:** Alberto Cotillas Roderó.

Vocalía de Tutores: Rocío Álvarez Nido. **Vocalía de Médicos Jubilados:** Cristina De la Cámara González.

REVISTA EDITADA POR:

SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Fuencarral, 18, 1º B / 28004 Madrid

Teléfono: 91 522 99 75 • FAX: 91 522 99 79

E-mail: somamfyc@somamfyc.com • WEB: www.somamfyc.com

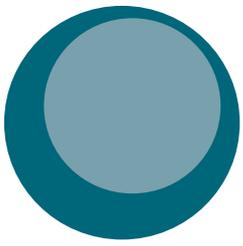
ISSN: 1139-4994 - Soporte Válido nº 43/08 - R - CM

EL COMITÉ EDITORIAL NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS DE OPINIÓN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso de los titulares del Copyright.

© **SOCIEDAD MADRILEÑA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN: Artes gráficas Cofás, S. A. Calle Juan de la Cierva, 58. Pol. Ind. Prado de Regordoño. 28936 Móstoles (Madrid)



SUMARIO

5 EDITORIAL

GANAS DE CONGRESO

Álvarez Pasquín M.J., y Comité Organizador y Científico XXVIII Congreso SoMaMFyC

7 GRUPOS DE TRABAJO

“ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS” GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOMAMFYC XXVIII CONGRESO DE LA SOMAMFYC, 5 DE NOVIEMBRE DE 2020

GdT Medicina Rural, GdT Enfermedades Respiratorias, GdT Nefrourología, GdT Digestivo, GdT Farmacoterapia, GdT Diabetes

23 TEMAS ACTUALIDAD

1. ¿EN QUÉ ATENCIÓN PRIMARIA QUEREMOS TRABAJAR?

Ares Blanco S., Cotillas Rodero A.

2. NO SE PODÍA SABER

Estevan Burdeus P.

3. ¿POR QUÉ NO HAY SUPLENTES?

García-Gutiérrez Gómez R., Barandiarán Fernández de Vega I., Cotillas Rodero A.

4. DE ESO NO SE HABLA

Benedicto Subirá C., Aragón Martín B.

5. CONTINUO.....

Cabrera Majada A.

6. ROMANTICISMO NO DIABÉTICO

Blanco A.

7. COMO QUIERO QUE SEA MI MÉDICO DE FAMILIA

Zamarrón Fraile M.E.

8. AUTOCUIDADOS PARA PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19 (Y NO SOLO)

Herranz Bandrés B., Martín Luengo M., Revilla Laguna A., Diouri N.

9. #YOMEOFREZCOATRAJARENATENCIÓNPRIMARIA

Sacristán M., Fando C., Estevan P., Saldaña I., Barahona E., Aragón B., Benedicto C., Herranz B., Belinchón S., García-Zurita I.

38 ORIGINAL

1. COVID-19 Y CRISIS SANITARIA: CLÍNICA DE NUEVA APARICIÓN EN UN HOTEL SANITARIZADO

Villares López A.J., Huerga López C., Bellas Fernández L., Melero Pérez C., Albendea Roch J., Grupo de Trabajo hotel medicalizado; Montero Ruiz E.

2. CÓMO FUE EL INICIO DE LA SEGUNDA OLA COVID EN UN CENTRO DE SALUD DE USERA. MADRID

Pascual Macías A., Sánchez Lozano S.

3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HELICOBACTER PYLORI EN UN CENTRO DE SALUD DE MADRID

Vicén Pérez M.C., Gallego Uriel M.J., Aguilar Shea A.L.

59 CASOS CLÍNICOS

1. NEUMONIA NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA

Martínez Grau I., Cobo Rossell M.R., Saadiya Ahmed de Prado H., Correa Gutierrez

2. FIEBRE Y CONJUNTIVITIS ¿SIEMPRE ES BANAL?

López Oliver-Guerra C.T., Valdés Villar M.

3. ANEURISMA CEREBRAL FAMILIAR: REALIDAD O FICCIÓN

Family brain aneurysm: reality or fiction

López Durive D., Sierra Santos L., Redondo-Sendino A., Romero Molina M.L.

4. ¿POR QUÉ NO VA BIEN ESTE PARKINSON?

Vallejo Somohano F., Sánchez Calso A., Antón Sanz M.C., Bravo Viejo P., Ulecia Langa M.R.

5. TRATAMIENTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE

Ramos Pérez A.; Rodríguez Sanjuan M. I.; Viñal González M.

6. MI CABALLO ME HA ROTO EL CORAZÓN

Vallejo Somohano F., Rodríguez Cerro M., Sánchez Calso A.

75 EL CAFELITO

LA M.E.S.A. DE LA SALUD

Dols Juste J.

Relato ganador en el XXVIII Congreso de la SoMaMFyC

77 TABERNA DE PLATÓN

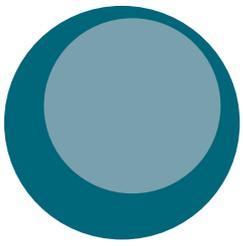
CANTO A MÍ MISMA

Ogando Díaz B.

79 LECTURA COMENTADA

DOSIS ÚNICA SEMANAL DE INSULINA FRENTE A PAUTA DIARIA EN DIABÉTICOS TIPO 2, ¿EFICAZ Y SEGURA?

Fernández-Crespo P., León Vázquez F.



GANAS DE CONGRESO

*Ayer, Notre Dame.
Hoy, fila sanitaria al
Réquien de Bach*

*Siempre sonrisa
De aliento, rosa fresca
tras las máscaras⁽¹⁾*

El 5 de noviembre los miembros del comité organizador y científico salimos exultantes del XXVIII Congreso de la SoMaMFyC, y primero celebrado on-line. Hacía alrededor de un año que nos constituíamos como equipo para poner en marcha el habitual congreso de todos los años, y no podíamos aventurar la revolución que se venía encima. Lo logramos. El congreso de la madrileña que se venía realizando en la Universidad Rey Juan Carlos pasó a catapultarse al espacio digital gracias a la plataforma que es Internet.

El XXVIII Congreso, en la Facultad de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón, ya estaba totalmente organizado, con las mesas destinadas a cada uno de los temas principales que nos preocupaba y preocupa cada vez más, la situación de la Atención Primaria, que originó el lema “Plántate y crece”, y la actualización de conocimientos en enfermedades infecciosas, principalmente vacunas y antibióticos, así como los talleres (que este año protagonizaban los grupos de Nefrourología, Inequidades, PAPPs y Atención al Mayor) junto con los encuentros en que se abordaban la investigación y la relación con la universidad, como agua para regar esas plantas. De ahí en un momento pasamos a la hecatombe. Ese 23 de abril del 2020, día mundial de los libros, Madrid estaba sumida en la enfermedad y la muerte y sus profesionales, entre ellos nuestros médicos de familia, trabajando a destajo. La mayoría entre los Centros de Salud, los refuerzos, las guardias, el hospital de pandemias, y nuestros residentes dándolo todo, además, en guardias hospitalarias; otros muchos, enfermando por la falta de previsión y la desprotección en un país que no había escuchado con suficiente atención las advertencias realizadas por la OMS y en una comunidad que no tenía en cuenta los datos epidemiológicos del momento, con el inicio del pico de neumonías y

cuadros febriles que no eran ya gripe. Algunos han fallecido de esta enfermedad profesional, la COVID 19, y otros, más de los que quisiéramos, sufren sus secuelas. Recalamos, enfermedad profesional. Los sanitarios vivimos en sociedad pero el lugar de más probable contagio es donde están los enfermos que es donde trabajamos, somos sanitarios y somos sociedad. Así que pasó ese 23 de abril sin congreso y sin pensamiento de celebrarlo.

En esos meses la semFYC, en colaboración con sus sociedades federadas que la constituyen, veló por la actualización del conocimiento de los médicos de familia sobre esta enfermedad que nos sigue siendo desconocida. Y, una vez tranquilizada la situación, parecía necesario darle una vuelta al tema. ¿Cómo, dónde, cuándo? Finalmente, regresados de algunos días de descanso estival, nos reunimos viéndonos las caras en esas plataformas varias con las que todos nos hemos familiarizado: Zoom, Skype, Whatsapp, etc. El congreso, con la insistencia de la Junta Directiva, debería salir adelante y darle un nuevo formato, el digital. Nuestro presidente, Rafael Alonso Roca, solicitó más apoyo especialmente por la inexperiencia del equipo. Se sumaban además dificultades como la falta de recursos económicos en un año tan complejo y la voluntad de mantener la filosofía de “libre de humos”. Nos volvimos a poner en marcha, recomponiendo el programa, recortando apartados como los Talleres y Encuentros de Universidad e Investigación (que en su filosofía eran presenciales), dando nuevas formas a los Plis-Plas, Mesas, pósters y comunicaciones. Y así decidimos salir adelante hacia el temido día en el que recelábamos de la tecnología y la participación.

El programa, en una apreciación poco comedida, insuperable. Magistral la conferencia de Sergio Minué, conocedor de todos los vericuetos de la AP, desde la consulta a la gerencia y fertilizado por su capacidad docente. La mesa “S.O.S Atención primaria ¿hora de plantarse?” con ponentes de altos vuelos y clásicos en las redes mostraron la cruda realidad del momento. La mesa de infecciosas adaptó sus contenidos a los tiempos de C con magníficos expertos que indujeron el debate. Y, en la transformación del programa, se añadieron 4 actividades docentes on-line a propuesta de 4 Grupos de Trabajo de la Sociedad, de los grupos

de Bioética, Comunicación y Salud, Inequidades en Salud y Salud Mental, con actividades pertinentes con la pandemia que nos asola. La asistencia, bárbara, 184 inscritos, 142 asistentes conectados, lo que comparado con la asistencia presencial que viene a ser de unas 220 personas en años anteriores demuestra las ganas de congreso y la necesidad de un foro donde compartir y reflexionar sobre nuestra problemática y actualizar el saber con un enfoque pragmático.

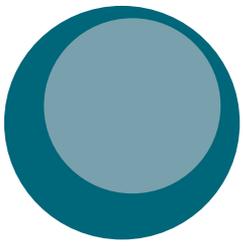
En definitiva, estamos orgullosos del resultado. Creemos que todos teníamos y tenemos ganas de congreso y que el formato virtual ha venido para quedarse. No de forma absoluta sino, por supuesto, cuando no pueda hacerse presencial, y posiblemente para

incorporar algunas de sus posibilidades a los congresos presenciales; pero es una manera en la que las personas pueden participar cuando tengan problemas familiares o personales, de accesibilidad por horarios y distancia etc. y además, permite su asistencia de forma diferida, gracias a la grabación.

Queremos, por último, agradecer a los asistentes su apoyo, el hecho de estar ahí, al otro lado de las ondas, haciéndonos sentir que todo el esfuerzo no ha sido en balde. Os animamos a enviar tanto sugerencias de organización como temática. Y gracias a la Junta Directiva por su apoyo constante y que se mantenga con fuerza en estos momentos tan complicados para la Atención Primaria.

Álvarez Pasquín M.J. y Comité Organizador y Científico XXVIII Congreso SoMaMFyC.

⁽¹⁾ Pasquín M. HAIKUS DESDE EL BALCÓN. 1.ª edición 2020. Editorial Amazing Books; ISBN: 978-84-17403-67-6



GRUPOS DE TRABAJO

ACTUALIZACIONES PLIS-PLAS

1. GdT MEDICINA RURAL

■ María Tablado M.A. Médico Familia. C. S. Perales Tajuña

Ofrecemos en este apartado las exposiciones de los grupos de trabajo de la SoMaMFyC en el XXVIII Congreso de la SoMaMFyC, celebrado el día 5 de noviembre de 2020 en Streaming.

En el formato denominado PLIS PLAS, se solicita a estos grupos que expongan de forma breve, en no más de seis minutos, las novedades, temas importantes o actualizaciones de su área de trabajo.

De ahí el título que comparten todas ellas: "Actualizaciones PLIS-PLAS"

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES RURALES TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

MORTALIDAD POR COVID-19 EN LAS ÁREAS RURALES DE ESTADOS UNIDOS

Los estudios más recientes han demostrado que el riesgo de mortalidad por la infección por la COVID-19 es mayor en la población envejecida sobre todo en pacientes con comorbilidad¹. El 80% de la mortalidad relacionada con la COVID-19 es a expensas de las personas mayores de 60 años². El 19% de la pobla-

ción de los Estados Unidos vive en áreas consideradas rurales y la media de edad en esas áreas es de 73.3 años. En el mundo rural americano también hay una mayor tasa de obesidad que en urbano, factor de riesgo que se ha relacionado con mayor mortalidad. También los habitantes de zonas rurales son más fumadores lo cual puede significar mayor número de complicaciones respiratorias.

Las poblaciones rurales tienen una movilidad humana y densidad de población más baja que los urbanos lo cual puede impedir la mitigación y favorecer la expansión de la infección. Epidemias pasadas como alguna de gripe, sobre todo la de H1N1 han puesto en evidencia que las infraestructuras sanitarias rurales en distintos puntos del mundo son insuficientes. La falta de camas de UCI puede ser un mal entre muchos, otros como el diagnóstico tardío o la llegada con retraso de la terapia antiviral a puntos remotos también pueden aumentar la morbilidad y mortalidad por la COVID-19. La tasa de mortalidad aumentará de forma llamativa en el mundo rural incluso en Estados Unidos. Otros hechos diferenciales como la falta de personal, la falta de preparación de este y la falta de recursos sanitarios y de infraestructuras médicas de calidad en lugares alejados de las ciudades favorecerán la progresión de la infección y sus complicaciones³.

La eficacia de las medidas para evitar el contagio precisa de un alto nivel de participación de cada individuo. Este debe tener conocimientos sobre la transmisión viral, el autocuidado, la auto higiene, el distanciamiento social. La existencia de menores recursos socioeconómicos a nivel rural favorece la escasa alfabetización de los pacientes rurales en temas sanitarios, existiendo conceptos erróneos sobre enfermedades. Se cree que una falta de planificación de la mejora en la alfabetización así como la escasa resiliencia en ese sentido en el mundo rural, favorecerán la morbilidad y la mortalidad. Los medios de comunicación deberán ayudar con consejos precisos, actualizados y prácticos, los medios locales juegan un papel clave.

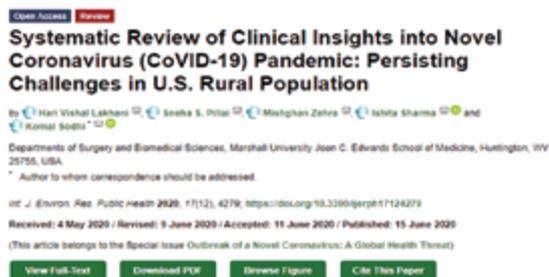


Figura 1.

PRONÓSTICO DE MORTALIDAD RURAL EN EUROPA POR LA PANDEMIA COVID-19

La pandemia por la COVID-19 como se ha dicho más arriba produce mayor mortalidad en personas mayores⁴. Es un gran problema para los países y áreas geográficas que tienen una mayor proporción de personas frágiles en edades avanzadas. Conocer la composición por edades de la población de cada área geográfica ayuda a conocer la forma como puede propagarse el virus y la mortalidad bruta esperable solo por ese hecho.

En Europa el continente más envejecido del mundo también hay un desigual envejecimiento de los distintos países. Esto es clave para entender la evolución de la pandemia. Utilizando las estadísticas de Eurostat 2020 para las regiones europeas (NUTS-3) se puede estimar la tasa bruta de población que se espera que muera durante la pandemia ajustando la mortalidad a



Figura 2.

la distribución por edad y sexo de las distintas regiones europeas⁵. Utilizando tasas de Infección Mortalidad del Imperial College, ajustando por edad y sexo y utilizando la base de datos de letalidad específica la Comunidad Europea (COVERAGE) se obtiene el mapa de la vulnerabilidad o de mortalidad bruta esperable⁶ (Figura 1).

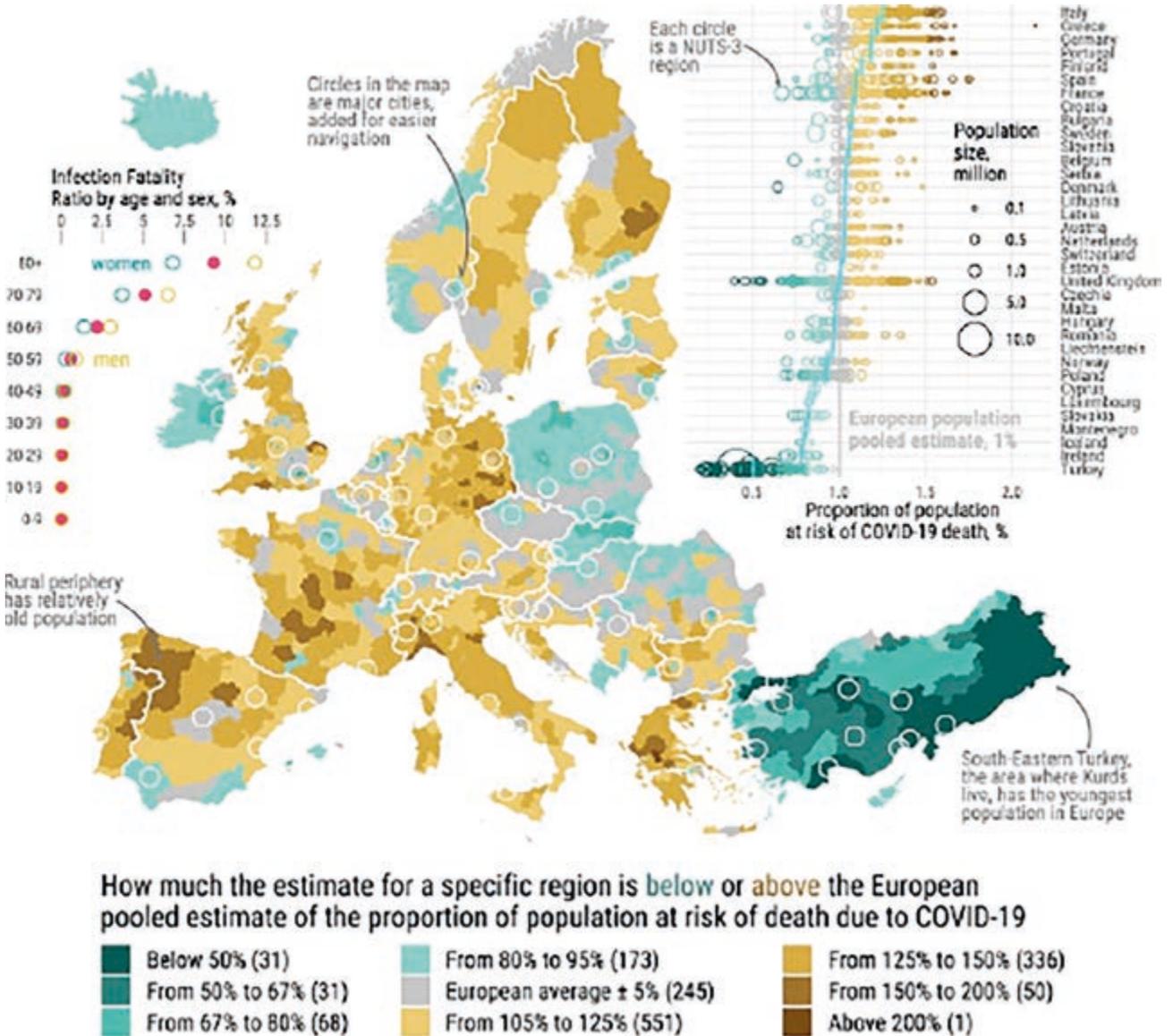


Figura 3. NUTS-3.

Obviamente esta elucubración tiene sus limitaciones como la distribución no uniforme de los contagios y las medidas tomadas en los distintos países o regiones. En esta estadística no se tiene en cuenta el peso de los dos factores que cada vez son más relevantes en la mortalidad por la COVID-19 como son las desigualdades en salud y la estructura, composición de los hogares y también enlazando con la situación de Estados Unidos y aunque no investigada la ruralidad⁷.

Los datos que se ofrecen deberán ser comparados con los datos finales (segundas oleadas, desaparición final del virus) y tendrán mucho que ver con las políticas acometidas como país o región. En Europa si nos fijamos solamente por la mortalidad bruta aquí deducida hay regiones que por su distribución etaria tienen 4 veces más mortalidad. Esto sucede incluso entre regiones de un mismo país, y sucede también entre zonas rurales respecto a las urbanas (mas jóvenes).

EL RENACIMIENTO RURAL COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19

Si el panorama arriba indicado es cierto entonces ¿porque las personas sometidas a confinamiento decidieron claramente optar por un medio rural que puede ser definitivo?

En Europa hasta la fecha las zonas rurales han sido menos afectadas por la COVID-19.

Personas que optaron durante el confinamiento por un entorno rural comentaban entre otras razones: disfrute del paisaje, producción y entrega local de alimentos seguros, posibilidad de distanciamiento social, espacios públicos abiertos accesibles.

¿Es un renacimiento rural? Las áreas rurales asumirían un papel central en el desarrollo de comunidades sostenibles y resilientes. Para ello las zonas rurales no deben sólo turismo rural o producción alimentaria sostenible, sino polos vibrantes de desarrollo basados en el patrimonio local, los recursos naturales, la creatividad y la sociedad de la inclusión⁸.



Figura 4.

El proyecto RURITAGE desarrolla 62 acciones para mitigar los efectos del COVID-19 a nivel rural⁹. Las propuestas generales de RURITAGE pasan por apuntalar seis estrategias: el turismo rural/ peregrinación, alimentos de calidad, integración de los migrantes, promoción del arte y folclore, fomento de la resiliencia y modernización en la gestión del paisaje¹⁰.

Turismo/ Peregrinaje

En la pandemia de COVID-19 el sector turístico contribuyente directamente al 4,4% del PIB, al 6,9% del empleo y al 21,5% de las exportaciones de servicios en los países de la OCDE se ha resentido. También lo ha hecho a nivel rural. Es una oportunidad promocionar tanto las grandes vías de peregrinación (Santiago Vía Mariae) como otras clásicas o nuevas de senderismo, rutas. Facilitar el desarrollo de alojamientos e infraestructuras ad hoc favorecería el conocimiento de ciertas zonas más olvidadas y aportaría riqueza a la zona.

La alimentación segura

Pese que la OMS determinó rápidamente que la COVID-19 no se relacionaba con la alimentación, ha habido una tendencia a buscar productos de calidad de procedencia segura y próxima (kilómetro 0). Muchos productores se han tenido que reinventar para trabajar la distribución puerta a puerta. Por no comentar la crisis de los grandes agricultores que por motivo de la restricción de movimientos apenas tenían personas para recoger sus cosechas.

Migrantes¹¹

La integración de los migrantes que se han visto perjudicados en el cierre de fronteras por la COVID-19. Aumentando el número de personas hacinadas en campamentos sin solución a corto plazo y con un alto riesgo de contagio masivo. Diferentes opciones en el mundo rural están contribuyendo a paliar este problema: integración de los migrantes dentro de la cadena agroalimentaria local y las industrias creativas, restauración de edificios viejos y en desuso

brindar hospitalidad a los migrantes, ofrecer capacitación a migrantes y residentes relacionada con la agricultura orgánica, artes, restauración del patrimonio construido, artesanías y oficios tradicionales, facilitar la conexión con los residentes con alimentos definidos (cocina étnica) y actividades relacionadas con el arte (danza tradicional, actuación musical), ofreciendo pasantías para migrantes en negocios locales, granjas, actividades relacionadas con el turismo, desarrollo de programas de integración e información para migrantes y ciudadanos, ofrecer programas educativos y visitas guiadas, específicamente diseñadas para los migrantes para darles a conocer el patrimonio cultural y natural del territorio.

Arte y folclore

Según una estimación preliminar de Eurostat, la crisis de la COVID-19 podría afectar a unos 7,3 millones empleos culturales en toda la UE. Más del 30% de los trabajadores afectados son autónomos y carece protección. Muchas regiones rurales aportan monumentos y manifestación folclóricos que deben fomentarse y apuntalarse.

Resiliencia

RURITAGE explora el concepto de resiliencia como motor de la regeneración, transformando desafíos en el aprendizaje y oportunidades de desarrollo, mejorando el papel del patrimonio cultural y natural en la construcción de resiliencia contra las amenazas del cambio climático, los desastres naturales y la crisis social y económica, impulsando simultáneamente crecimiento económico, la creación de empleo y medios de vida, el fortalecimiento del acceso a la salud y la educación.

La existencia de Internet en todas estas zonas rurales apuntala este hecho. De forma bien entendida. Se produce la migración a zonas rurales de gente con tele trabajo pero con un poder adquisitivo mayor que el resto.

El paisaje

Fomentar el paisaje como un bien en sí mismo, subsidiario de protección y reconocimiento como Bien de la Humanidad.

Debemos pensar que la COVID-19 supone desafíos y oportunidades potenciales para las áreas rurales. Fomentar las redes de colaboración y cooperación surgidas puede ser una forma de apuntalar la resiliencia. No se debe quedar en algo espontáneo, las autoridades locales deben mejoren las infraestructuras y servicios básicos, pero también planificar adecuadamente el desarrollo futuro de las áreas, para repoblar las áreas rurales envejecidas y deshabitadas. La transición digital debe planificarse cuidadosamente en las áreas rurales, permitiendo que las personas obtengan la alfabetización digital básica para acceder a información y actividades disponibles en línea.

La crisis de Covid-19 ha provocado el temor de ampliar las desigualdades sociales al tiempo que revela el papel crucial de la naturaleza y patrimonio cultural para la cohesión social, la regeneración rural y el bienestar mental.

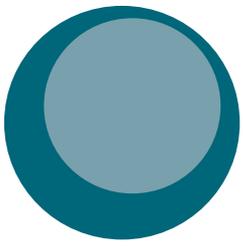
Las autoridades deben aprovechar para construir comunidades rurales equitativas, sostenibles e inclusivas. Lugar ideal para construir un futuro sostenible. (Figura 2)



Figura 5. RURITAGE

BIBLIOGRAFÍA

1. Lakhani H.S., Pillai S.S., et al. Systematic Review of Clinical INsights into Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Persisting Challenges in U.S. Rural Population. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17(12); 4279. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4279>
2. Team, C.C.-R. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.* 2020, 69, 343-346.
3. Nielsen, M.; D'Agostino, D.; Gregory, P. Addressing Rural Health Challenges Head On. *Mo. Med.* 2017, 114, 363-366.
4. Khashnitsky I., Aburto J.M. COVID-19 in unequally ageing European regions. *World Development*, 2020, 105170 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X20302977> https://www.researchgate.net/profile/Ilya_Kashnitsky/publication/340005516_COVID-19_in_unequally_ageing_European_regions/links/5e9caaae92851c2f52b274d0/COVID-19-in-unequally-ageing-European-regions.pdf
5. Eurostat. (2020). Population on 1 January by age, sex and NUTS 3 region. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/regions/data/database>.
6. Riffe, T., Acosta, E. (2020). COVerAGE-DB: A database of COVID-19 cases and deaths by age. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MPWJQ>
7. M.R. Nepomuceno, E. Acosta, D. Alburez-Gutierrez, J.M. Aburto, A. Gagnon, C.M. Turra Besides population age structure, health and other demographic factors can contribute to understanding the COVID-19 burden. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (25) (2020), pp. 13881-13883.
8. e Luca, C., Tondelli, S., & Åberg, H. (2020). The Covid-19 pandemic effects in rural areas. *TeMA - Journal of Land Use, Mobility and Environment*, 119-132. <http://www.tria.unina.it/index.php/tema/article/view/6844>
9. RURITAGE. (2020a). Resilience in Practice-Ruritage. RURITAGE. Retrieved from: https://www.ruritage.eu/resources/resilience_actions/
10. RURITAGE. (2020b). Rural Resilience Actions in times of COVID-19 - Ruritage. RURITAGE. Retrieved from: <https://www.ruritage.eu/news-events/news/ruralresilienceactions-covid-19/>
11. Kluge HP et al. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*, Volume 395, Issue 10232, 1237-1239 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30791-1/fulltext?dgcid=hubspot_email_newsletter_tlcoronavirus20&utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=85659804&_hsenc=p2ANqtz-9AOxncNHTK1GIhH6-FENN-TUYX00qrXAeBcoOE7ZvkkScMmb748HVE9sSwVrNFvc5dWezuiXJT1x9F2uHeL7X29_VA5AgEHpxsTcWJKwTfmrA1jojQ&_hsmi=85659804](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30791-1/fulltext?dgcid=hubspot_email_newsletter_tlcoronavirus20&utm_campaign=tlcoronavirus20&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=85659804&_hsenc=p2ANqtz-9AOxncNHTK1GIhH6-FENN-TUYX00qrXAeBcoOE7ZvkkScMmb748HVE9sSwVrNFvc5dWezuiXJT1x9F2uHeL7X29_VA5AgEHpxsTcWJKwTfmrA1jojQ&_hsmi=85659804)



GRUPOS DE TRABAJO

2. GdT ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

■ Nuñez Palomo S. Especialista en MFYC. C.S. Torrelaguna
GdT Respiratorio de la SoMaMFYC.

¿QUÉ HACER CON LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA?

Como se resumió el año pasado, el tratamiento de los pacientes con asma y EPOC1 sigue siendo con broncodilatadores y corticoides inhalados; y de forma escalonada, donde se aumenta o disminuye dosis y fármacos en base a las características del paciente y respuesta a los mismos.

Pero, ¿qué hacer en Atención Primaria (AP) con los pacientes con patología respiratoria, en concreto con los asmáticos?

El asma es una enfermedad crónica con una alta prevalencia, frecuentemente mal diagnosticada, con un altísimo incumplimiento terapéutico y un insuficiente de control de la enfermedad.

Para mejorar esta situación es fundamental el trabajo conjunto y coordinado de todos los profesionales que atienden al paciente con asma. Para ello, se han reunido expertos de las principales sociedades científicas (Neumología, Alergia y Medicina de Familia) para proponer un documento de consenso de atención conjunta al paciente asmático^{2,3}.

Respecto al diagnóstico se propone empezar en AP en base a la sospecha clínica (tos, disnea, sibilancias y opresión torácica) intentando demostrar la reversión de la obstrucción con una espirometría con prueba broncodilatadora positiva, u objetivar la variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM) medido con un pico flujo en el domicilio del paciente.

El diagnóstico de asma se considerará definitivo cuando se compruebe la respuesta del paciente al tratamiento realizado.

En el caso de no disponer de la formación o medios técnicos necesarios para realizar un diagnóstico de calidad, se derivará al paciente al Atención Hospitalaria (AH) para confirmación diagnóstica (figura 1).

También se recomienda derivar a AH en caso de sospecha de asma ocupacional, asma alérgica y enfermedad respiratoria inducida por AINE (EREA); y para la realización de pruebas de sensibilización específicas.

También se remitirá al paciente al AH en caso de que no sea posible realizar en AP las pruebas necesarias para el diagnóstico diferencial o estudio y control de comorbilidades que dificultan el tratamiento y/o control del asmático (p. ej. poliposis nasal, síndrome de apnea e hipopnea del sueño (SAHS), bronquiectasias, reflujo gastroesofágico, obesidad, etc.).

El tratamiento y seguimiento de la mayoría de los pacientes se puede hacer en AP, no obstante, se recomienda derivar a AH a aquellos casos en los que no se consiga el control de la enfermedad (definido por la persistencia de síntomas que limiten las actividades diarias o el sueño, abuso de medicación de rescate, obstrucción grave y presencia de exacerbaciones) y los que precisen un tratamiento específico (asma grave o asma alérgica) (figura 2).

En todo paciente con asma no controlada se debe revisar la técnica inhalatoria, el cumplimiento del tratamiento, la evitación de desencadenantes, el control de las comorbilidades agravantes y la adaptación del escalón terapéutico a la gravedad del paciente^{2,3}.

Una vez el paciente adquiera el control de su enfermedad se volverá a remitir a AP para su seguimiento. Se proponen unas planillas a modo de check-list de derivación entre AP y AH (tabla 1).

En resumen se propone remitir al paciente con asma de AP a AH para confirmación diagnóstica en caso de no ser posible en AP, situaciones especiales (asma ocupacional o asma alérgica), para tratamientos específicos y en casos de asma no controlada.

Otro hecho a destacar en este 2020 es la publicación de dos importantes guías de asma en español: la guía ASMAGRAP⁴ y la nueva versión de GEMA 5.0⁵.

La primera realizada íntegramente por compañeros de AP y centrada en el manejo del paciente en este ámbito, y la segunda un clásico referente en nuestro país.

Respecto al diagnóstico del asmático ambas guías se basan en la espirometría, como no podía ser de otra forma, pero ASMAGRAP se centra en ella y el pico flujo como herramientas disponibles en AP. En cambio GEMA que incluye otras opciones, como el FeNO y el test de hiperreactividad bronquial, utilizadas principalmente por AH.

Respecto al tratamiento ambas se centran en los corticoides inhalados (ICS) de forma escalonada; pero ASMAGRAP, con su visión de primaria, agrupa los pacientes graves (5 y 6 de GEMA) en un solo escalón⁵. Estos pacientes suelen ser tratados por AH porque

requieren tratamientos específicos no disponibles en AP, como son los biológicos o la termoplastia

Ambas guías se hacen eco de los últimos estudios de tratamiento de pacientes con asma leve donde se recomienda introducir ICS+ formoterol como rescate por delante de SABA dados los problemas de abuso que este último lleva frecuentemente asociado.

El papel de ambas guías es facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente con asma con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir así su mortalidad.

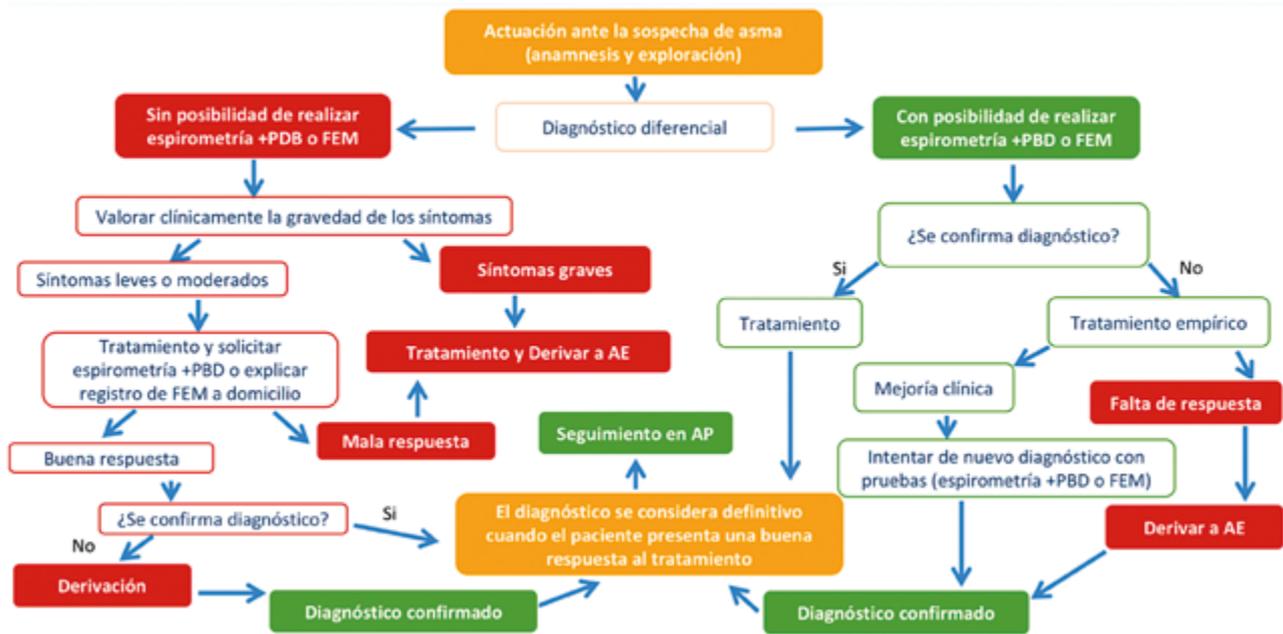


Figura 1. Algoritmo diagnóstico del asma^{2,3}



* EREA: enfermedad respiratoria inducida por ácido acetil salicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos.

Figura 2. Propuesta de seguimiento compartido del paciente con asma^{2,3}

Datos de filiación:	
Motivo de derivación:	
Problema diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> • No confirmación con medios disponibles • Posible componente alérgico • Sospecha de asma ocupacional • Sospecha de pseudoasma • Sospecha de enfermedad agravante
Problemas terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Mal control sintomático (criterios según Guías) • Exacerbaciones frecuentes (≥ 2 tandas de corticoides/año, visita a Urgencias o ingreso hospitalario) • Riesgo futuro incrementado ($FEV_1 < 80\%$) • Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada) • Efectos secundarios graves del tratamiento • Rinosinusitis y poliposis nasal graves
Circunstancias especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de solapamiento (ACO) • Asmática embarazada • Antecedentes de asma de riesgo vital • EREA • Asma corticodependiente y corticoresistente • Alergia alimentaria • Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
Tiempo de evolución de síntomas asmáticos (especificar si hay predominio estacional)	
Frecuencia de uso de β -2 agonistas	
Agudizaciones en el último año (ciclos de corticoides orales, visitas a Urgencias, hospitalizaciones)	
Pruebas complementarias realizadas (medición FEM y/o espirometría si disponible)	
Tratamiento actual	

Tabla 1. Propuesta de hoja de derivación entre AP y AH^{2,3}

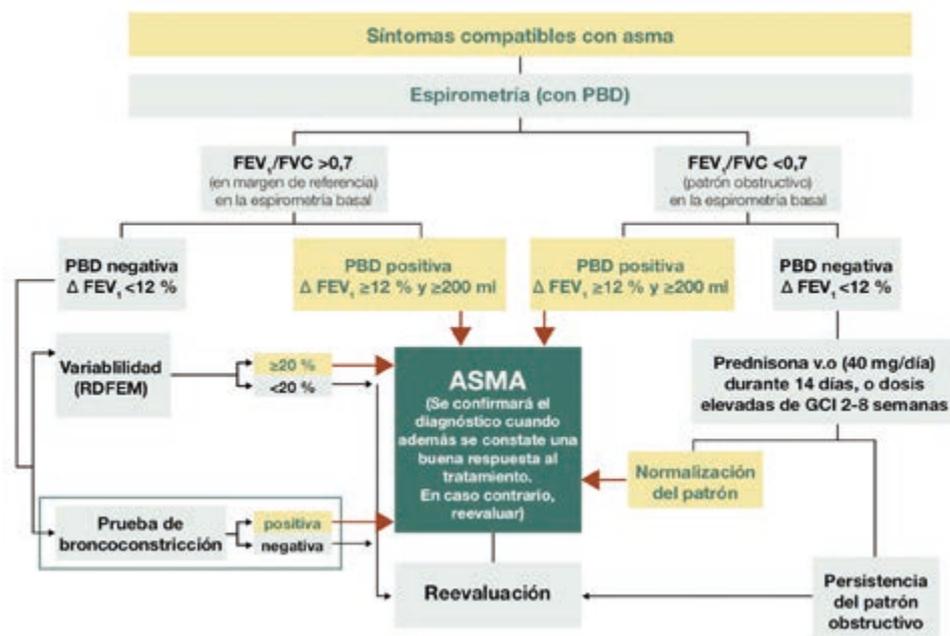


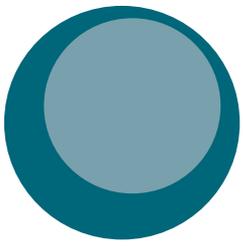
Figura 3. Algoritmo diagnóstico de asma según ASMAPRAP⁴

	Escalón 1 Asma intermitente	Escalón 2 Asma leve	Escalón 3 Asma moderada	Escalón 4 Asma moderada	Escalón 5 Asma grave
Controlador de elección	CI-formoterol a demanda*	CI en dosis bajas diarias + SABA de rescate o CI-formoterol a demanda*	Dosis bajas de CI-LABA (con rescate con SABA o terapia MART)**	Dosis bajas de CI-LABA (terapia MART)** o dosis medias de CI-LABA + SABA de rescate	Dosis altas de CI-LABA + tiotropio o ARLT o teofilinas Si persiste el mal control, se debe derivar para: - Anti-IgE: omalizumab (asma alérgica) - Anti-IL-5 (mepolizumab, reslizumab) - Anti-IL-5R (benralizumab) o - Anti-IL-4R (dupilumab): asma eosinofílica grave - Azitromicina: asma neutrofílica - Reducir peso: asma con obesidad
Controlador alternativo	Dosis bajas de CI después del SABA o CI en dosis bajas diarias + SABA de rescate	ARLT o dosis bajas de CI después del SABA o dosis bajas de CI-LABA	Dosis medias de CI o dosis bajas de CI + ARLT	Dosis altas de CI Si hay mal control, se debe añadir: - Tiotropio*** - ARLT - Dosis altas de CI-LABA	Añadir corticoides orales Valorar otras alternativas como: - Termoplastia - Triamcinolona i.m.
Rescate de elección	CI-formoterol de rescate*		Terapia MART** (CI + LABA de mantenimiento y de rescate)		
Rescate alternativo	SABA de rescate				

Figura 4. Tratamiento del paciente con asma según ASMAGRAP⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Update 2020. Disponible en: www.goldcopd.org
2. Blanco Aparicio M., Delgado Romero J., Molina París J., Gómez Sáenz J.T., Gómez Ruiz F., Álvarez Gutiérrez F.J., Domínguez Ortega J., Núñez Palomo S., Hidalgo Requena A., Vargas Ortega D.A., Álvarez Puebla M.J., Carretero Gracia J.A. Referral criteria for asthma: Consensus document. J. Investig Allergol Clin Immuno 2019; 29(6):422-430. doi: 10.18176/jiaci.0393.
3. Blanco Aparicio M., Delgado Romero J., Molina París J., Gómez Sáenz J.T., Gómez Ruiz F., Álvarez Gutiérrez F.J., Domínguez Ortega J., Núñez Palomo S., Hidalgo Requena A., Vargas Ortega D.A., Álvarez Puebla M.J., Carretero Gracia J.A. Criterios de derivación en asma: Documento de consenso. Med. Gen. Fam. 2019; 8(1): 32-40.
4. Flor Escriche, X. Álvarez Álvarez S. Guía ASMAGRAP 2020. Disponible en: https://issuu.com/respiratoriograp/docs/guia_grap
5. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.0) 2020. Disponible en www.gemasma.com



GRUPOS DE TRABAJO

3. GdT NEFROUROLOGÍA

■ Palancar de la Torre J.L. Médico Familia C.S. Dr. Cirajas
GdT Nefrourología SoMaMFyC

1. ACTUALIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA (ERD) Y NO DIABÉTICA (ERND)

Desde los años 90 las evidencias de beneficio en los ensayos clínicos (EC) en el tratamiento de la ERD como de la ERND correspondían a los fármacos bloqueantes del sistema renina angiotensina (IECA y ARA2), sin embargo, en los últimos años han adquirido especial protagonismo los inhibidores del transportador sodio-glucosa (iSGLT2), inicialmente en pacientes con ERD, pero posteriormente con datos favorables tanto en ERD como ERND. Si con IECA y ARA2 eran significativas las reducciones de riesgo generalmente referidas a la duplicación de los valores de Creatinina, la progresión a enfermedad renal terminal (ERT) o muerte, no lo han sido menos los resultados en los EC de seguridad cardiovascular de los iSGLT2 respecto a la reducción del Filtrado Glomerular estimado (eFG), la progresión a ERT o la muerte de causa renal (EMPA-REG OUTCOME, CANVAS, DECLARE) y algo más modestos en los EC con análogos de los receptores de GLP1 (arGLP1) (LEADER, SUSTAIN). En igual medida los beneficios renales se han visto reforzados en los EC orientados al tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca (IC) tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos con fracción de eyección reducida con los iSGLT2. Si ya el estudio CREDENCE con Canagliflozina había alcanzado una reducción de riesgo del 34%, en el objetivo renal compuesto en pacientes con ERD. Ha sido recientemente con la publicación de los resultados de estudio DAPA-CKD con Dapagliflozina cuando se ha confirmado el beneficio a nivel renal tanto en el objetivo compuesto final con una reducción de riesgo de un 39%, como en los objetivos por separado (reducción al 50% del eFG, progresión a ERT y muerte renal), tanto en pacientes con o sin DM2. Los resultados de los EC que aún están en marcha como el EMPA-KIDNEY también en pacientes con ERD y ERND aportarán más información sobre el beneficio de los iSGLT2 en enfermedad renal crónica (ERC). Otros estudios orientados también al tratamiento de la ERC como el SONAR, con Atrasentan (antagonista de los receptores de endotelina), aunque con resultados positivos ofrecen dudas sobre su seguridad.

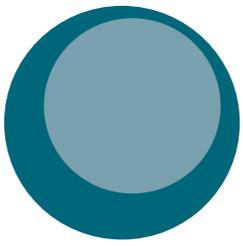
2. ENFERMEDAD RENAL E INFECCIÓN COVID-19

Aunque el daño renal agudo no es frecuente en enfermos (7%) multiplica el riesgo de mortalidad por 5 al aumentar factores de riesgo como incremento de la Creatinina, dímero-D, linfopenia y enfermedad grave. En los pacientes con Neumonía por Covid-19, aunque la proteinuria y la hematuria son frecuentes remiten, pero el daño renal se asocia con tasas más elevadas de mortalidad. El uso de IECA y ARA2 ha sido controvertido pero su uso previo a la hospitalización por COVID-19 no se asocia con más tasa de daño renal agudo ni hospitalizaciones más prolongada y su continuación durante la hospitalización de redujo el riesgo de ingreso en UCI y la severidad de la de la inflamación, sin significación en la mortalidad.

El hallazgo más frecuente en las autopsias de COVID-19 correlacionó el daño tubular agudo con el daño renal, aunque tubular es leve en comparación con el daño renal agudo. Además del daño tubular con vacuolización y degeneración de las células epiteliales, se han observado también partículas virales.

3. ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES UROLÓGICAS

La actualización de las Guías de la Asociación Europea de Urología (EAU), en línea con las condiciones de uso de las fluorquinolonas establecidas por las agencias reguladoras de acuerdo con sus efectos adversos a largo plazo señala que las fluorquinolonas no deben usarse en cistitis no complicadas salvo que el uso de otros antimicrobianos comúnmente recomendados se considere inapropiado. La recomendación en el tratamiento de primera línea de la cistitis no complicada en la mujer es la fosfomicina trometamol, pivmecillinam o nitrofurantoina y el trimetoprim-sulfametoxazol en el varón. Por otra parte, se han actualizado las evidencias y recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento antimicrobiano de las uretritis. El tratamiento dual de las uretritis con Ceftriaxona y Azitromicina es la combinación más efectiva. En el caso de la *C. trachomatis* en el varón la Azitromicina es probablemente menos efectiva que la Doxiciclina desde el punto de vista microbiológico pero la diferencia clínica es pequeña o no existe diferencia.



GRUPOS DE TRABAJO

4. GdT DIGESTIVO

■ Benito Ramos G.¹, Amador Romero J.², García Zurita R.³, Guardiola Arévalo A.⁴, Noguerol Álvarez M.⁵

⁽¹⁾ Médico de Familia. Centro de Salud El Bercial (Getafe, Madrid)

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Los Ángeles (Madrid)

⁽³⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Quince de Mayo (Madrid)

⁽⁴⁾ Médico de Familia y médico especialista en Aparato Digestivo. Hospital de Fuenlabrada (Madrid)

⁽⁵⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Cuzco (Fuenlabrada, Madrid)

GdT Digestivo de la SoMaMFyC

ACTUALIZACIÓN EN UN PLIS PLAS SOBRE ENFERMEDAD CELIACA

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad celiaca (EC) ha ido aumentando en las tres últimas décadas, alcanzando el 1 por ciento en países occidentales, en España oscila entre 1/71 en la población infantil y 1/357 en la población adulta⁽¹⁾. A pesar de los últimos avances, la EC sigue siendo infradiagnosticada, debido en parte, a su clínica inespecífica.

Se trata de un trastorno sistémico de base inmunológica, desencadenado por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles; HLA-DQ2 y

HLA-DQ8 son, por tanto, factor necesario pero no suficiente. Existen también posibles factores ambientales tanto protectores (por ejemplo, parto o lactancia) como favorecedores (antibióticos, mejor situación socioeconómica, infecciones víricas, o el mes de nacimiento en primavera/verano). El momento de introducción del gluten en la dieta, sin embargo, no parece tener efectos.

DIAGNÓSTICO

Su diagnóstico exige alto índice de sospecha. Más del 70% de los nuevos casos se descubren después de los 20 años. Se basa en la conjunción de síntomas y signos clínicos, serología, genética e histopatología.

En la siguiente tabla se recogen los principales síntomas de EC según la edad de presentación:

Niño / Adolescente	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso de crecimiento • Retraso puberal/ amenorrea • Síntomas intestinales: diarrea crónica/intermitente, náuseas, vómitos, dolor abdominal crónico, distensión abdominal, estreñimiento crónico. • Anemia ferropénica • Dermatitis herpetiforme • Alteración enzimas hepáticas • Fatiga crónica • Aftosis oral recurrente • Fracturas óseas ante traumatismos banales 	<ul style="list-style-type: none"> • Media de edad de presentación 40-45 años. • Síntomas intestinales: dispepsia, malestar abdominal, flatulencia, distensión abdominal, cambios de ritmo intestinal. • Síntomas extraintestinales (Derivados de malabsorción y condiciones autoinmunes): <ul style="list-style-type: none"> – Anemia (por déficit de hierro, folato o B12) o ferropenia. – Osteopenia y osteoporosis – Síntomas neurológicos: neuropatía, ataxia, lesiones desmielinizantes (por déficit de complejo B, disfunción neurológica inmunomediada y daño de cordones posteriores) • Infertilidad en hombre y mujer.

En atención primaria debemos iniciar el estudio ante una sospecha clínica por la presencia de los síntomas arriba referidos, o bien, en grupos de riesgo (DM tipo 1, síndrome de Down/Turner/Williams, enfermedad autoinmune tiroidea, hepática o Addison, déficit de IgA y, cuando existan familiares de primer grado con EC). El despistaje inicial consiste en una serología para detección de An-

ti-TG2 (Anticuerpos anti-transglutaminasa tisular) de clase IgA. Si resultan positivos, en adultos el estudio continuará con una biopsia, mientras que, en niños, con niveles de Anti-TG2 10 veces superior a punto de corte podrá hacerse el diagnóstico sin necesidad de hacer biopsia si existen anticuerpos antiendomiso y el estudio genético de HLA DQ2 y/o HLA DQ8 es positivo.

Hay situaciones en las que los anti-TG2 IgA, como única técnica, pueden dar falsos negativos; por déficit selectivo de IgA, por una retirada del gluten de la dieta previa a la prueba, en menores de 2 años, y en lesiones histológicas iniciales sin atrofia. En estos casos, la determinación de los anti-TG2 y los anti-DGP (Anti-péptidos deaminados de gliadina) de clase IgG aumentarían la eficiencia diagnóstica.

TRATAMIENTO

Una dieta sin gluten (DSG), sin trigo, cebada ni centeno, conduce a la desaparición de los síntomas y a la normalización de las pruebas serológicas e histológicas, previniendo también complicaciones.

Por otro lado, deben reponerse también los déficits nutricionales (hierro, calcio, vitamina D, folato, vitamina B12).

El seguimiento de la EC debe ser periódico e indefinido verificando el cumplimiento de la DSG. Los títulos de anticuerpos se normalizan tras 6-12 meses

de dieta. La principal causa de persistencia/recidivas son las transgresiones mínimas o fuentes ocultas de gluten.

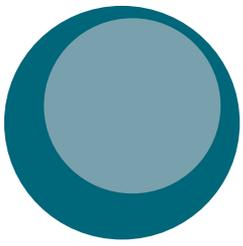
El riesgo de tumores malignos es muy pequeño aunque sí es importante vigilar los procesos linfoproliferativos en pacientes con un diagnóstico tardío y/o que no cumplen la DSG.

SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELIACA

La sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC), es una entidad clínica emergente y controvertida cuya prevalencia podría ser superior a la de la EC. Consiste en síntomas digestivos y extraintestinales similares a los de la EC o al síndrome del intestino irritable (SII) y que son desencadenados por la ingesta de gluten/trigo y responden a la dieta. Aún no está claro si el desencadenante es el gluten o alimentos ricos en FODMAP (oligo, di, monosacáridos y polioles fermentables). Dada la ausencia de biomarcadores, su diagnóstico es por exclusión, siendo necesario descartar antes la EC y la alergia^{2, 3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celiaca, Grupo de trabajo del Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad. Ministerio de Sanidad DS e I. Protocolo para el diagnóstico de enfermedad celíaca. 2018.
2. Meijer C.R., Shamir R., Mearin M.L. Coeliac disease and noncoeliac gluten sensitivity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2015 Apr; 60(4): 429-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25564803>
3. Molina-Infante J., Santolaria S., Montoro M., Esteve M., Fernández-Bañares F. [Non-celiac gluten sensitivity: a critical review of current evidence]. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2014; 37(6): 362-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24667093>



GRUPOS DE TRABAJO

5. GdT FARMACOTERAPIA

- Postigo Higuera L.
Médico de Familia. Centro de Salud Dos de Mayo (Móstoles, Madrid).
Miembro GdT Farmacoterapia SoMaMFyC

¿TODO CLARO CON LOS ANTI- TICOAGULANTES ORALES DE ACCION DIRECTA EN TIEMPO DE LA COVID-19?

La situación actual de pandemia por la Covid-19 ha hecho necesario replantearse el manejo de los pacientes tratados con anticoagulantes, tanto en el domicilio como en los centros de salud dado que puede suponer una práctica de riesgo para pacientes y profesionales.

El ITP de la AEMPS de 2016 establecía bajo qué circunstancias se mantenía la financiación del cambio de AVK a ACOD en la prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con FANV¹.

En la Resolución 206/ 2020, se añaden los pacientes aislados por la COVID 19, y permite el inicio del tratamiento con ACOD en pacientes con diagnóstico de FANV siempre que no existan contraindicaciones².

La información que ha ido apareciendo sobre ACOD ha generado importantes controversias en cuanto a la validez de los estudios que permitieron su aprobación por las agencias reguladoras, el posicionamiento de las sociedades científicas y las revisiones realizadas en diferentes publicaciones.

En este contexto se ha difundido el documento “Puntos críticos en el uso de ACOD en situación de pandemia por COVID.19”³ del que nos vamos a fijar en dos puntos críticos que son el ajuste del tratamiento y la adherencia al mismo.

Los ACOD requieren ajustes de dosis según el fármaco así como la función renal, que debe controlarse al menos una vez al año, el peso y la edad del paciente.

Se deben considerar también las interacciones farmacológicas.

Existe una tendencia a la infradosificación en el tratamiento. Algunos estudios resaltan que mejoraría el perfil de seguridad, pero con una marcada reducción

en la prevención de ictus. En comparación con AVK, la efectividad para prevenir el riesgo de ictus y de hemorragias en la práctica clínica real puede ser diferente⁴.

La adherencia en pacientes anticoagulados tiene un gran impacto en la eficacia y seguridad de estos fármacos, y puede mejorarse realizando una valoración previa del grado esperable del cumplimiento terapéutico en base al conocimiento del paciente, y la experiencia previa con otros tratamientos y/o la aplicación de un cuestionario tipo Morinsky-Green.

La ausencia de controles analíticos periódicos, que ha sido esgrimida como una de las grandes ventajas de los ACOD no parece tal en relación con esta cuestión.

Según un metanálisis⁵ que incluyó a 64661 pacientes con FA de una base de datos de comercial de EEUU, existe una pobre adherencia a ambos anticoagulantes. El cumplimiento adecuado con AVK fue de un 40.2% y de un 47,5% con los ACOD con coberturas del 80% o más. La conclusión de los autores es que la adherencia a la anticoagulación es deficiente en la práctica clínica real y puede mejorar modestamente con los ACOD. Parece ser más importante en pacientes con puntuación CHA2DS2-VASc ≥ 2 , mientras que los beneficios de la anticoagulación pueden no superar los daños en pacientes con puntuación de 0 o 1.

Otros autores reflejan que la persistencia en el tratamiento con ACOD fue baja, en línea con otros estudio observacionales, y mayor para los AVK. En este estudio observacional de dispensación de la Fundación Holandesa de Estadísticas Farmacéuticas⁶. 77.333 pacientes recibieron ACOD por FANV. La tasa de no persistencia a los 2 años del 43%, a los 3 del 51% y a los 4 del 64%. 10079 pacientes recibieron AVK, con un abandono del tratamiento del 28% a los 2 años, 33% a los 3 años y 36% a los 4 años de tratamiento.

Los datos de no persistencia en los fármacos AVK son similares a los de otros estudios poblacionales clásicos acerca de su cumplimiento terapéutico. Los ACOD presentan una tasa de abandono terapéutico más elevada, y los autores reflejan este hecho como un aspecto clave, ya que en los estudios pivotaes

Vistazo farmacoterapéutico

PUNTOS CRÍTICOS EN EL USO DE ACOD en situación de pandemia por COVID-19

nº 3/2020; abril 2020

La situación actual de pandemia por COVID-19 ha hecho necesaria la racionalización del manejo de los pacientes tratados con anticoagulantes (Resolución 206/2020 de la DG de Gestión Económico-Financiera y Farmacia). A continuación resaltamos algunos de los aspectos críticos en caso de necesidad de cambio a fármacos Anticoagulantes de Acción Directa (ACOD) en pacientes con Fibrilación Auricular No Valvular (ver detalles en documento de recomendaciones SERMAS).

Cambio a ACOD o inicio de tratamiento

1. **Contraindicaciones/interacciones**
2. **Valoración/ajustes:** Función renal, edad, interacciones, cambios desde antivitamina K
3. **Información/educación al paciente: ADHERENCIA.**

PUNTOS CRÍTICOS

Información disponible desde Protocolo en APMadrid

*Hipersensibilidad al principio activo; *Hemorragia activa clínicamente significativa; *Hepatopatía asociada a coagulopatía y a riesgo de sangrado relevante; *Hipertensión grave no controlada; *Lesión o enfermedad, si se considera con riesgo significativo de sangrado mayor; *Tratamiento concomitante con otro anticoagulante; *Prótesis valvulares cardíacas, estenosis mitral (dabigatran, no recomendado en resto de ACOD); *Embarazo y lactancia

	ATV	LPViv	RIV	FAVI	CLQ	HCLQ	RIV	TCZ	FN-g
Acerocoumantiol	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Apixaban	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Aspirin (anti-plaquet)	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Clopidogrel	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dabigatran	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Edoxaban	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Rivaroxaban	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Warfarin	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Cambio de...	...a Dabigatran	...a Rivaroxaban	...a Apixaban	...a Edoxaban
Antivitamina K (AVK) (warfarin)	Iniciar ACOD cuando INR < 2	Iniciar ACOD cuando INR < 3	Iniciar ACOD cuando INR < 2	Iniciar ACOD cuando INR < 2,5
HBPM (vitaminas K)	Iniciar ACOD de 0 a 2h antes de la siguiente dosis programada	Iniciar ACOD de 0 a 2h antes de la siguiente dosis programada	Iniciar ACOD en la siguiente dosis programada	Iniciar ACOD en la siguiente dosis programada
ACOD a HBPM (vitaminas K)	Esperar 12 horas después de la última dosis	Iniciar HBPM en la siguiente dosis programada	Iniciar HBPM en la siguiente dosis programada	Iniciar HBPM en la siguiente dosis programada

	DABIGATRAN*	RIVAROXABAN	APIXABAN	EDOXABAN
Dosis recomendada	150 mg/12h	20mg/día	5mg/12h	60mg/día
Ajustes dosis				
Función renal (requiere ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal, consulte toda vez cambio para ajustes)	Valorar reducción si CrCl 30-50 ml/min. No recomendado si CrCl < 30 ml/min	15 mg/día (CrCl 15-50 ml/min). No recomendado si CrCl < 15 ml/min	2,5 mg/12h (CrCl 15-29 ml/min). No recomendado si CrCl < 15 ml/min	30mg/día (CrCl 15-50 ml/min). No recomendado si CrCl < 15 ml/min
Edad	150 mg/12h si ≥ 75 años	-	2,5 mg/12h (si dos de estos criterios: ≥ 80 años, ≤ 60kg o creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dl)	-
Peso corporal	-	-	-	30mg/día si ≤ 60kg
Función hepática	No recomendado	No recomendado	No recomendada en D/G grave	No recomendada en D/G grave
Interacciones	Contraindicado con inhibidores potentes de gp-P (ritonavir, darunavir, fosamprenavir, atazanavir, nelfinavir) o inductores de gp-P (rifampicina, isoniazida, carbamazepina, fenitoína). No recomendado con tacrolimus e inhibidores proteasa VIH.	No recomendado con inhibidores potentes de CYP3A4 y gp-P (antifúngicos azólicos e inhibidores proteasa VIH) e inhibidores de proteasa VIH (ritonavir, fosamprenavir, atazanavir, nelfinavir).	No recomendado con inhibidores potentes de CYP3A4 y gp-P (antifúngicos azólicos e inhibidores proteasa VIH). Precaución con inductores potentes de CYP3A4 y gp-P (rifampicina, isoniazida, carbamazepina, fenitoína, nelfinavir).	30mg/día con inhibidores gp-P (ritonavir, darunavir, fosamprenavir, atazanavir, nelfinavir).

*Dosis ajustada a 110mg/12h si edad entre 75-80 años, gastritis, esofagitis o EROE; otros factores que aumentan riesgo de sangrado

3. Educación/ADHERENCIA

- Asegurar entendimiento de cambios, vigilancia de RAM.
- Asegurar que no se queda con remanente de medicación anterior
- Revisión periódica de la adherencia y situación clínica (función renal, tensión arterial, etc)

Documento recomendaciones SERMAS: <https://www.sermas.es/>
 Liverpool Drug Interaction Group: <http://www.liverpooldruginteractions.org/>
 AEMPS Puntos Clave: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/interacciones/interacciones.htm>

UNIBES FARMACIA DAC
 fpmac@univ.madrid.es

Figura 1. Puntos críticos en el uso de ACOD en situación de pandemia por COVID-19 Vistazo farmacoterapéutico³.

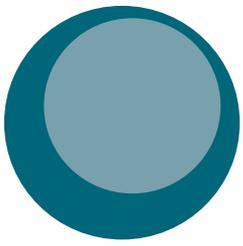
de los ACOD se reportaban tasas menores de abandono (entre en 17% y un 22%), y plantean si está relacionado con la ausencia de controles periódicos.

Para finalizar dejamos una recomendación de lectura sobre el uso de ACOD en indicaciones diferentes a la FANV y cirugía de remplazo de cadera y rodilla⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEMPS. Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. [Internet] Informe de posicionamiento terapéutico UT_ACOD/V521112016. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-orales.pdf>
2. Resolución 206/2020 de la Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia de la Comunidad de Madrid, 6 de abril de 2020.

3. Unidad de Farmacia. Dirección Asistencial Centro. Servicio Madrileño de Salud. Puntos críticos en el uso de ACOD en situación de pandemia por COVID-19. Vistazo farmacoterapéutico [Internet]. 2020; 3. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1TWhBiwNZSpxnka-69bBjrrGmpJz7xFUMY/view?usp=sharing>
4. Escobar C., Martí-Almor J., Pérez Cabeza A., Martínez-Zapata M., José. Anticoagulantes orales directos frente a antagonistas de la vitamina K en pacientes con fibrilación auricular de la práctica clínica: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol.* 2019; 72(4): 305-316.
5. Yao X., Abraham N.S., Alexander G.C., Crown W., Montori V.M., Sangaralingham L.R., et al. Effect of Adherence to Oral Anticoagulants on Risk of Stroke and Major Bleeding Among Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Heart Assoc.* 2016; 5: e003074 doi:10.1161/JAHA.115.003074
6. Zielinski G.D., van Rein N., Teichert M., et al. Persistence of oral anticoagulant treatment for atrial fibrillation in the Netherlands: A surveillance study. *Res Pract Thromb Haemost.* 2019; 00: 1-13.
7. Erviti J, Saiz LC, Leache L, Gutiérrez M. Anticoagulante orales de acción directa (ACOD) en nuevas indicaciones... ¿de mal en peor? *Boletín Inf Farmacoter Navarra* [Internet]. 2020 (28): 2-22.



GRUPOS DE TRABAJO

6. GdT DIABETES

■ Pinar Manzanet J.M.
CS Miguel Servet. Alcorcón
Grupo de Diabetes SoMaMFyC

1. TELECONSULTA EN PACIENTES DM2: ÚTIL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La situación actual de pandemia COVID ha motivado un profundo cambio en la realización de los seguimientos programados en nuestros pacientes diabéticos. Así, organizaciones como la REDGDPS han elaborado guías para poder continuar con esos seguimientos a través de la teleconsulta, cuyos principios básicos podrían resumirse en:

- La mayor parte de las actividades precisas para el seguimiento y control de los pacientes con diabetes es posible realizarlas por vía telefónica o telemática.
- Estas teleconsultas serán realizadas coordinadamente por el personal médico y de enfermería. En general, las consultas trimestrales deberían ser realizadas preferiblemente por enfermería y las semestrales y anuales por ambos, aunque todo ello debe estar consensuado para evitar omisiones o repeticiones.
- Existen actividades que deben ser realizadas necesariamente de manera presencial, pero en un paciente con un buen control podrían concentrarse en una sola visita anual. Estas actividades básicas serían:
 - o Controles analíticos (semestral).
 - o Exploración de los pies.
 - o Realización de ECG.
 - o Vacunaciones.
 - o Adiestramiento/repaso del manejo de glucómetros y técnica de terapias inyectables.

- Todo lo expuesto cambiaría en el caso de pacientes recién diagnosticados o con mal control, ya que, obviamente, la frecuencia de las revisiones deberá ser mayor.

2. GUÍAS DE TRATAMIENTO DM2: UN APUNTE

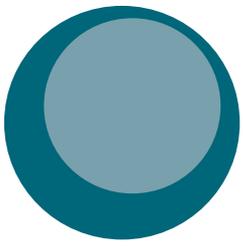
Los beneficios demostrados a nivel cardiovascular y renal de varios de los tratamientos más recientemente comercializados se han ido incorporando a las guías publicadas en los últimos años, orientándose casi en su totalidad a recomendaciones de tratamiento según el condicionante clínico predominante y no solo por el grado de control glucémico.

La guía de la ADA 2020 va un paso más allá y recomienda el empleo preferente de los aRGLP1 o iSGLT2 (si el FG lo permite en este caso) con evidencia de beneficios cardiovasculares, no solo en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, sino también ante la presencia de factores de riesgo alto para ECV (edad mayor de 55 años, hipertrofia ventrículo izquierdo o estenosis carotídea, coronaria o arterial periférica >50%).

Por otra parte, esta guía ADA 2020 hace explícita la recomendación de emplear como primera opción inyectable, siempre que sea posible, fármacos aRGLP1 antes que insulina en aquellos pacientes que precisen intensificación del tratamiento y no puedan conseguir los objetivos fijados con fármacos orales.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Soidán F.J., Hormigo Pozo A., Sanz Vela N. Protocolo Tele-consulta paciente con diabetes tipo 2. Disponible en www.redgdps.org.
2. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care 2020; 43 (Suppl. 1): S98-S110.



1. ¿EN QUÉ ATENCIÓN PRIMARIA QUEREMOS TRABAJAR?

■ Ares Blanco S. Especialista en MFyC. C.S. Federica Montseny. Vicepresidenta de la Junta directiva Cotillas Rodero A. Especialista en MFyC. C.S. San Blas. Vocal JMF.

En los últimos meses no solo hemos observado cómo la pandemia provocaba el colapso de la Atención Primaria sino sus consecuencias en nosotros como médicos de familia y en cómo el trabajo afecta a nuestra vida personal. Esta crisis profesional fue visibilizada por el colectivo Yo Renuncio⁽¹⁾, donde distintos profesionales plantearon una renuncia colectiva por la imposibilidad de mantener una calidad adecuada en la atención a los pacientes. Este movimiento recibió respuestas de apoyo a su postura y críticas por la misma, pero sobre todo logró que todos nos posicionásemos al respecto, aunque fuese en los pasillos del centro de salud, haciendo evidente la disonancia profesional que se produce cuando entran en conflicto nuestros valores profesionales con los requerimientos de nuestro medio laboral². Este número recoge la respuesta pública y valiente de algunos compañeros frente a esa disonancia.

La sombra que muestra Yo Renuncio es la del burnout, por eso su denuncia ha resonado tanto. La OMS describe el burnout como un síndrome caracterizado por un estrés crónico laboral que no ha sido manejado con éxito³. Los pacientes presentan agotamiento, abstracción respecto al trabajo previo, negativismo o cinismo respecto al mismo y disminución de la eficacia profesional. Si nos preguntamos a nosotros mismos si hemos tenido alguno de estos síntomas desde marzo de 2020, una gran mayoría responderíamos que sí. Hartzband y Groopman reflexionaban sobre esta situación y escribían “Doctors are finally expressing the pain they feel” (finalmente, los médicos están expresando el dolor que sienten)⁴. Los más jóvenes lo han expresado dejando la medicina de familia y los más mayores lo han mostrado deseando su jubilación, pero ambos grupos demuestran un malestar

importante por la situación laboral. Estamos seguros de que el burnout sería menor si se apostase por la Atención Primaria con hechos (presupuesto)⁵ y no con discursos políticos vacíos de decisiones⁶.

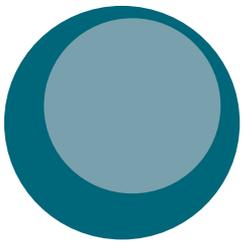
Echamos de menos en la profesión una discusión más profunda sobre cómo prevenir el burnout existente y el desarrollo de la carrera profesional. Ahora mismo la carrera profesional es un trámite para conseguir una subida de sueldo, pero el dinero por sí solo no va a devolvernos el deseo de trabajar en Atención Primaria, se necesita volver a entender la medicina desde la curiosidad infinita, el aprendizaje continuo y el desarrollo de múltiples proyectos a lo largo de toda la vida profesional. Para ello, es necesario que los profesionales puedan aprender habilidades de otros compañeros (ecografía, abordajes comunitarios, dermatoscopia, cirugía menor, investigación, etc.) y permitir rotaciones externas entre centros de salud de todo el país. A su vez, debería promoverse que cada médico realizase un proyecto profesional en un área de su interés con tiempo protegido para llevarlo al cabo. Una forma de lograrlo podría ser que por cada 5 años de trabajo, se puedan tomar 3 meses sabáticos con salario íntegro para realizar rotaciones externas, investigación o proyectos justificados⁷. De ese modo, serían los propios profesionales los que decidirían cuándo, cómo y para qué parar, lo que, junto con otras medidas, ayudaría a prevenir el burnout y podría ser la incubadora de ideas y proyectos que sin duda revertirían en una mejor atención a los pacientes.

¿Nos atreveremos a demandar dibujar la Atención Primaria que deseamos para dejar de perder médicos y empezar a ganarlos?

BIBLIOGRAFÍA

1. YoRenuncioAP [@ApRenuncio]. (s.f.). Tweets [Perfil de Twitter. Recuperado el 26 de noviembre de 2020 de <https://twitter.com/ApRenuncio>
2. Agarwal S.D., Pabo E., Rozenblum R, Sherritt K.M. Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. JAMA Intern. Med. [Internet]. 2020 Mar 1; 180(3): 395. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2758330>

3. WHO. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov. 25]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
4. Hartzband P., Groopman J. Physician Burnout, Interrupted. *N. Engl. J. Med.* [Internet]. 2020 Jun. 25; 382(26): 2485-7. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2003149>
5. Silesia C. Si quieres Atención Primaria, díselo en los presupuestos [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov. 25]. Disponible en: <https://colectivosilesia.net/2017/07/03/quieres-atencion-primaria-diselo-los-presupuestos/>
6. Diputados C. de los. Dictamen Comisión para la Reconstrucción social y económica [Internet]. Madrid; 2020. Disponible en: http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf
7. Tait I. Take a sabbatical from general practice. *BMJ* [Internet]. 1987 Sep. 12; 295(6599): 644-6. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.295.6599.644>.



2. NO SE PODÍA SABER

■ Estevan Burdeus P.
Médica de familia CS Vicente Soldevilla.

No se podía saber, mientras comíamos las uvas el 31 de diciembre, que 2020 nos iba a deparar tal cantidad de situaciones nuevas e insólitas.

No se podía saber que la interacción de muchos seres humanos con mamíferos, todos juntitos, favorecería la transmisión y mutación de virus y que éstos se convertirían en un problema para la humanidad entera.

No se podía saber que la interconexión del mundo actual favorecería la diseminación de este nuevo virus a velocidades nunca antes conocidas.

No se podía saber que Europa no era inmune a patógenos no occidentales. Qué poca seriedad la de estos bichos exóticos que no se detienen en las fronteras buenas, las de toda la vida, las nuestras.

No se podía saber, que quizá, por una razón u otra, no conoceríamos (y no nos creeríamos) la gravedad de la nueva enfermedad hasta que no estuviésemos inmersos en ella.

No se podía saber que los gobiernos iban a tener dificultades en la gestión de una situación inédita en un siglo, que se iban a tirar la pelota de un tejado a otro, de una comunidad a otra, de un partido a otro hasta quedarse solos, mientras el resto de los ciudadanos fenecían.

No se podía saber que a nadie le gusta dar malas noticias, menos aún a los que gustan de inaugurar movidas y rubricar grandes palabras que se lleva el viento.

No se podía saber que el dismantelamiento sostenido de los servicios de Salud Pública iba a dificultar el abordaje de la pandemia, porque no tenía que haber ninguna pandemia.

No se podía saber que los recortes crónicos en salud causarían muertos ni que negar la asistencia médica y encerrar a los mayores en residencias no iba a ser bueno para su salud.

No se podía saber que tantos sanitarios se contagiarían por falta de medios de protección en la primera ola y un porcentaje con nombre y apellidos fallecería.

No se podía saber que habría una segunda ola si no se establecían rastreos de calidad y se aseguraba el cumplimiento de las cuarentenas y aislamientos, pese a haberlo prometido para salir del confinamiento.

No se podía saber que la contraposición economía-salud era falsa, que sin salud no hay economía ni hay nada. Y eligieron la economía.

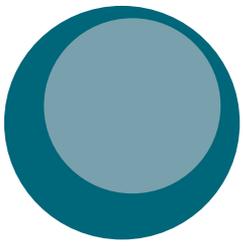
No se podía saber que dar muchas órdenes, a veces de signo contrario, sobre lo que había que hacer y lo que no, dificultaría su cumplimiento a la población.

No se podía saber que invocando las palabras mágicas “reforzar la Atención Primaria” esta no se iba a reforzar sola.

No se podía saber que los sanitarios no somos héroes, sino gente a la que le gusta hacer bien su trabajo, si nos dejan, como a tantos otros profesionales.

No se podría saber que 2020 no nos haría mejores, que estaría lleno de dolores y de sinsabores.

Pero aquí estamos, no sabiendo muchas más cosas y siendo “como esos viejos árboles, batidos por el viento que azota desde el mar”.



3. ¿POR QUÉ NO HAY SUPLENTE?

■ García-Gutiérrez Gómez R., Barandiarán Fernández de Vega I., Cotillas Rodero A.
Vocalía de JMF

En la actualidad la Atención Primaria (AP), un ámbito en el que debería primar la permanencia en un puesto de trabajo para poder asegurar la longitudinalidad de la atención, la capacidad de gestión del tiempo y de la agenda, para mantener la accesibilidad de aquellos pacientes que más lo necesitan, y poder atender las múltiples necesidades que puedan presentar con un abordaje integral, que no piense únicamente en la enfermedad sino también en el contexto en que surge, es en realidad un espacio de trabajo que en numerosas ocasiones resulta escasamente atractivo para aquellas médicas de familia que hemos finalizado la residencia en los últimos años.

Recientemente hemos podido oír y leer repetidamente que “no hay médicos”. Sin embargo, raramente se pone el foco en comprobar la veracidad de esto y en cuáles pueden ser las causas de esta escasez de médicos en nuestro medio.

Como miembros de la Vocalía de Jóvenes Médicos de Familia (JMF) de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC), hemos reflexionado sobre estos hechos, y hemos querido ilustrar con ejemplos reales algunos de los posibles motivos de esta crisis:

—**Raquel:** De los 18 residentes que empezamos la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, solo 12 la finalizamos. De estos, en la actualidad solo 3 ejercen en Atención Primaria, y de ellos, solo una compañera tiene un contrato largo, en turno de tarde. No formo parte de esta minoría, pero lo intenté: tras acabar la residencia empecé cubriendo las vacaciones completas de un centro de salud, pero éstas acabaron, así que acepté doblar haciendo guardias en un hospital, donde me ofrecieron prolongar el contrato hasta diciembre. Dicho contrato de guardias en Urgencias, aunque precario, se continuó otro año entero, durante el cual seguía aceptando suplencias en AP para completar el sueldo y no abandonar la primaria, que sentía como “mi vocación” (aceptando en un periodo de dos años 65 contratos de uno o dos días en unos 15 centros de salud diferentes por toda la Comunidad de Madrid). El último periodo fue mejor, pues pude cubrir tres reducciones de

jornada simultáneamente mientras mantenía el trabajo en el sistema hospitalario y, al fin, pude recordar lo satisfactorio del seguimiento del paciente crónico, del poder pautar tratamientos farmacológicos o no farmacológicos y ver los resultados, del no sentir que mi trabajo es “poner parches” en la consulta de un compañero, o del conocer los antecedentes del paciente sin mirar la pantalla del ordenador. No obstante, tras contagiarme de COVID-19 al pasar la “consulta COVID-19” con un equipo de protección individual de papel, con una mezcla a partes iguales de indignación y desesperación, decidí renunciar a ese último contrato y continuar trabajando exclusivamente en Urgencias. No descarto migrar a otro país, pues me siento abandonada por el sistema en el que me he formado.

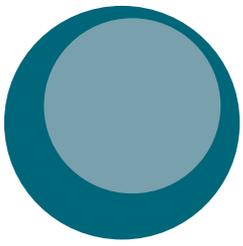
—**Carolina:** Haber acabado la residencia en situación de pandemia, contra toda lógica, lejos de haber mejorado las opciones laborales, por el importante volumen de bajas y necesidad de coger vacaciones, ha perpetuado la inestabilidad laboral y la falta de previsión y organización de la Gerencia de AP. 3 días antes de acabar la residencia, nos ofrecieron contratos de refuerzo en un área sanitaria durante 6 meses, pero la mayoría de nosotros, ante la incertidumbre, ya habíamos buscado otras opciones en urgencias hospitalarias o suplencias en otro formato. En mi caso, opté por una oferta de suplencias en AP en una isla, que acabó siendo diferente a lo planteado inicialmente, cubriendo a 2-3 médicos a la vez, con agendas de 40 pacientes que no conocía, en 3-4 pueblos distintos, en otro sistema sanitario y con la dificultad añadida de la mayoría de atención telefónica. 4 meses después, me he vuelto a la urgencia del hospital en el que me formé, cosa que no me había planteado nunca, por falta de opciones laborales mínimamente razonables en AP; ya que habiendo necesidad de suplencias, no hay una mínima estabilidad o posibilidad de continuidad, y eso desmotiva, y con pena hace que aceptes otras opciones, que encajan menos con tu vocación.

—**Jorge:** En mi caso, he permanecido en AP desde que finalicé la residencia, por vocación y por haber encontrado estabilidad en mi centro de trabajo. Sin

embargo, la difícil conciliación con mi vida extralaboral, la continua precariedad asistencial, con varias consultas “a repartir” de forma crónica, y lo limitado de las opciones de gestión de la propia consulta a veces me invitan a plantearme otros escenarios donde ejercer fuera de la AP.

Estos son sólo algunos de los casos de médicas formadas en Medicina Familiar y Comunitaria en los

últimos años, marcados por una gestión de recursos humanos cortoplacista y contraria a los principios rectores de la AP. Urge que la situación cambie y que se tomen medidas para promover la permanencia de las médicas en AP, por lo que conminamos a las autoridades competentes a favorecer la estabilidad laboral en una consulta y una mejor conciliación con la vida personal junto a una visión más poliédrica de la AP que potencie el desarrollo profesional en la misma.



4. DE ESO NO SE HABLA

El título de nuestro artículo hace referencia al podcast homónimo sobre silencios, creado por Isabel Cadenas Cañón, Laura Casielles, Vanessa Rosselot y Paula Morais Montes. Disponible en: <https://deesonosehabla.com/>

■ Benedicto Subirá C., Aragón Martín B.
Especialistas en MFyC

“Tu silencio no te protegerá. pero por cada palabra real, por cada intento hecho de hablar de esas verdades que aún ando buscando, he encontrado otras mujeres con las que revisar las palabras para que encajen en un mundo en el que todas creemos, acercando nuestras diferencias”.

Audre Lorde. La transformación del silencio.

1. LO QUE NOS ESTÁ PASANDO

La Atención Primaria (AP) no está en su mejor momento: parece que todo es culpa de la pandemia pero llevamos años empeorando progresivamente.

—En los presupuestos. Lo explica muy bien Juan Simó en su metáfora de la “serpiente que abre la boca”, mostrando cómo el gasto en AP lleva años disminuyendo en términos absolutos, pero también relativos: en el período 1984-2016 el gasto en atención hospitalaria (AH) ha crecido un 68% más que el de AP¹. En la Comunidad de Madrid esto es especialmente flagrante, puesto que es la autonomía que menos gasto dedica a sanidad por%PIB (3,6% frente a la media del 5,5%) y la que menor proporción destina a AP (11,5% frente al 13,9% de media)².

—En la consideración social y política hay una falta de reconocimiento al trabajo que realizamos en AP, predominando un discurso hospitalocentrista tanto en los medios de comunicación como en las medidas institucionales. La fascinación social con la tecnología, el foco en lo concreto con soluciones específicas y la tendencia a la hiperespecialización, invisibiliza el abordaje de la complejidad y los cuidados de AP.

—En las condiciones de trabajo. El gasto en personal también es una serpiente que abre la boca: disminuye brutal y claramente desde la crisis de 2008, pero además de nuevo en AP crece un 49% menos que en AH¹. Además, de los pocos contra-

tos que se ofertan la gran mayoría son contratos precarios: en 2017 solo el 6.9% de los contratos de los/as médicos/as de familia fueron indefinidos³. Resulta paradójico que sea precisamente nuestra especialidad, que aporta como principal valor añadido la continuidad asistencial y longitudinalidad, la que presenta el mayor número de contratos firmados por profesional. Las dificultades de acceso a contratos dignos y a conciliación tienen un claro sesgo de edad y de género.

Esta precariedad va lentamente expulsando al personal, especialmente a la juventud. Actualmente sólo el 13% tienen menos de 40 años, por lo que nos preguntamos dónde están los/as 19.000 médicos/as de familia que han acabado en los últimos 10 años³. Hay pocos datos de esto pero sí sabemos que ha habido más de 30.000 solicitudes del certificado de idoneidad para irse al extranjero⁴. Además, se acerca una importante crisis de relevo generacional, al ser el envejecimiento más marcado en AP: el 62% de los/as médicos/as tiene 50 o más años³.

El daño crónico en todos estos aspectos atenta frontalmente contra los valores de la Atención Primaria. No se puede tener longitudinalidad, no se puede trabajar en equipo de forma efectiva, no se puede hacer atención comunitaria. Y esto no sólo afecta directamente a nuestra capacidad para disminuir las desigualdades sino que además las reproduce.

2. EL SILENCIO: DE ROMPERSE NO SE HABLA

De todo esto que nos está pasando hablamos mucho, muchísimo. Siempre nos estamos quejando de lo que nos rodea: la mala gestión de la gerencia, el mal uso de la población, el desprecio de los compañeros del hospital, de los problemas en el equipo. Hay cientos de análisis y miles de documentos de propuestas⁵.

De todo el dolor y la frustración que esto nos causa en primera persona no se habla, y pensamos que tiene que ver con que si reconocemos nuestra propia impotencia asumimos que hemos perdido el control. La medicina superheroica tiene mucho que ver con esto: el poder, el control (aunque sea dentro de la incertidumbre), saber siempre a dónde vamos y qué tenemos que hacer⁶. Admitir que estamos mal, hasta el punto de que nuestras herramientas no nos sirven, rompe con lo que somos y nos señala.

Escribe Marina Garcés “lo sabemos todo pero no podemos nada”⁷. Todo nuestro saber experto ha sido inútil en más de 40 años para mejorar las condiciones de la Atención Primaria. Más bien al contrario. A lo largo de estos años todos hemos ido haciendo pequeñas renunciaciones para sobrevivir: a trabajar en equipo, a organizar sesiones, a involucrarnos en la comunidad, a hacer cirugía menor, a domicilios programados, a acompañar al final de la vida, a abordar lo social sin medicalizarlo, a investigar, a coger residentes o estudiantes y, en última instancia, a disfrutar con nuestro trabajo.

Existe una desconexión entre lo que deseamos y lo que somos capaces de hacer, hasta el punto de que muchas hemos perdido la capacidad de desear, sobreviviendo en piloto automático o decidiendo parar.

3. LO PERSONAL ES POLÍTICO

Esta es una de las consignas feministas más repetidas y conocidas, su importancia radica en la necesidad de

entender las experiencias personales no como cuestiones individuales sino como reflejo de las estructuras sociales y políticas donde tienen lugar.

Como profesionales entendemos que cuando un sufrimiento tiene raíces estructurales es necesario vincularlo a ellas para poder dar una respuesta adecuada, y no poner el foco sólo en lo individual, porque esto culpabiliza y retraumatiza. “Lo personal es político” es lo que para nosotras resuena en la decisión de hacer públicas nuestras excedencias: si bien estas renunciaciones son una solución individual (una medida de protección personal) decidimos sacarlas del ámbito privado y hacerlas públicas porque pensamos que los motivos por los que renunciemos no nos afectan exclusivamente a nosotras: queremos denunciarlos, queremos hablar de ello.

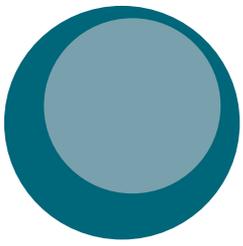
Sentimos que si el fuego se extiende y nos quema, lo más útil desde un punto de vista colectivo es arder en público. Otras personas deciden quedarse y denunciar las condiciones desde su puesto de trabajo, y ambas opciones son válidas si la mirada está puesta en el bien común.

Ahora mismo lo importante no es solamente la amenaza a la AP en sus principios básicos sino la repercusión que esto tiene en la salud de la población.

Nuestro silencio no nos protegerá, por eso desde fuera y dentro de la AP, y con la ciudadanía, debemos encontrar formas de nombrar el daño. Transformar el silencio en palabras y las palabras en acciones que vayan a la raíz.

BIBLIOGRAFÍA

1. La «serpiente» del gasto de personal también existe [Internet]. Acta Sanitaria. 2019 [citado 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/la-serpiente-del-gasto-de-personal-tambien-existe/>
2. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2018: Principales resultados. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
3. Pérez PB, López-Valcárcel BG. Estimación de la oferta y demanda de Médicos Especialistas. España 2018-2030. Minist Sanid:168. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>
4. Salud, dinero y atención primaria: 20 años de despilfarro formando médicos y enfermeros. [citado 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://saludinerioap.blogspot.com/2020/10/20-anos-de-despilfarro-formando-medicos.html>
5. colectivosilesia. Re(re)formando la Atención Primaria [Internet]. Colectivo Silesia. 2019 [citado 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://colectivosilesia.net/2019/02/01/rereformando-la-atencion-primaria/>
6. Benedicto Subirà C., March S. Un gran poder conlleva una gran responsabilidad: sobre el (alter) ego heroico de los médicos. AMF 15(2):73-7.
7. Garcés M. Nueva ilustración radical. Primera edición. Barcelona: Editorial Anagrama; 2017. 75 p. (Nuevos cuadernos Anagrama).



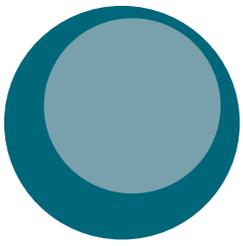
5. CONTINUO...

■ Cabrera Majada A.
Médico de Familia. C.S. Daroca

A pesar de no haber trabajado con más intensidad y tanto tiempo continuado en mi vida, de ser el momento más duro que he vivido en España en mis 20 años como médico de familia, a pesar del atroz abandono y ninguneo a los profesionales y a los pacientes... continuo. Y continuo, lo primero, por mis compañeros del Centro de Salud Daroca, porque todos continuamos y porque siento que trabajo junto al mejor equipo con el que podría estar en estas circunstancias tan adversas, por su compromiso profesional y su calidad humana.

Continuo porque sigo haciendo lo que más me gusta en el mundo: curar a veces, e intentar aliviar y acompañar en el sufrimiento, el dolor y la incertidumbre siempre. Continuo por compromiso con los pacientes a los que atiendo desde hace nueve años en la misma consulta y porque también siento su apoyo por lo

que estamos haciendo. Continuo porque me encanta colaborar con la Asociación de Vecinos, con las farmacias, con los colegios, con los periódicos y la radio del barrio. Continuo porque estamos participando y vamos a iniciar proyectos de investigación. Continuo porque puedo compartir mi visión de este trabajo con los MIR que comienzan su andadura. Continuo porque es lo que hay que hacer, igual que hace un año tras el ciclón Idai en Mozambique o hace dos años con los refugiados en las islas griegas. Continuo por poner mi granito de arena a la continuidad del Sistema Público de Salud, uno de los mayores ejemplos en la historia de materialización de inteligencia y solidaridad colectiva. Y continuo en atención primaria, no porque sea la puerta de entrada ni el dique de contención del sistema, sino porque es su columna vertebral y si cae la atención primaria, caerá el sistema entero.



6. ROMANTICISMO NO DIABÉTICO

■ Blanco A.
Médico Familia. C.S.U. Reina Victoria

Soy un ambicioso sencillo, solo pretendo ayudar, desde el conocimiento y el arte, pero solo ayudar, aunque, también, otras razones menos nobles me acompañen. Nunca pretendí salvar a la humanidad de sí misma, ni cambiar el ejercicio de la Medicina por mi voluntad e inteligencia. No necesito reconocimientos especiales, me basta con el de mis pacientes, con los años también gusto del de mis padres y mis alumnos, pero de estas banalidades podría prescindir, no siempre las tuve.

Decidí ser médico por dos viñetas de un tebeo. Mostraban un médico de pueblo con su maletín, bajo un sol inclemente o la lluvia desatada. Hoy, cuando muchos avisos los subtitulo de abusos, ese recuerdo me siembra una sonrisa. “No querías caldo...” Fantasía romántica a los 7 u 8 años.

En la adolescencia me llamaba la atención la tocología, no sé la razón, siempre habría parturientas a las que asistir. Pasar consulta y atender partos en cualquier momento del día. Parecía bonito, importante, que te sacaran de la cama para traer una nueva vida al mundo. Más romanticismo.

En el verano de tercero, estando de alumno interno, decidí ser médico de pueblo, me interesaba el enfermar de los pacientes, no las enfermedades o las glorias hospitalarias y, mucho menos, los jefes que marcaran directrices, con las que no siempre iba a estar de acuerdo. ¡Qué infeliz! La ignorancia es tan romántica.

Me sigue asombrando, cuando la entrevista fluye por donde quiero, la atención con que degluten, cada palabra. El dolor, la incertidumbre, la inseguridad, lo desconocido provoca tanto miedo... ¡Es tan potente

la palabra del médico! Con frecuencia olvidamos que nuestras palabras, nuestras actitudes son terapéuticas. Me gusta muchísimo sentir ese efecto. Ver como se suaviza el gesto de alguien que sufre tras visitarlo me enorgullece. Orgullo más egoísta que romántico.

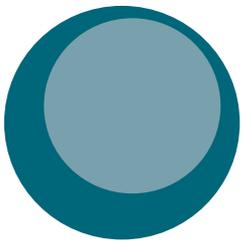
Claro que también me gustaban y me gustan las miradas de respeto, que inevitablemente aparecen cuando se conoce que soy médico. ¿Cómo no va a ser así? si, llegado el momento, somos los principales depositarios de sus esperanzas, por encima, incluso, de las tecnologías de vanguardia.

Entiendo la Medicina de un modo global, no me gustan los cachitos, creo que todo influye en todo y es la persona la que enferma no su colon o su pericardio. La Interna, nuestra hermana hospitalaria, se encarga del 2% de los pacientes. Nosotros del 98% restante. No trato retos intelectuales trato personas, hace años que no estudio por saber, lo hago por aplicar ese conocimiento.

La pandemia me demostró que no estaba equivocado, estar en la trinchera, en primera línea, sin los oropeles políticos y glamurosos, solo codo con codo con mis compañeros, era una buena elección. ¡Juntos llueve menos! El sindiós científico pesaba poco al lado del desafío humano. Acompañar tanta angustia, no era gratis, pero daba sentido al trabajo y a la profesión.

Vuelvo a casa cansado, no siempre feliz, pero satisfecho, he hecho lo que se podía hacer sin abaratar esfuerzos. No tener grandes expectativas disminuye la frustración.

Yo me quedo.



7. COMO QUIERO QUE SEA MI MÉDICO DE FAMILIA

■ Zamarrón Fraile M.E.
Médica Familia- C.S. Baviera

Cuando empezó la pandemia y los compañeros iban enfermando a mi alrededor empecé a notar síntomas físicos que eran en parte por el cansancio que suponía el exceso de trabajo y en parte a la ansiedad que pululaba en el ambiente.

A la vuelta de vacaciones reflexione sobre cómo era estar al otro lado de la mesa o del teléfono ahora y como sería para mí, mi médico de familia ideal, aunque he de decir que tengo una médica de familia que es una gran profesional además de ser una de mis mejores amigas.

Pero mi reflexión iba más allá de lo personal, se trataba de ver desde los puntos de vista de varios de los pacientes a los que trato lo que yo iba notando que me demandaban, a eso investigaba sobre mis carencias en el desarrollo del trabajo actual y también en las que la empresa en la que trabajo me encargaba.

¿QUÉ ME PARECÍA QUE PEDÍAN MIS PACIENTES?

En primer lugar, saber que seguía al pie del cañón para atenderlos, aunque fuera por teléfono, eso demuestra la importancia de la relación médico paciente y la longitudinalidad en AP, pero también me pedían competencias científicas actualizadas, y como siempre empatía, mucha empatía...

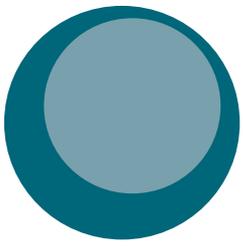
¿CUÁLES ERAN MIS CARENCIAS?

La más importante aprender a trabajar en otro ámbito de comunicación como es el teléfono por ello me apunté al curso de "Habilidades en comunicación por vía telemática en Atención Primaria", que ofrecía el SERMAS, aparte de trastear por mi cuenta con el zoom y otros programas parecidos.

¿QUÉ DEMANDABA MI EMPRESA?

Todo como siempre, y de un día para otro. Aunque eso desde que trabajo en AP no es nuevo. Aprendimos de anticoagulación cuando se decidió su seguimiento en AP, aprendemos los últimos medicamentos, aunque no los recetemos porque somos los primeros que observamos sus posibles efectos adversos, aprendemos de COVID-19 agudo y crónico porque seremos los que seguiremos viendo COVID-19 cuando haya pasado la pandemia.

En resumen, somos la Cenicienta del sistema y a estas alturas estamos seguros que no vendrá el príncipe a rescatarnos, habrá que pedir al menos una buena fregona para no tener que fregar de rodillas el suelo del castillo... porque fregarlo lo fregaremos.



8. AUTOCUIDADOS PARA PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE COVID-19 (Y NO SOLO)

■ Herranz Bandrés B.¹, Martín Luengo M.², Revilla Laguna A.³, Diouri N.⁴

⁽¹⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II. Parla. Madrid.

⁽²⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria..

⁽³⁾ Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Greco. Getafe. Madrid.

⁽⁴⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Intervención con Población Excluida, Cañada Real. CS Ensanche de Vallecas. Madrid.

Miembros GdT de Salud Mental de la SoMaMFyC.

INTRODUCCIÓN

Durante la primera ola de la pandemia se propusieron distintas maneras de autocuidados para profesionales del ámbito sanitario, para poder afrontar el día a día en el trabajo y fuera de él.

Prácticamente todas estas “ayudas” iban dirigidas de manera individual al profesional¹. Quizá en ese momento no cabían otras miradas, nos sobrepasaba el drama que vivíamos².

Ocho meses después, mientras nos enfrentamos a una segunda ola de la pandemia, no podemos conformarnos con una visión tan recortada de lo que son unos verdaderos cuidados del personal sanitario.

Un número no despreciable de profesionales ya antes de la COVID-19 se encontraba mal a nivel laboral, quizá sin ponerle nombre a ese malestar. La primera y después la segunda ola no han hecho más que agravar una situación de colapso individual y organizacional ya existente.

SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL

El síndrome de desgaste ocupacional (SDO) también conocido como síndrome de “*burnout*”, es el resultado del estrés crónico en un ambiente laboral en el que se exigen *demandas* excesivas para los *recursos* que se proporcionan³.

Las demandas que nos pueden llevar hacia un desgaste no son sólo el número de pacientes o de tareas, sino también tareas que no percibimos como indispensables (burocracia) y que en cambio restan gran parte del tiempo para lo importante (clínica). Otras demandas que provocan desgaste son situaciones de

sufrimiento, muerte o problemática social frente a las que sentimos que no tenemos recursos⁴.

El SDO consta de tres dimensiones:

- Agotamiento físico, mental y emocional.
- Pérdida de capacidad resolutive.
- Cinismo organizacional. Entendido como desapego, desconfianza, crítica negativa hacia la propia organización.

“BURNOUT” COMO TRAUMA

Creemos que el concepto de “*burnout*” tiene similitudes con la idea de trauma o herida psíquica. Las definiciones de estrés postraumático del DSM, así como la de la RAE, nos llevan a definir el **trauma psíquico** como la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.

Hay algo que nos parece crucial con respecto al trauma y a la instalación de la herida psíquica, y que tiene que ver con el discurso que **el contexto** suele pronunciar: **silencia y obliga a pasar página** (ofreciendo mensajes positivos), con mejores o peores intenciones, y recibiendo la persona indiferencia o culpa⁵.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias del SDO se van a reflejar a distintos niveles³:

1. Profesionales⁶:

- Consecuencias personales: dificultad en relaciones sociales, somatizaciones, aumento de incidencia

de enfermedades cardiovasculares y depresión, ideación suicida y suicidios, abuso de sustancias.

- Consecuencias profesionales: pérdida de longitudinalidad, mayor probabilidad de errores médicos, pérdida de capacidad resolutoria; en definitiva: peor calidad de la atención.

Una de las consecuencias que atraviesa tanto el ámbito personal como el profesional es la *despersonalización* como mecanismo de defensa. Una causa frecuente que puede desencadenar este mecanismo es el hecho de saber que se está realizando mal un trabajo (consultas a contrarreloj), no poder realizarlo de otra manera (agendas desproporcionadas) y saber que puede tener consecuencias negativas sobre la población. Esto puede generar tanta angustia que se disocia la emoción. Son los comentarios “a mí ya todo me da igual, yo voy, hago lo que me mandan y me voy” o “yo ya no pienso en atender personas, sólo en terminar la lista de llamadas”. Este distanciamiento emocional ayuda a reducir el nivel de angustia pero con un poso de extrañeza hacia nosotros mismos, un “no me reconozco” que puede generar cierta inquietud si no sabemos de dónde viene.

2. Pacientes: relación terapéutica deteriorada, atención por profesionales que desconocen, aumento de derivaciones y pruebas complementarias que conllevan sobrediagnóstico y sobretratamiento o, por el contrario, retrasos diagnósticos.

3. Organización⁷:

- Absentismo por enfermedad.
- Presentismo por miedo a repercusiones en carrera, culpabilidad por sobrecargar al equipo o por abandonar a pacientes, incapacidad de reconocer vulnerabilidades o fallo en priorizar la salud propia.
- Renuncias definitivas o provisionales⁸.

4. Sociedad: aumento de barreras en el acceso al sistema sanitario, intensificación de la ley de cuidados inversos, precarización de lo público frente a lo privado y pérdida de la capacidad disipadora de las desigualdades sociales propia del sistema público de salud.

¿AUTOCUIDADOS O CUIDADOS COLECTIVOS?

Entendiendo el síndrome de “*burnout*” y su vivencia como traumática, el primer paso en relación con los **autocuidados** no puede ser otro que la sensación de *seguridad y protección*, para poder lograr así la *estabilidad* o el *equilibrio*.

En este sentido, cuando pensamos en autocuidados es fácil poner el foco sólo a nivel *individual*, pero no podemos perder de vista el nivel *organizacional* y el *político*³.

Es importante tener una mirada individual porque podemos hacer muchas cosas que mejoren nuestra situación o al menos la manera de afrontarla y vivirla. Pero si no **ampliamos la mirada** a nuestro alrededor, poco podremos hacer para cambiar las causas⁹.

Existen diferentes variables interrelacionadas entre sí y que se incorporan a cada uno de los tres niveles (individual, organizacional y político): carga de trabajo, recursos, realización profesional, cultura/valores, control/flexibilidad, conciliación, apoyo institucional. En función de cómo se trabaje cada variable en cada nivel, la balanza se inclinará más hacia el desgaste ocupacional o hacia la satisfacción laboral¹⁰.

CONCLUSIONES

Existen muchas herramientas o formas de cuidarse y todas ellas son **legítimas**.

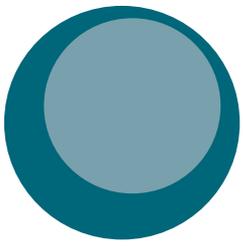
Como bien sabemos en medicina familiar y comunitaria, no somos sólo individuos sino que vivimos en un contexto: **las acciones a nivel individual pueden ser útiles pero no son suficientes**.

Así, hacer responsable al profesional, en función de la decisión que tome, de la sobrecarga o debilitamiento del sistema, nos parece una mirada limitada y revictimizadora. **Al ampliar la mirada**, lo que proponemos es espacio y tiempo **para respetar y exigir respeto** entre nosotras y nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad española de psiquiatría. CUIDANDO LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP_COVID-19-Salud_Mental_personal_sanitario.pdf
2. Lijun Kang, et al., Brain, Behavior, and Immunity. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2019. Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional well-being. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25521>.

4. Aronsson et al. BMC Public Health (2017) 17: 264 A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms DOI 10.1186/s12889-017-4153-7.
5. Aznarez Urbieto, B. (2019). Manual de psicoterapia breve con niños y adolescentes. Autoeditado
6. S. Pappa, et al. Brain, Behavior, and Immunity 88 (2020) 901-907 Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
7. Carrieri D., Briscoe S., Jackson M., et al. 'Care Under Pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. BMJ Open 2018;8:e021273. doi:10.1136/bmjopen-2017-021273
8. Br JGenPract 2016; Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England DOI:10.3399/bjgp16X683425
9. Montano et al. BMC Public Health 2014, 14:135. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/135>
10. Tait D. Shanafelt, M.D., and John H. Noseworthy, M.D., CEO. Mayo Clin Proc. n January 2017; 92(1): 129-146 Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>



9. #YOMEOFREZCOATRABAJARENATENCIÓNPRIMARIA

- Sacristán M., Fando C., Estevan P., Saldaña I., Barahona E., Aragón B., Benedicto C., Herranz B., Belinchón S., García-Zurita I.
Médicas de Familia

10Resisters, grupo espontáneo de ayuda mutua y reflexión colectiva. Todas médicas de familia y comunitaria en distintas y cambiantes situaciones laborales en Madrid que creemos que una buena atención primaria hace sociedades mejores.

POR QUÉ: JUSTIFICACIÓN

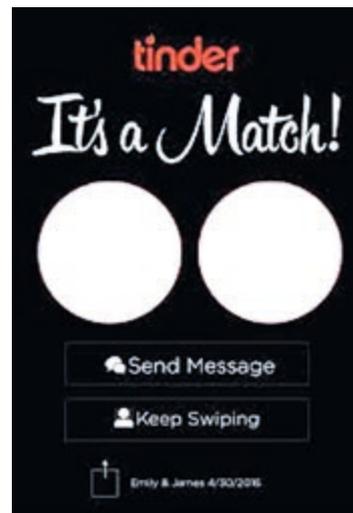
¿Hay médicos o no hay médicos? Depende



“La gerencia de atención primaria busca médicos, busca suplentes, busca refuerzos COVID-19 y ¡no encuentra!, ¡ni siquiera para una semana! Se plantea contratar médicos sin especialidad”.

Pero Muchas profesionales desean trabajar en atención primaria y no encuentran cómo: ¡las mañanas en casa pudiendo acudir a un centro de salud! Los turnos no permiten conciliar con la vida familiar, o las condiciones les imposibilita seguir... También quienes acaban la residencia renuncian a esta atención primaria que no les motiva y eligen otros destinos y opciones profesionales...

Parece que hace falta hacer match.



PARA QUÉ: OBJETIVOS

— Principales

- o Aumentar la plantilla de atención primaria consiguiendo que la Gerencia reformule la forma de contratación a un modelo más flexible y creativo.
- o Mejorar la satisfacción profesional
- o Mejorar la asistencia sanitaria y satisfacción de la población

— Secundarios

- o Promover debates históricos: conciliación laboral y familiar, pros y contras del doble turno en la Comunidad de Madrid, sobrecarga asistencial, papel de la atención primaria, calidad de la atención en términos de accesibilidad, longitudinalidad,
- o Hacer partícipes de estas cuestiones tanto a profesionales sanitarios, Institución sanitaria y población general.

QUÉ: LA ACCIÓN

Presentar a la gerencia de atención primaria los recursos humanos que no encuentra

CUÁNDO: AHORA

- La Crisis COVID-19 ha agudizado la crisis de atención primaria previa y se hace imperante reforzarla de manera estructural.
- Mediáticamente el momento es muy potente. Imaginemos un titular: “100 médicos de familia se ofrecen a la Consejería para trabajar en atención primaria”.

CÓMO: METODOLOGÍA

- Iniciativa unánime presentada en bloque, o sugerencia que cada profesional pueda personalizar en tiempo y forma (opciones no excluyentes)
- Iniciativa multidisciplinar de atención primaria. Aplicable a #nohaymédicxs, #nohayenfermerxs, #nohayadministrativxs, #nohaytrabajadorassociales, etc.
- Modelo de plantilla: ver propuesta

RESULTADOS

- Escenario triunfalista
 - o Se consigue aumentar la plantilla, ¡se encuentran profesionales de AP!
 - o Aumenta la satisfacción profesional
 - o Aumenta la calidad de la atención primaria y satisfacción ciudadana
- Escenario realista
 - o A corto plazo no se consigue cambiar el modelo de contratación, pero la Institución entiende que la renuncia y la permanencia con desgaste son caras de la misma moneda y que recuperar profesionales ilusionados sería posible y es también su deber.

DISCUSIÓN

Esto se nos ocurre. ¿le damos alas? Hay que (re) construir la atención primaria.

A la Gerencia de Atención Primaria del SERMAS

Yo _____
 médicx/enfermerx/administrativx de familia, con DNI _____

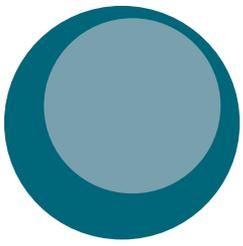
Me ofrezco a trabajar en atención primaria para dar servicio en el sistema público de salud, para atender pacientes de manera presencial, telefónica y domiciliaria en sus necesidades de salud y enfermedad con una perspectiva individual, familiar y comunitaria, con ayuda del resto del equipo de atención primaria.

Me ofrezco a trabajar en condiciones dignas y a atender un número razonable de pacientes que garantice la calidad asistencial.

A continuación, detallo las características de mi disponibilidad laboral para facilitar la búsqueda de puesto por el servicio de contratación de la Gerencia de atención primaria:

	Precisa de alguna condición: especificar	No precisa ninguna condición
Dirección asistencial, distrito/barrio/ zona básica de salud, o centro de salud concreto		
Cupo concreto o continuidad con la población atendida	Ejemplo: deseo continuidad asistencial, por lo que no querría ser un refuerzo para ver urgencias de varios cupos o cubrir ausencias imprevistas de profesionales	
Turno		
Teletrabajo	Ejemplo: podría trabajar presencial todas las mañanas, o cambiar alguna mañana por tarde, pero en forma de teletrabajo para consultas telefónicas.	
Duración mínima del contrato	Ejemplo: contrato de al menos un año	
Otros		

Firmado _____, a fecha _____



1. COVID-19 Y CRISIS SANITARIA: CLÍNICA DE NUEVA APARICIÓN EN UN HOTEL SANITARIZADO

■ Villares López A.J.^a, Huerga López C.^b, Bellas Fernández L.^c, Melero Pérez C.^d, Albendea Roch J.^e, Grupo de Trabajo hotel medicalizado^f, Montero Ruiz E.^g.

^(a) Médico, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España; correo electrónico: alexvillares.lopez@gmail.com

^(b) Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España; correo electrónico: cristinahuergalopez@gmail.com

^(c) Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España;

^(d) Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España;

^(e) Médico, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España;

^(f) Resto de integrantes equipo médico hotel sanitizado: García-Bordallo Collado D.; Junquera Fernández G.; Machín Delgado M.; Salgado Barbado E.; Saura Capsir C.; Vera Puente B.; Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España;

^(g) Médico Especialista en Medicina Interna; Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: La crisis sanitaria producida por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha supuesto un desafío para los sistemas sanitarios. La gestión eficiente de los recursos favorece la creación de centros de apoyo en la asistencia médica como son los hoteles sanitizados. Nuestro objetivo es describir los eventos clínicos de nueva aparición durante el periodo de cuarentena en pacientes dados de alta tras hospitalización por COVID-19.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo de la clínica de nueva aparición en los pacientes ingresados, según criterios establecidos, en un hotel sanitizado.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes de los que 52,8% eran españoles, mediana de edad 54,5 años (rango 18-82), 67% hombres, 96,27% procedían de altas hospitalarias. Recibieron tratamiento basado en una combinación de hidroxiquina, lopinavir/ritonavir y azitromicina. El 53,8% de los pacientes presentaron clínica psiquiátrica, el 32,1% osteomusculares, el 31,2% dolor torácico/disnea, el 26,3% neurológicas, el 17% gastrointestinales y el 12,3% dermatológicas. Todas estas manifestaciones pudieron ser tratadas en el hotel y no necesitaron traslado al hospital, con excepción de dos casos que no requirieron ingreso hospitalario y fueron devueltos al hotel.

Conclusiones: Ha aparecido una importante, y variada, cantidad de manifestaciones clínicas tras el alta hospitalaria por COVID-19. La gran mayoría fueron leves y pudieron ser controladas en el hotel sanitizado, sin necesidad de derivación a un centro hospitalario. Para el correcto funcionamiento de este tipo de

centros, es fundamental una selección minuciosa de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: coronavirus, SARS-CoV-2, COVID-19, cuarentena, alta hospitalaria.

SUMMARY

Background: The health crisis caused by the new SARS-CoV-2 coronavirus has posed a challenge to health systems. The efficient management of resources favours the creation of health care support centres such as sanitised hotels. Our aim is to describe new clinical events during the quarantine period in patients discharged after hospitalisation for COVID-19.

Methods: Descriptive observational study of the new-onset clinic in patients admitted, according to established criteria, to a sanitized hotel.

Results: We included 106 patients of which 52.8% were Spanish, median age 54.5 years (range 18-82), 67% were male, 96.27% were discharged from hospital. They received treatment based on a combination of hydroxychloroquine, lopinavir/ritonavir and azithromycin. A total of 53.8% of the patients presented psychiatric clinics, 32.1% osteomuscular, 31.2% chest pain/dyspnea, 26.3% neurological, 17% gastrointestinal and 12.3% dermatological. All these manifestations could be treated at the hotel and did not require transfer to the hospital, with the exception of two cases that did not require hospital admission and were returned to the hotel.

Conclusions: A significant and varied number of clinical manifestations have appeared following discharge from hospital for COVID-19. The vast majority were

mild and could be controlled in the sanitized hotel, without the need for referral to a hospital. For the correct functioning of this type of centre, a meticulous selection of patients is essential.

KEY WORDS: coronavirus, SARS-CoV-2, COVID-19, quarantine, patient discharge.

INTRODUCCIÓN

La infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha generado una crisis sanitaria de impacto mundial con más de 200 países afectados, siendo considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “pandemia” en marzo de 2020. La rapidez de su expansión se debe fundamentalmente al mecanismo de transmisión del virus, mediante la exposición e inhalación de gotas de Flügge a través de la boca o la nariz¹⁻³, que ocurre en grupos concentrados de personas. Actualmente no existe ningún tratamiento ni vacuna efectivos para la COVID-19. Considerando la experiencia previa con SARS-CoV, es necesario establecer medidas epidemiológicas para el control de la infección, prevenir su importación y la diseminación nosocomial³. La OMS, así como las autoridades sanitarias de los diferentes países, promueven medidas de aislamiento epidemiológico sobre la población, que han demostrado ser las medidas sanitarias más efectivas en estas circunstancias (reducción de hasta el 31% de los fallecimientos en comparación con un escenario en el que no se realice ningún tipo de medida de control epidemiológico poblacional⁴).

Ante esta situación, aparece la necesidad de emplear recursos que permitan descargar la ocupación de camas de la red hospitalaria en las áreas más afectadas. Se publica en España una orden ministerial⁵ por la que se declaran como servicios esenciales ciertos hoteles, de tal manera que pudiesen ser adaptados a la actividad sanitaria (hoteles sanitizados). Según el protocolo de derivación de pacientes con COVID-19 a hoteles sanitizados de la Comunidad de Madrid⁶, los objetivos de estos recursos asistenciales son:

1. Mantener el aislamiento del paciente en condiciones adecuadas asegurando la cobertura de las necesidades básicas;
2. Garantizar unos niveles adecuados de protección con el fin de prevenir la transmisión de la enfermedad;
3. Evitar ingresos hospitalarios y estancias no estrictamente necesarias y las complicaciones nosocomiales y, así, fortalecer la capacidad de respuesta ante el incremento de la demanda asistencial.

A nivel internacional, un ejemplo es la creación de los llamados CTC (Community Treatment Centres) en

Corea⁷. En España, el primer ejemplo de actuación sanitaria organizada en un hotel surgió en Tenerife⁸. Este centro tuvo que ser puesto en cuarentena por el riesgo para la salud pública ante la identificación de un caso de un turista italiano con síntomas alojado en un hotel del municipio de Adeje (Islas Canarias, España). En este dispositivo, aunque diferente en su creación respecto de los hoteles sanitizados, participaron profesionales de medicina y enfermería, auxiliares administrativos y técnicos de gestión logística y se realizó test PCR para la valoración de contactos⁸.

La experiencia clínica que se va adquiriendo con esta enfermedad indica que pueden aparecer síntomas y complicaciones tras el alta hospitalaria. Disponer de un grupo de pacientes, en un entorno controlado, a los que hacer un seguimiento clínico durante los 14 días posteriores al alta hospitalaria, ofrece una oportunidad para el estudio de estos posibles problemas tardíos.

El objetivo de este trabajo es la descripción de las incidencias clínicas de nueva aparición durante el periodo de ingreso para aislamiento en un hotel sanitizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados desde el 1 al 24 de abril de 2020 en un hotel sanitizado siendo dado de alta el último el 5 de mayo. Se precisó la apertura de 2 de las 5 plantas habilitadas del hotel contando, cada una, con 30 camas y llegando a ocuparse todas en el momento de máxima actividad asistencial (60 camas en total). Se contrataron 12 médicos, además de contarse con el apoyo y la supervisión de un facultativo especialista en Medicina Interna, presente en el hotel incluyendo fines de semana y festivos, responsable de la selección de los pacientes trasladados al hotel, acorde a los protocolos proporcionados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid⁶. La derivación al hotel se llevó a cabo según los criterios establecidos por dicha Consejería⁶ recogidos en la tabla 1.

Se recibieron pacientes de diferentes hospitales, principalmente del Hospital Universitario Ramón y Cajal, al ser el hospital de referencia del hotel, y del Hospital Universitario La Princesa, Hospital Universitario Santa Cristina, Hospital Universitario 12 de octubre y del hospital de campaña instalado en IFEMA. Igualmente se derivó a una paciente desde Atención Primaria (Majadahonda, Dirección Asistencial Noroeste). La estancia de los pacientes en el hotel fue de 14 días, exceptuando aquellos con un resultado negativo en la PCR para SARS-CoV2 realizada en dos ocasiones separadas al menos 24 horas. Las variables clínicas estudiadas se recogen en la tabla 2. Los resultados obtenidos se describen con frecuencias absolutas y porcentajes, y con medianas y rangos.

ANTECEDENTES PERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> • No dependiente • Con movilidad adecuada • Sin deterioro cognitivo • No insuficiencia cardíaca, renal o hepática
ENFERMEDAD ACTUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad clínica + no precisa vigilancia continuada • Día +7 o superior de evolución • Sin criterios de neumonía
TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • No precisa oxigenoterapia • No precisa administración intravenosa de fármacos
SITUACIÓN SOCIOEPIDEMIOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> • Persona que vive sola, sin red de apoyo o red de apoyo frágil • Personas en situación de tránsito (turistas, migrantes no asentados) • Personas en situación sin hogar • Personas con vivienda inadecuada para medidas de aislamiento social • Convivencia en pisos compartidos • Convivencia con paciente inmunodeprimido

Tabla 1. Criterios de derivación a hoteles sanitizados.

GENERALES		ANTECEDENTES	
<ul style="list-style-type: none"> — Sexo — Nacionalidad — Grupo de edad: <ul style="list-style-type: none"> o Grupo 1: 18-65 años o Grupo 2: 65- 85 años o Grupo 3: >85 años 		Factores riesgo cardiovascular (HTA, obesidad, DL, tabaquismo activo)	Factores de riesgo respiratorios (EPOC, asma, otras patologías pulmonares)
		Inmunosupresión (VIH, proceso oncológico activo, tratamiento crónico inmunosupresor)	Polimedicación (>4 fármacos vigentes en Módulo único de prescripción, MUP)
		Historia clínica de Psiquiatría	
ENFERMEDAD ACTUAL			
NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL <ul style="list-style-type: none"> — Con ingreso en UCI — Sin ingreso en UCI 		Tipo de tratamiento específico para COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> — Hidroxicloroquina — Hidroxicloroquina + Ritonavir/ Lopinavir — Hidroxicloroquina + Ritonavir/Lopinavir + Azitromicina — Hidroxicloroquina + Azitromicina — Inmunoterápicos — Antibiótico (objetivo no inmunomodulador) — Corticoides 	
INCIDENCIAS CLÍNICAS			
Neurológicas (Parestesias, diplopía, parálisis, cefalea)	Dermatológicas (Prurito, exantema maculopapular y prurito, exantema urticariforme y prurito, exantema acneiforme y prurito, exantema sin prurito)	Disnea Dolor torácico	Osteomusculares (Dorsalgia o lumbalgia; fatiga muscular)
Psiquiátricas (Insomnio, ansiedad, ánimo depresivo, alteraciones de la conducta)	Gastrointestinales (Diarrea estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal)	Candidiasis (Muguet, vaginal)	Trombóticas
MOTIVO DE ALTA		TRASLADO A URGENCIAS	
Cumplimiento 14 días de aislamiento Alta por doble resultado negativo en test PCR de exudado nasofaríngeo, separado con periodo de 24 horas		Motivo: insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento; dolor lumbar refractario a tratamiento; diplopía Reingreso en hotel sanitizado Necesidad de reingreso hospitalario	

Tabla 2. Variables del estudio.

RESULTADOS

Del total de 108 pacientes que fueron recibidos en el hotel sanitizado, 106 se han incluido en este estudio, ya que uno fue devuelto a su hospital de procedencia por no cumplir los criterios de derivación y otro por reagudización respiratoria el mismo día de su llegada a nuestro centro. El 96,27% de los pacientes procedían de altas hospitalarias. Un paciente (0,94%) fue derivado

desde Atención Primaria Madrid y 3 pacientes (2,83%) eran personal sanitario con necesidad de aislamiento epidemiológico. El 33% (35) de los pacientes fueron mujeres y un 67% (71), hombres. En cuanto a los grupos de edad: 72 pacientes se encontraban en el grupo 1 (67,9%), 34 en el grupo 2 (32,1%) y 0 pacientes en el grupo 3, siendo la mediana de edad de 54,5 años (rango 18 - 82 años). La figura 1 muestra la distribución por sexo y edad, y la figura 2, la nacionalidad.

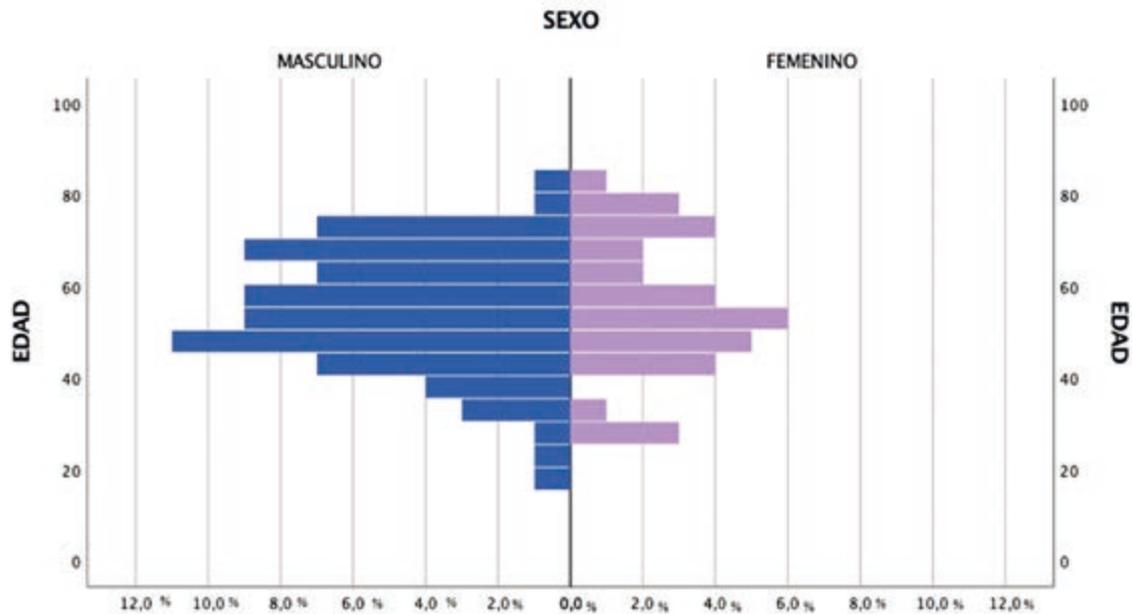


Figura 1. Pirámide poblacional: distribución en porcentajes por sexo y edad.

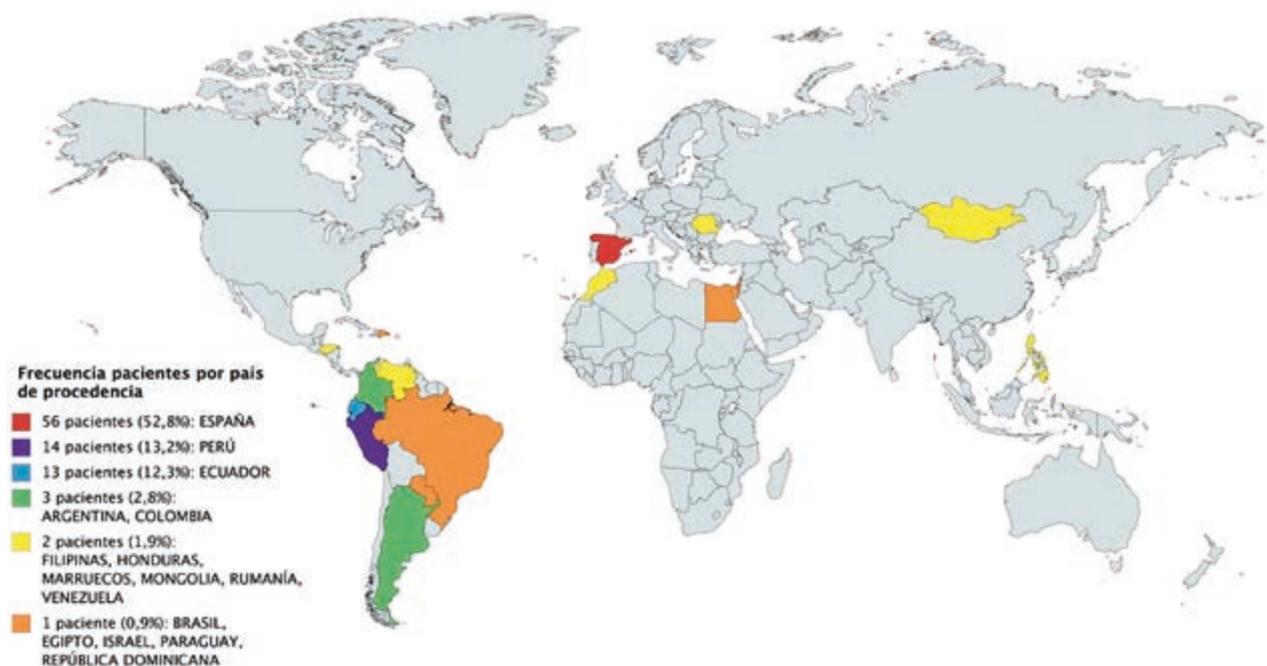


Figura 2. Distribución de nacionalidades por frecuencias.

Comentario. Se representa en el mismo color los países con la misma frecuencia de pacientes.

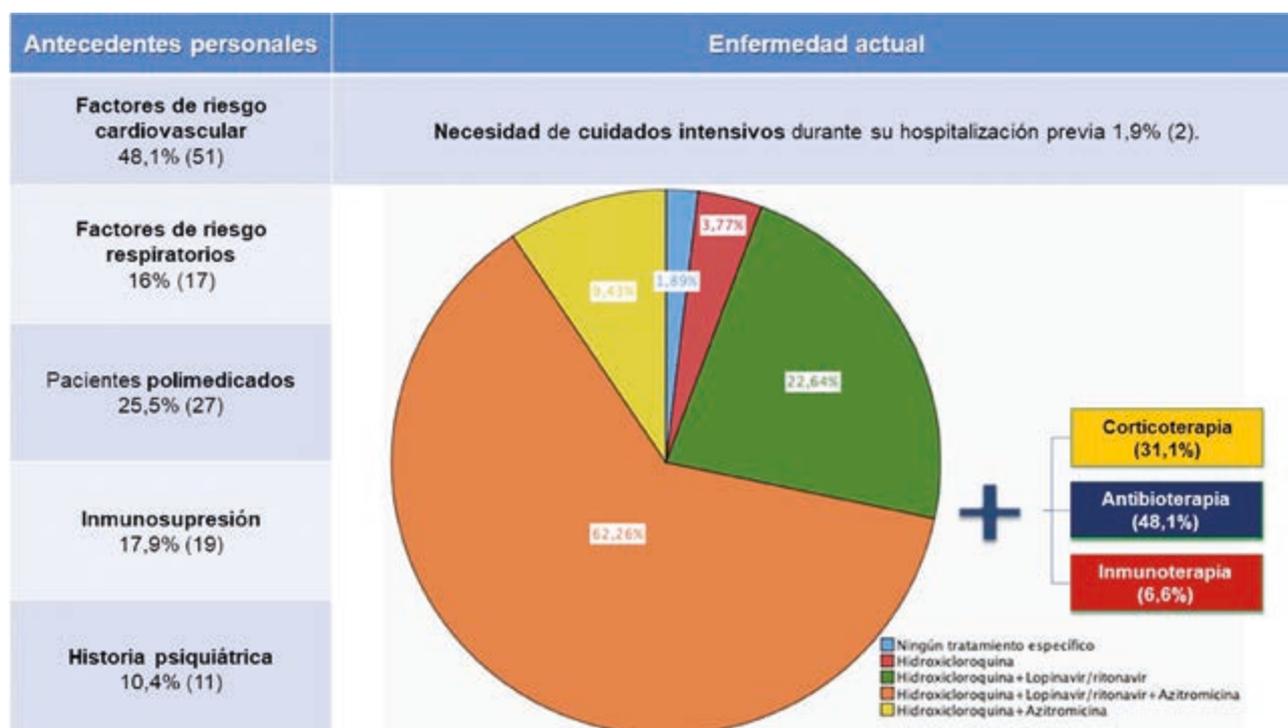


Figura 3. Antecedentes personales y enfermedad actual.

La figura 3 recoge los antecedentes personales y la enfermedad actual. Respecto del tratamiento específico para la COVID-19, resaltar que la mayoría de nuestros pacientes (62,3%) recibió tratamiento basado en hidroxyclo-roquina, lopinavir/ritonavir y azitromicina. El 1,9% (2) no recibió tratamiento específico por estar asintomáticos o con síntomas leves. Un 31,1% (33) recibió corticoterapia y un 48,1% (51) antibioterapia, fundamentalmente ceftriaxona o piperacilina-tazobactam, para el tratamiento de casos de sobreinfección bacteriana. Por último, solo un 6,6% (7) estuvo en tratamiento con inmunoterapia, principalmente tocilizumab.

Las incidencias clínicas aparecidas durante la estancia en el hotel se muestran en la figura 4. Se registraron 2 casos de candidiasis: oral y vulvovaginitis. No hubo episodios de trombosis o de patologías derivadas de los mismos. Tres pacientes fueron derivados al Servicio de Urgencias del Hospital Ramón Cajal: Un episodio de insuficiencia respiratoria que requirió su ingreso en el hospital, un episodio de dolor lumbar refractario a tratamiento analgésico administrado por vía oral y un episodio de diplopía asociada a parestesias faciales. Los dos últimos pacientes no requirieron hospitalización y fueron remitidos de nuevo al hotel.

El 51,9% (55) de los pacientes fue dado de alta por cumplimiento del periodo de aislamiento y el 46,2% (49) por doble PCR negativa, separada en un intervalo de 24 horas. Dos pacientes (1,9%) cumplieron tanto aislamiento de 14 días, como doble resultado

negativo en la PCR. La mediana de seguimiento de los pacientes que se fueron de alta por doble PCR negativa fue de 6 días (rango 1-13 días). Algunos test PCR de control ya habían sido extraídos en el hospital por lo que se repetía en el hotel a las 24 horas, explicando así estancias de un solo día.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran un predominio de pacientes varones y, casi la mitad, de fuera de España. Esta situación de extranjería se relacionaba, en la gran mayoría de los casos, con circunstancias socio-epidemiológicas complejas: piso y/o habitación compartida como domicilio habitual o viviendas con características no aptas para el aislamiento epidemiológico.

Resaltamos la importancia de la selección de los pacientes candidatos a ingreso en el hotel sanitizado. Se realizó un doble control de los criterios de derivación, uno por el equipo médico de hospitalización y otro por el internista del hotel sanitizado. Esta labor exhaustiva posiblemente ha permitido que solo se haya tenido que devolver a dos pacientes al hospital de procedencia y que no se hayan producido incidencias clínicas graves.

Las incidencias clínicas más significativas que aparecieron durante el periodo de aislamiento en nuestro

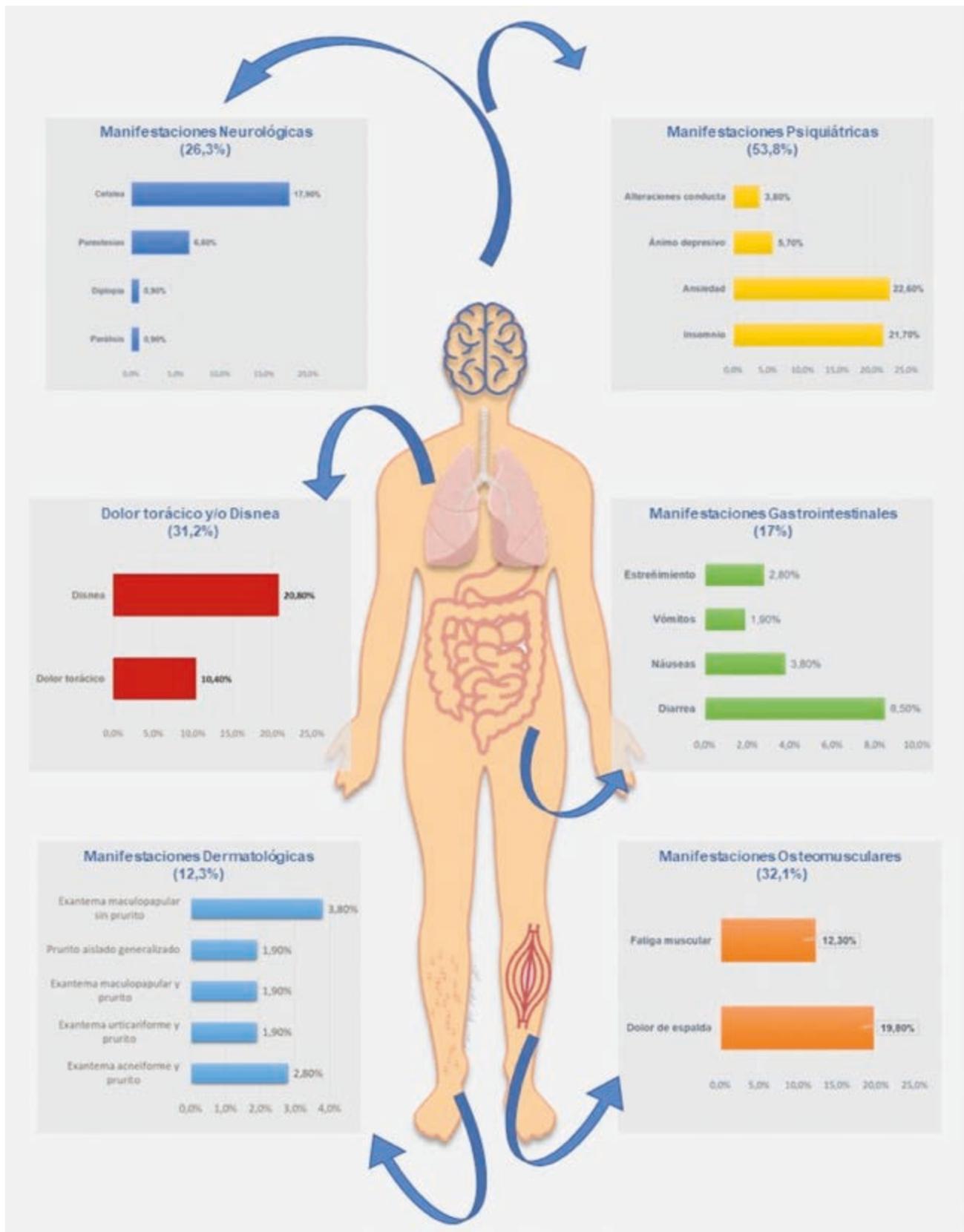


Figura 4. Incidencias clínicas.

centro fueron psiquiátricas (53,8%), osteomusculares (32,1%), el dolor torácico y/o sensación de falta de aire (31,2%) y neurológicas (26,3%).

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS

La COVID-19 no solamente presenta un impacto desde el punto de vista "orgánico", si no que se extiende a la esfera emocional, tanto en los pacientes afectados y sus familiares, como en el personal sanitario^{9,10}. La cuarentena como medida de control epidemiológico origina consecuencias emocionales, tales como estrés postraumático, síndrome confusional y ansiedad, que podrían evolucionar a patologías crónicas⁴. Un estudio realizado sobre población española (n= 3480, con seguimiento desde marzo de 2020)¹¹ reflejó estado depresivo en el 18,7%, 21,6% ansiedad y un 15,8% síntomas de estrés postraumático. Estas dos primeras cifras son similares a las observadas en nuestro estudio. Se recogen en ese mismo estudio como posibles variables de riesgo: género femenino, antecedentes personales de patología psiquiátrica y/o neurológica o presentar síntomas de COVID-19. Por tanto, parece necesario realizar una actividad preventiva dirigida sobre estos grupos de riesgo. La situación de extranjería asociada a condiciones familiares y sociales muy complejas fue frecuente entre nuestros pacientes y pudo contribuir a la aparición de este tipo de sintomatología.

MANIFESTACIONES OSTEOMUSCULARES

La fatiga muscular y el dolor lumbar constituyeron en nuestro estudio la segunda categoría de manifestaciones clínicas con mayor incidencia, tras las psiquiátricas. En el contexto de periodos prolongados de hospitalización, necesidad de cuidados intensivos, del estrés físico y emocional y el sedentarismo, estos motivos de consulta se entienden como secuelas de dichos factores y no como clínica de nueva aparición. De esta forma, consideramos también importante la consideración de la miopatía del paciente crítico (Intensive Care Unit acquired weakness, ICUAW)¹² en el diagnóstico diferencial. Consiste en la presencia de atrofia muscular (46%) en pacientes que requirieron el empleo de ventilación mecánica invasiva (VMI). El uso de fármacos antiinflamatorios y de betabloqueantes orales (propranolol) son ejemplos de medidas farmacológicas que la literatura indica como efectivas¹². Asimismo, cobra especial importancia la realización de una rehabilitación neuromuscular, que potencie el trabajo articular y de la fuerza y potencia musculares.

MANIFESTACIONES TORÁCICAS

Pese a ser uno de los motivos de consulta más frecuentes entre nuestros pacientes, la mayoría de los episodios de disnea no presentaron hallazgos exploratorios ni alteraciones en la saturación de oxígeno. Algo similar se registró con los episodios de dolor torácico, de disposición centro-torácica, no irradiado,

sin asociación a otra sintomatología y con exploración y electrocardiograma sin hallazgos significativos. Ambos síntomas fueron relacionados con el estrés emocional o los accesos de tos, sin necesidad de estudios adicionales.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS

La clínica neurológica aparece asociada a la COVID-19 hasta en un 36%, en comparación con el 26,3% de los casos que objetivamos en nuestro estudio. Entre los síntomas se incluyen: cefalea, vómitos, náuseas, mareos, rigidez de nuca, parestesias, anosmia y/o ageusia. La cefalea es el síntoma neurológico más frecuente, al igual que en nuestro estudio (17,9%), junto con la sensación de inestabilidad. Se considera que la prevalencia de este síntoma está infraestimada, ya que el objetivo fundamental de los estudios actuales es la clínica respiratoria¹³. La literatura describe cefaleas en pacientes con COVID-19 de diferentes características¹⁴. En nuestro estudio las más frecuentes han sido la tensional, de carácter opresivo, bilateral, leve, sensible a palpación y asociada a factores desencadenantes como posturas, estrés, la búsqueda de información y la comunicación con familiares acerca de la COVID-19. En otro estudio con 103 pacientes¹⁶, se indican como problemas neurológicos más frecuentes el insomnio, disgeusia, cefalea, hiposmia y depresión. Parece que puede existir una asociación entre existencia de clínica neurológica y el sexo ya que las mujeres presentaron más hiposmia, disgeusia, mareos, adormecimiento/hormigueos, mialgias y somnolencia¹⁵.

El neurotropismo descrito como característica común a los virus de esta familia podría explicar la existencia de esta sintomatología a nivel neurológico. Estudios realizados en pacientes afectados por el SARS CoV-1 y el MERS CoV muestran la presencia de estos virus a nivel del sistema nervioso central, casi exclusivamente en localización neuronal, por lo que esto hace poco probable (o casi imposible) que la vía de transmisión tenga lugar por vía hematogena o linfática, siendo posible que los coronavirus lleguen a través de terminales del sistema nervioso periférico y que accedan al sistema nervioso central por vía trans-sináptica. En base a esto, se ha propuesto la posibilidad de que el potencial neuroinvasivo de los coronavirus juegue un papel importante en el fallo respiratorio agudo^{16,17}. Los síntomas neurológicos son considerados como un indicador de peor pronóstico, por lo que es crucial su prevención y el tratamiento¹⁸.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

Algunos pacientes presentan diarrea, vómitos y dolor abdominal, síntomas igualmente habituales en nuestra serie. A veces, este tipo de manifestaciones pueden presentarse como debut de la enfermedad, apareciendo antes que la fiebre y los síntomas respi-

ratorios^{19,20}. Es importante destacar que la asociación lopinavir/ritonavir presenta toxicidad gastrointestinal, pudiendo provocar vómitos, náuseas y diarrea. Estos efectos adversos limitan su aplicación, siendo una de las principales razones de la interrupción de este tratamiento^{21,22}. Consideramos que, siguiendo la secuencia temporal, los episodios registrados de diarrea, náuseas o vómitos en nuestros pacientes pueden atribuirse a efectos secundarios de la medicación más que a la propia infección.

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

La clínica dermatológica fue la menos frecuente en nuestra serie. En general, los estudios indican la existencia de cinco patrones²³: 1) pseudo perniciosos, 2) vesiculosos; 3) urticariformes (fundamentalmente en tronco y palmas); 4) máculo-pápulas; 5) livedo-necrosis. Parece existir una relación temporal en la aparición de los diferentes tipos de lesiones. Las lesiones vesiculosas y urticariformes se registran en momentos tempranos de la infección, contrariamente al patrón pseudo pernicioso, en fases más avanzadas, siendo el resto de manifestaciones simultáneas al momento de mayor actividad infecciosa. También se ha registrado un incremento de casos de herpes zoster en pacientes con COVID-19, así como de otras manifestaciones cutáneas inusuales, como el exantema intertriginoso y flexural simétrico por fármacos (SDRIFE). A pesar de que éste último suele estar relacionado con la toma de fármacos, en ciertos casos no se ha podido demostrar tal asociación y se han atribuido a la COVID-19²⁴.

Puede ser difícil diferenciar si estas manifestaciones dermatológicas son atribuibles al virus o al tratamiento recibido para su control. La hidroxiclороquina es capaz de producir rash, brotes de psoriasis o lesiones exfoliantes. En el caso de la azitromicina, se describe la aparición de angioedema, rash, lesiones ampollosas, síndrome DRESS, entre otros. Asimismo, la combinación de lopinavir/ritonavir también provoca, por ejemplo, exantemas maculopapulosos, prurito, urticaria o fotosensibilidad. El anticuerpo monoclonal frente a IL-6, tocilizumab, igualmente es capaz de producir prurito o reacciones de hipersensibilidad. Por último, la corticoterapia puede dar lugar a prurito, eritema, edema, urticaria, lesiones papulopustulosas y acneiformes, entre otras²⁵. La relevancia clínica descrita de las manifestaciones dermatológicas durante la infección por SARS-CoV-2 hace necesario que se planteen los patrones dermatológicos como criterio diagnóstico del proceso infeccioso, con posible implicación pronóstica.

CANDIDIASIS

Solo registramos dos casos de infección relacionada con *Candida* en nuestros pacientes. La candidiasis oral o muguet puede ocurrir tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos, si bien

es cierto que es más común en los segundos. En pacientes sanos, el sistema inmune y la flora bacteriana normal son capaces de inhibir el crecimiento de *Candida*. Consecuentemente, condiciones de inmunosupresión, como la toma reciente de antibióticos o de corticosteroides, enfermedades como la diabetes mellitus o la malnutrición, propician el desarrollo de esta condición²⁶.

En relación con la vulvovaginitis candidiásica se reconoce que *Candida* es parte de la flora femenina normal. Para el desarrollo de esta patología hay que sumar el uso de estrógenos o la presencia de elevados niveles de estrógenos como ocurre en el embarazo o la obesidad, a los factores anteriormente expuestos²⁷. Nuestras pacientes ya habían presentado muguet o vulvovaginitis previamente, considerando entonces cierta predisposición al desarrollo de estas infecciones. Estaban presentes factores de riesgo como la obesidad o la toma de anticonceptivos orales.

COAGULOPATÍA INDUCIDA POR CORONAVIRUS

El estado proinflamatorio y el daño endotelial causado por la infección del SARS-CoV-2, la estasis de la sangre generada por el encamamiento prolongado y la potencial interacción farmacológica de la terapéutica empleada favorecen la aparición de alteraciones hematológicas entre las que destaca la trombosis (hasta en un 53% de los casos COVID-19, y un 16% de episodios hemorrágicos)²⁸. De esta forma, se puede hablar de coagulopatía inducida por coronavirus (CIC)²⁹. Para la prevención de fenómenos trombóticos, la literatura actual remite a las anteriores guías de manejo clínico de la trombosis en el paciente hospitalizado³⁰ siendo necesaria una mayor experiencia clínica con la COVID-19 para poder desarrollar recomendaciones específicas. Se debe considerar el tratamiento anticoagulante con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) como referencia terapéutica, en función del riesgo de trombosis de cada paciente. Nuestros pacientes mantuvieron el tratamiento anticoagulante con enoxaparina durante su estancia en nuestro centro, y se insistió en la necesidad de realización de actividad física diaria, en la medida de lo posible. Postulamos estas dos medidas implementadas como causa de la ausencia de desarrollo de nuevos episodios trombóticos en nuestros pacientes.

Este estudio tiene varias limitaciones. Los datos se obtuvieron retrospectivamente de la historia clínica. El seguimiento finalizó en el día 14 de ingreso o tras obtener doble resultado negativo en el test PCR para coronavirus, por lo que solo se ha podido valorar las incidencias clínicas en ese periodo de tiempo, pudiendo haber casos donde la presentación sea más tardía. La no experiencia clínica previa con el nuevo coronavirus supone que la mayoría de incidencias clínicas se planteen, al menos, con una hipotética relación causal con el SARS-CoV-2. Los resultados

que se obtienen pertenecen a una muestra pequeña de pacientes, y nuestro centro presentaba unas características propias que han podido ser diferentes al resto de hoteles sanitizados. No se ha encontrado bibliografía procedente de otros hoteles sanitizados, como el nuestro, con la que hayamos podido comparar nuestros resultados. Por ello, sería interesante realizar este mismo estudio descriptivo con la experiencia del resto de centros.

Como conclusión podemos decir que ha aparecido una importante, y variada, cantidad de manifestacio-

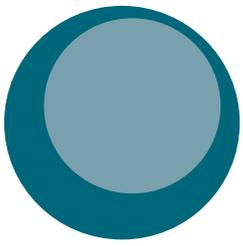
nes clínicas tras el alta hospitalaria por COVID-19. Todas ellas pudieron ser controladas en el hotel sanitizado, sin necesidad de derivación a un centro hospitalario.

Grupo de Trabajo Hotel Sanitarizado: Hernando Jimenez, Inés, García-Bordallo Collado, Daniel; Junquera Fernández, Gema; Machín Delgado, María; Salgado Barbado, Elena; Saura Capsir, Claudia; Vera Puente, Beatriz. Médicos adscritos al Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ksiazek T., Erdman D., Goldsmith C., Zaki S, Peret T., Emery S., et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 1953-1966.
2. Shereen M., Khan S., Kazmi A., Bashir N., Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res.* 2020; 24:91-98.
3. Cheng V., Wong S., Chen J., Yip C., Chuang V., Tsang O., et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infect Control Hosp. Epidemiol.* 2020; 41: 493-498.
4. Nussbaumer-Streit B., Mayr V., Dobrescu A., Chapman A., Persad E., Klerings I. et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020; doi: 10.1002/14651858.CD013574.
5. España. Orden TMA/277/2020, de 23 de marzo, por la que se declaran servicios esenciales a determinados alojamientos turísticos y se adoptan disposiciones complementarias. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de marzo de 2020, núm. 82, pp. 27634-27648.
6. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Protocolo de derivación de pacientes con COVID-19 a hoteles sanitizados de la Comunidad de Madrid. Madrid; 2020.
7. Park P., Kim C., Heo Y., Kim T., Park C., Kim C. Out-of-hospital cohort treatment of coronavirus disease 2019 patients with mild symptoms in Korea: an experience from a single community treatment center. *J. Korean Med. Sci.* 2020; 35(13): e140.
8. Gironés-Bredy CE, Posca-Maina M., Pinto-Plasencia R.G., Mahtani-Chugani V.; Grupo de Trabajo Hotel Medicalizado Tenerife Sur COVID 19. Primeras medidas de salud pública para la contención del COVID-19: cuarentena de un hotel. *Emergencias.* 2020; 32: 194-196.
9. Lima C., Carvalho P., Lima I., Nunes J., Saraiva J., de Souza R., et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new coronavirus disease). *Psychiatry Res* 2020; 287:112915.
10. Reynolds D., Garay J., Deamond S., Moran M., Gold W., Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.* 2007; 136:997-1007.
11. González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M., Saiz J., López-Gómez A., Ugidos C., et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020; 87: 172-6.
12. García-Martínez M., Montejo González J., García-de-Lorenzo y Mateos A., Teijeira S. Muscle weakness: Understanding the principles of myopathy and neuropathy in the critically ill patient and the management options. *Clin. Nutr.* 2020; 39:1331-1344.
13. Belvis R. Headaches during COVID-19: my clinical case and review of the literature. *Headache.* 2020 May 15;10.1111/head.13841. doi: 10.1111/head.13841
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018; 38:1-211.
15. Liguori C, Pierantozzi M, Spanetta M, Sarmati L, Cesta N, Iannetta M et al. Subjective neurological symptoms frequently occur in patients with SARS-CoV2 infection. *Brain Behav Immun.* 2020; 68: 560-72.
16. Li Y-C, Bai W-Z, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *J Med Virol.* 2020; 92:552-555.
17. Tsai L., Hsieh S., Chao C., Chen Y., Lin Y., Chang S., et al. Neuromuscular disorders in severe acute respiratory syndrome. *Arch Neurol.* 2004; 61:1669-1673.

18. Li H., Xue Q., Xu X. Involvement of the nervous system in SARS-CoV-2 infection. *Neurotox Res.* 2020; 38:1-7.
19. Chan K., Poon L., Cheng V., Guan Y., Hung I., Kong J., et al. Detection of SARS Coronavirus in patients with suspected SARS. *Emerg. Infect. Dis.* 2004; 10: 294-299.
20. Wong S., Lui R., Sung J. Covid-19 and the digestive system. *J Gastroenterol Hepatol.* 2020; 35:744-748.
21. Hussain A., Kaler J., Dubey A. Emerging pharmaceutical treatments of novel COVID-19: a review. *Cureus.* 2020; doi: 10.7759/cureus.8260.
22. Sanders J., Monogue M., Jodlowski T., Cutrell J. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020; 323: 1824-1836.
23. Galván Casas C., Català A., Carretero Hernández G, Rodríguez-Jiménez P., Fernández Nieto D., Rodríguez-Villa Lario A., et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. *Br J Dermatol.* 2020; 183: 71-77.
24. Catalá Gonzalo A, Galván Casas C. COVID-19 y piel. *Actas Dermosifiliogr.* 2020; disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.007>
25. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Cutaneous side-effects of the potential COVID-19 drugs. *Dermatol Ther.* 2020; doi: 10.1111/dth.13476.
26. M.T., A.R. Oral Candidiasis (Thrush) [Internet]. PubMed. 2020 [accedido el 8/6/2020]. Disponible en:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31424866/?from_term=Oral+candidiasis+%28thrush%29&from_filter=years.2020-2020&from_pos=1
27. R.J., D.J. Vaginal Candidiasis (Vulvovaginal Candidiasis) [Internet]. PubMed. 2020 [accedido el 8/6/20]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083806/?from_term=VAGINAL+candidiasis&from_filter=years.2020-2020&from_pos=1
28. Bikdeli B., Madhavan M., Jimenez D., Chuich T., Dreyfus I., Driggin E., et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. *J. Am. Coll Cardiol.* 2020; 75:2950-2973.
29. Barnes G., Burnett A., Allen A., Blumenstein M., Clark N., Cuker A., et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J. Thromb Thrombolysis.* 2020; 50:72-81.
30. Anderson D., Morgano G., Bennett C., Dentali F., Francis C., Garcia D., et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. *Blood Adv.* 2019; 3: 3898-3944.



2. CÓMO FUE EL INICIO DE LA SEGUNDA OLA COVID EN UN CENTRO DE SALUD DE USERA. MADRID

■ Pascual Macías A.¹, Sánchez Lozano S².

⁽¹⁾ Médico interno residente de Medicina de Familia y Comunitaria de la Unidad Docente de MFyC de Navalmoral de la Mata, Cáceres

⁽²⁾ Médica de familia del Centro de Salud Joaquín Rodrigo, Dirección Asistencial Oeste del SERMAS, Madrid.

Puntos Clave:

- El COVID, como patología primordialmente leve, está teniendo un impacto importante en los equipos de AP.
- Los equipos de AP mermados por ausencias no suplidas tienen dificultades para absorber la sobrecarga devenida por situaciones como la pandemia.
- La agilización del trabajo en Primaria (adecuación de la carga asistencial a los profesionales existentes, desburocratización de las consultas, implicación de Salud Pública y otros actores como los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los rastreos y aislamientos) puede favorecer la contención del COVID y evitar el desplazamiento de la atención de problemas de salud no-COVID.
- Son necesarias directrices basadas en criterios científicos.

RESUMEN

Este estudio evalúa el impacto del inicio de la segunda ola COVID en nuestro Centro de Salud, analizando la actividad relacionada con los pacientes COVID y la carga asistencial de medicina de familia, pediatría y enfermería. Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Centro de Salud Joaquín Rodrigo de Usera, Madrid, con la participación de profesionales en activo y pacientes atendidos del 17 de julio al 17 de septiembre de 2020.

Se cuantificó la actividad asistencial de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería y el número de consultas por COVID (por contacto o clínica) bajo el análisis de variables de edad, género, resultados de PCR, ingresos y defunciones.

Se obtuvieron como resultados un total de 39.098 actos asistenciales (40% DUE, 3,7% Pediatría, 55%

MF) principalmente consultas telefónicas y presenciales. La carga asistencial global aumentó un 65%. Se realizaron en total 2.379 PCR. El 60% de los que presentaron síntomas tuvieron PCR positiva, y 1 de cada 5 contactos, también, siendo la edad media total de 35 años, con distribución de 56% mujeres y 45% de hombres. El 4,5% de los casos ingresaron (1 niño, resto adultos, con media de edad de 56 años. 56% mujeres) y 0,1% fallecieron (edad media: 79 años).

Se concluye que hubo un incremento de consultas por COVID (la proporción de PCR positivas se situó 8 veces por encima de los criterios de control propuestos por la OMS), que la mayoría de los casos (95%) se resolvieron en AP y que hubo un importante incremento de la actividad asistencial (enfermería y pediatría la duplicaron) por incremento de demanda y por falta de cobertura de los profesionales ausentes. Esta desproporción llevó al equipo al límite de su capacidad.

Palabras clave:

Coronavirus, COVID-19, Atención Primaria, Madrid, segunda ola.

INTRODUCCIÓN

En el momento de escribir este artículo existen unos 50 millones de casos en el mundo, siendo España el sexto país del ranking¹ con 1,3 millones de casos², Madrid una de las Comunidades con mayor peso en estos datos, con casi 250.000 casos³ y el barrio de Usera una de las zonas más castigadas tanto en la primera ola como al inicio de esta segunda, con 7.726 casos³.

Durante la primera ola pandémica, los datos aportados por el Ministerio de Sanidad⁴ y la Comunidad de Madrid⁵ invisibilizaron la actividad realizada por Atención Primaria, al reflejar exclusivamente actos de la esfera hospitalaria (PCR, ingresos, ocupación de UCIs, altas y fallecimientos hospitalarios).

La Atención Primaria (AP) es la que, aparte de su trabajo habitual, realiza el rastreo de contactos en el ámbito familiar y las pruebas diagnósticas a contactos del ámbito familiar, social, escolar y laboral, realiza el seguimiento de la mayoría de los casos COVID-19 (ya que la mayoría no precisan ingreso hospitalario), sigue las altas hospitalarias hasta su completa recuperación y atiende a pacientes en domicilio incluso hasta sus últimos días. Dicho trabajo extraordinario nos parecía suficientemente importante como para medirlo, analizarlo y darlo a conocer.

El objetivo de este estudio ha sido evaluar el impacto de la segunda ola en el CS Joaquín Rodrigo, midiendo la actividad asistencial por estamentos sanitarios y la actividad dependiente de COVID. A inicios de julio comenzamos la recogida de datos, al notar un incremento de casos que hacía sospechar la aparición de lo que luego se confirmó como “segunda ola”⁶.

El CS Joaquín Rodrigo es un centro urbano del barrio de Usera de Madrid. Atiende a una población aproximada de 27.000 pacientes⁷. Cuenta con 15 plazas de medicina de familia (MF), 3 de pediatría, 13 de enfermería, 1 de trabajo social, 2 de auxiliar de enfermería, 1 de celador, 7 de auxiliar administrativo y 1 de limpieza⁸. El cupo medio es de casi 1.600 pacientes por MF y de algo más de 1.500 niños en pediatría⁹.

Durante el estudio el equipo tenía ausencias en diferentes estamentos, algunos de larga data (ej: tres plazas de pediatría). Enfermería fue reforzada con 2 DUEs para la pandemia y con varios sustitutos para verano. El equipo médico fue reforzado para la pandemia con 2 MF (uno en pediatría, otro en MF) y para el verano con 1 RO (habilitado para triaje y asistencia COVID, no autorizado para prescribir ni emitir bajas). La falta de suplentes, en especial los médicos (durante 11 días del periodo estudiado los MF estuvieron al 50%), hizo que la mayoría del equipo doblara turnos durante todo el verano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal recogiendo datos de la actividad realizada en el CS Joaquín Rodrigo durante 9 semanas, del 17 de julio al 17 de septiembre de 2020. La explotación de datos ha sido manual desde AP Madrid (a fecha de escritura del artículo la herramienta ConsultaWeb solo tenía cargados datos hasta febrero 2020).

Las variables utilizadas han sido:

— Para evaluar la carga asistencial por estamentos se ha recogido diariamente el número de actos

realizados por MF, enfermería y pediatría y el número de profesionales presentes.

— Para evaluar la actividad dependiente de COVID se aplicaron las definiciones del Ministerio de Sanidad¹⁰ y la Consejería de Sanidad de la CAM¹¹ para la clasificación de los pacientes en “caso sospechoso”, “caso confirmado” o “contacto” COVID. Y se han cuantificado, por un lado, todas las PCR realizadas en el CS y, por otro, todas las PCR positivas remitidas desde otros ámbitos, como hospitales y privadas, al ser “casos confirmados” que se debían seguir en el CS hasta su curación. En todos estos pacientes se han analizado las siguientes variables:

- Edad.
- Género.
- Cuantificación y porcentaje de PCR —positivas y negativas— en *casos* y *contactos*.
- Ingresos.
- Defunciones.

RESULTADOS

1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Se realizaron un total de 39.098 actos asistenciales: 15.945 de enfermería (40%), 1.456 de pediatría (3,7%) y 21.697 de medicina de familia (55%).

La gráfica 1 muestra la evolución diaria de la actividad total por estamentos: en enfermería está recogido: analíticas + PCR + consultas + domicilios, en medicina de familia: consultas + domicilios.

Consultas presenciales y telefónicas

El incremento del trabajo se debió principalmente al aumento de consultas presenciales y telefónicas en los tres estamentos (tabla 1).

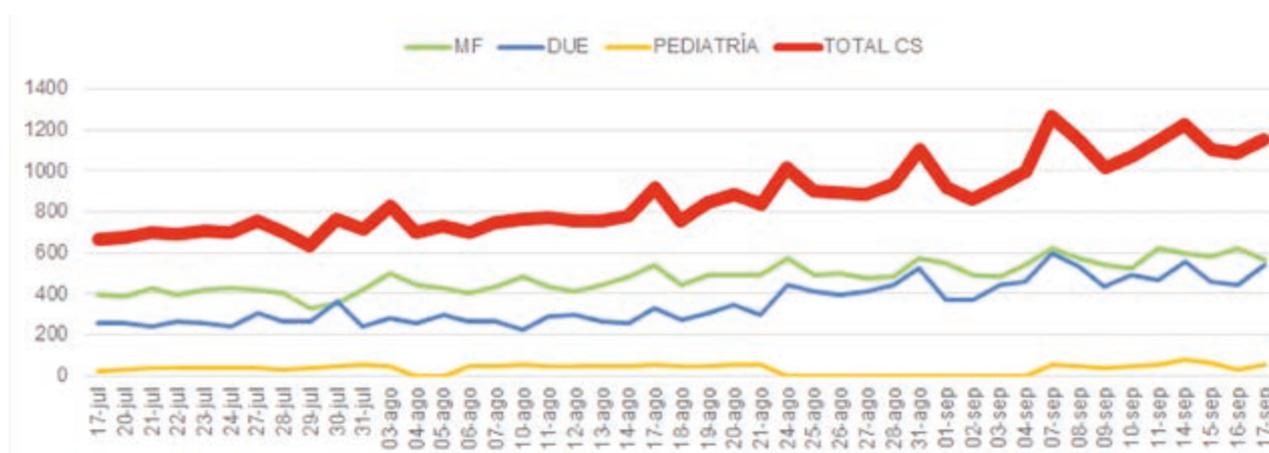
Domicilios

El número de consultas domiciliarias se mantuvo estable durante el tiempo analizado, alrededor de 87 avisos semanales para enfermería y 18 para MF.

Presión asistencial

Con el equipo disponible, la presión asistencial media de enfermería pasó de 20/d a 46/d, en pediatría de 30 a 62/d y en medicina de familia de 47 a 63/d.

Los picos máximos han sido: enfermería 57 (55 consultas y 2 domicilios), pediatría 77 (69 consultas y 8 revisiones de niño sano) y medicina de familia 70 consultas.



Gráfica 1. Evolución de la actividad asistencial por estamentos.

	Total de Enfermería	Total de Pediatría	Total de MF
Media al inicio del periodo	170 pacientes/día	30 pacientes/día	400 pacientes/día
Media al final del periodo	350 pacientes/día	62 pacientes/día	595 pacientes/día

Tabla 1. Incremento de carga asistencial por estamentos al inicio y al final del periodo analizado.

2. ACTIVIDAD COVID

PCR

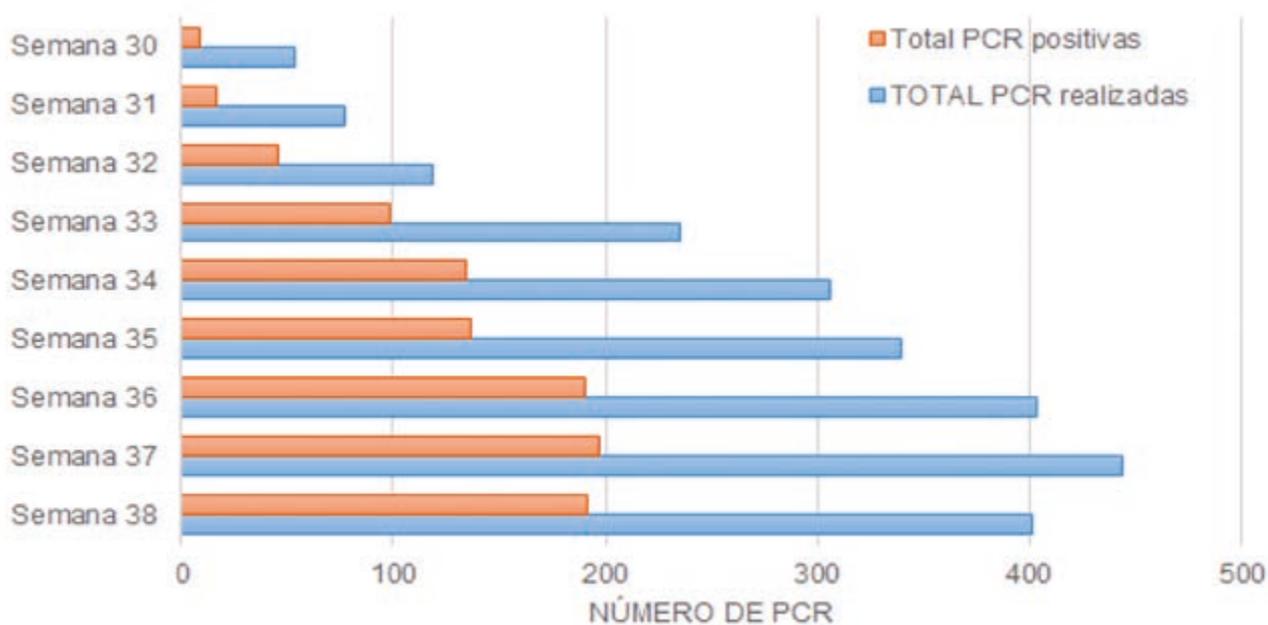
Se realizaron un total de 2.473 pruebas PCR. El número fue incrementándose rápidamente hasta cierta estabilización a partir de la semana 34^o (gráfica 2).

Edad

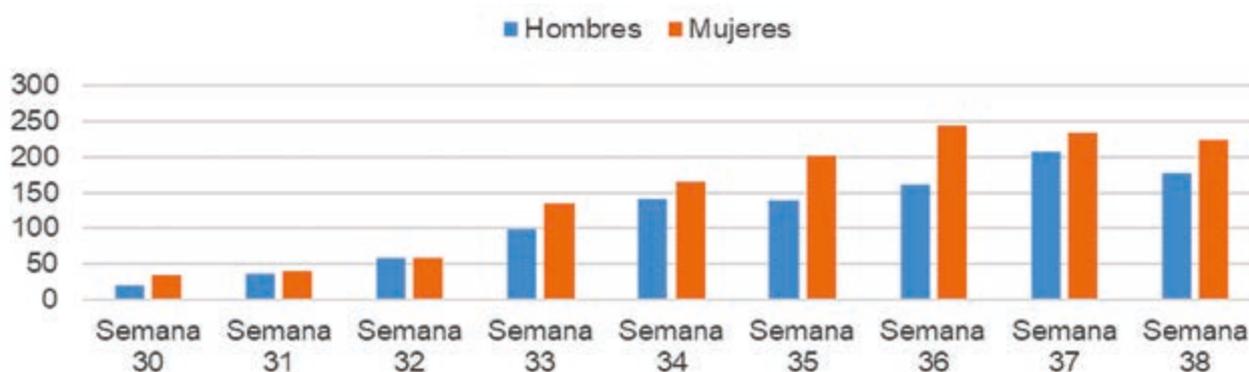
La edad media fue de 35 años, manteniéndose estable a lo largo de las semanas.

Género

La proporción de mujeres fue ligeramente superior a la de los hombres (mujeres 56%, hombres 44%) (gráfica 3).



Gráfica 2. Total de PCR realizadas y total de positivas.



Gráfica 3. Distribución por género de las PCR realizadas.

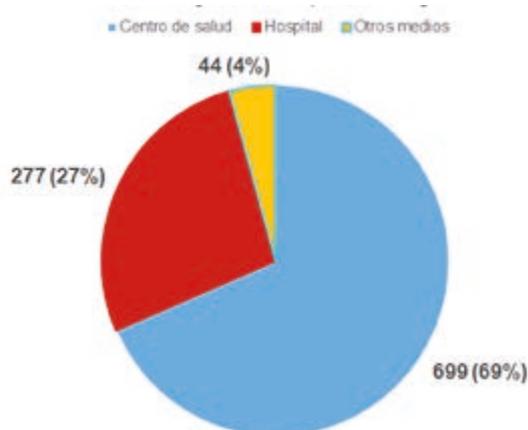
Casos y Contactos

Se realizaron 2.473 PCR, con una positividad global del 30-40%. La tabla 2 recoge las PCR realizadas a pacientes con clínica sospechosa y las realizadas a contactos estrechos. Como se puede apreciar, el 60% de los sintomáticos y el 27% de los contactos fueron casos confirmados.

	TOTAL	PCR positivas
Por clínica sospechosa	1.118 pacientes	664 (60%)
Por contacto estrecho	1.167 pacientes	312 (27%)
	2.285 pacientes	976 casos

Tabla 2. PCR realizadas por motivo (clínica o contacto) y su positividad.

En total se siguieron 1.020 “casos confirmados”: 69% detectados en el CS (699 pacientes detectados por clínica sospechosa o contacto), 27% detectados en el Hospital (277 pacientes) y 3% por otros medios (44 detectados en clínicas privadas) (gráfica 4).



Gráfica 4. Origen de las PCR positivas seguidas en el CS.

Ingresos

Hubo 58 ingresados (4,5% de los casos confirmados). Salvo un niño de 9 años, todos fueron adultos. La edad media fue de 56 años. Y se mantiene sin cambios la proporción entre sexos (mujeres 56%, hombres 44%).

Defunciones

Se notificaron 3 defunciones (0,1% de los casos). La edad media fue de 79 años, una mujer y dos hombres.

DISCUSIÓN

Durante el inicio de la segunda ola COVID, en las nueve semanas analizadas, la actividad del CS aumentó un 65% (enfermería y pediatría la duplicaron), a costa de la realización de PCR y la actividad presencial y telefónica.

Se siguieron 2.473 pacientes por motivo COVID (bien porque acudían al CS por contacto o por sospecha clínica, bien porque eran casos confirmados remitidos desde hospitales o privadas).

El número de PCR realizadas muestra una imagen en meseta en las últimas semanas. Esto no se debió a una disminución del número de contagios —como es visible en las gráficas de la CAM de esas fechas¹²—, sino a que se llegó al límite del CS, tanto en capacidad asistencial como en realización de pruebas. Para absorber ese incremento de trabajo se fue aumentando el número de PCR proporcionalmente a la aparición de casos y se reorganizaron actividades, como los seguimientos de pacientes COVID y sus contactos, las revisiones pediátricas, las de pacientes crónicos y las analíticas. A pesar del incremento de trabajo la vacunación se intensificó, para actualizar calendarios demorados por la primera ola.

El número de PCR a los *contactos* se fue incrementando durante las nueve semanas, en un intento de detección retrospectiva de *casos*. En este punto las recomendaciones de la OMS¹³ y de la Comunidad de Madrid¹⁴ no han sido siempre simétricas, con lo que la restricción de pruebas a según qué *contactos* plantea una posible pérdida de *casos*.

La leve asimetría en la distribución de género con mayor porcentaje de mujeres, hace plantearse si podría deberse a que enfermaran más o a que acudieran al CS más que los hombres.

La mayoría de los casos se dieron en adultos, con una edad media de 35 años. Esa media sube a 56 años en los ingresados y a 79 años en las defunciones.

Más del 95% de los casos en adultos y todos los pediátricos (menos un niño) se resolvieron sin precisar ingreso. Es menor al 5% detectado por la RENAVE¹⁵, aunque puede estar infradetectado, al realizarse manualmente la recogida de información y no desde base de datos. Misma salvedad ha de hacerse con las defunciones, menor que el 0,7% detectado por la RENAVE¹⁵.

Aunque no es objeto de este estudio, el equipo evidenció un desplazamiento transitorio de la patología no-COVID y la impresión de que la sobrecarga pudo rezagar la contención de la ola al demorar la realización de más PCR y, con ello, los aislamientos y rastreos derivados.

CONCLUSIONES

Para la OMS, uno de los criterios para el control del COVID-19 es que menos del 5% de las muestras analizadas den positivo durante dos semanas seguidas¹³. En el CS la media de PCR positivas fue del 30% durante las nueve semanas del estudio. Esto puede dar una idea aproximada de la envergadura de la ola en la zona.

Más de la mitad de los que presentaban síntomas tenían COVID y 1 de cada 5 *contactos*, también.

Más del 95% se resolvieron en el ámbito de la Primaria sin precisar ingreso y sólo 3 fallecieron.

La carga asistencial se incrementó en más de un 65%. Este aumento de trabajo en nuestro CS ha te-

nido 3 causas fundamentales: una: el elevado número de pacientes a seguir. Dos: el alto número de consultas a realizar en el seguimiento (mínimo de 4 ó 5, pueden superar las 20 en pacientes con ingresos complicados). Y tres: la ausencia de cobertura a profesionales ausentes (por bajas, vacaciones, *contactos* COVID o enfermedad). Esta desproporción abocó a tocar los límites de capacidad del CS.

Aunque la rápida y flexible reorganización del equipo ha permitido absorber el impacto de esta ola, el estrés y desgaste al que ha sido sometido el equipo no ha sido menor.

PROPUESTAS

Basadas en la experiencia vivida se proponen las siguientes acciones para minimizar el impacto de nuevas olas:

- Aumento los recursos humanos en AP.
- Desburocratización de las consultas de la AP.
- Organización en el manejo de pacientes COVID y sus *contactos* que implique mantener la asistencia sanitaria en los CS sin bloquearla, con la centralización de pruebas en puntos fuera de los CS, autotests, implicación de enfermeras escolares, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas, etc. en la detección de *casos* y rastreo de *contactos*.
- Adecuación del número de rastreadores de Salud Pública a la cantidad de población a seguir.
- Adecuación de las directrices basadas en criterios científicos.

AGRADECIMIENTOS

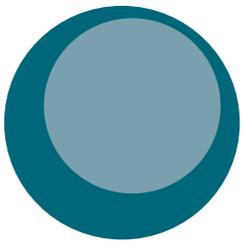
Aunque aquí está representado sólo el trabajo de enfermería, pediatría y medicina de familia, queremos reconocer el trabajo realizado por el resto del equipo del CS.

Agradecemos a los compañeros y compañeras que han colaborado en la revisión de datos para este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2020 [citado 1 noviembre 2020]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

2. Situación Actual [Internet]. Ministerio de Sanidad. Sanidad. Profesionales. Salud pública. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 2020 [citado 1 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
3. Informe Epidemiológico Vigilancia de COVID-19. [Internet]. Red de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. 2020 [citado 12 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_epidemiologico_semanal_covid.pdf
4. Actualización nº 53. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 2020 [citado 4 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_53_COVID-19.pdf
5. Informe de la situación [Internet]. Comunidad de Madrid. 2020 [citado 4 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/2019-nuevo-coronavirus#situacion-epidemiologica-actual>
6. Curva epidémica de la pandemia [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 2020 [citado 1 noviembre 2020]. Disponible en: <https://cnecovid.isciii.es/COVID-19/#ccaa>
7. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Población asignada total [Internet]. Salud Madrid.. 2018 [citado 1 noviembre 2020]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaComparativa.aspx?ID=72&FI=3626%7C>
8. Libre elección sanitaria - Consultas y gestiones online - Profesionales de Atención Primaria: C.S. Joaquín Rodrigo [Internet]. Salud Madrid.. 2020 [citado 1 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.libreeleccion.sanidadmadrid.org/Seleccione/ProfesionalesCentroAtencionPrimaria.aspx/2501?Centro-de-Salud-Joaqu%C3%ADn-Rodrigo>
9. CEIBE [Internet]. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. 2020 [citado 4 Noviembre 2020]. Available from: <http://ceibe.salud.madrid.org/medasle/>
10. Documento técnico. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2020 [citado 2 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
11. Comunidad de Madrid. Estrategia de Detección Precoz, vigilancia y control de COVID-19 adaptada a la Comunidad de Madrid. Madrid. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. 26 de junio de 2020. p. 4.
12. Datos COVID-19 Comunidad de Madrid 21.09.2020 [Internet]. Salud Madrid. Consejería de Sanidad. 2020 [citado 1 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200921_cam_COVID-19.pdf
13. Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 7 noviembre 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332169/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria-2020.1-spa.pdf
14. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 de la Comunidad de Madrid. 28.09.2020 [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2020 [citado 3 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/estrategia_vigilancia_y_control_covid_cm.pdf
15. Informe nº 44. Situación de COVID-19 en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. [Internet]. Isciii.es. 2020 [citado 8 noviembre 2020]. Available from: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2044.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2016%20de%20septiembre%20de%202020.pdf>



3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HELICOBACTER PYLORI EN UN CENTRO DE SALUD DE MADRID

- Vicén Pérez M.C., Gallego Uriel M.J., Aguilar Shea A.L.
Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Atención Primaria de Madrid.

Lo autores declaran que no hay conflicto de intereses ni se ha recibido financiación alguna.

RESUMEN

Objetivo: describir los motivos de solicitud de test del aliento y tratamientos utilizados en la erradicación de la infección por HP en un Centro de Salud de Madrid para valorar su adecuación respecto a los documentos de consenso farmacoterapéutico de referencia y mejorar si así procede su aplicabilidad.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal observacional mediante el registro del resultado de los tests de aliento realizados en nuestro Centro de Atención Primaria durante el año 2017 y un cuestionario de recogida de datos para su posterior análisis.

Resultados: Se estudian un total de 97 casos. Los motivos más frecuentes de solicitud de test fueron epigastralgia, gastritis y ERGE. El 63.8% de los tests tuvieron resultado positivo. Atrofia mucosa gástrica o metaplasia intestinal, úlcera péptica y gastritis fueron los motivos más asociados a resultado positivo. En el 98.3% de tests con resultado positivo se realizó tratamiento erradicador. El 87.9% correspondía a primera línea de tratamiento y la pauta más utilizada en nuestro centro fue la triple clásica IBP (inhibidor de bomba de protones)+ amoxicilina + claritorimicina, con una duración de 10 días. En el 81% se realizó test posterradicación y de ellos el resultado fue negativo en el 67%. Como 2ª línea de tratamiento la pauta más utilizada fue IBP+bismuto+metronidazol +doxamiclina/tetraciclina. Hubo mejoría clínica post-tratamiento en el 50.9%.

Conclusión: consideramos que el manejo, indicación y tratamiento de la infección de HP en nuestro Centro de Salud fue acorde a las recomendaciones según las guías en el momento del estudio.

Palabras clave: *Helicobacter pylori; Test del aliento; inhibidores de la bomba de protones.*

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter Pylori* (HP) es la infección bacteriana crónica más prevalente del mundo, se calcula que aproximadamente el 50% de la población mundial está infectada por este microorganismo. El HP es un bacilo Gram negativo que se adquiere habitualmente en la infancia, la transmisión persona a persona se considera la vía más probable de esta infección, vía fecal-oral, vía oral-oral o vía gástrica-oral según el grado de desarrollo socioeconómico del área geográfica, siendo la vía fecal-oral más frecuente en países de bajo desarrollo socioeconómico. El HP se ha aislado en las heces, saliva y placa dental de personas infectadas¹⁻⁴.

El diagnóstico y tratamiento de la infección por HP tienen una gran relevancia clínica dado que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas habiéndose relacionado con gastritis crónica, úlcera péptica, desarrollo de úlcera en pacientes tratados con antiinflamatorios no esteroideos, cáncer gástrico, linfoma MALT y dispepsia no ulcerosa⁵⁻⁷.

En España la prevalencia de HP se sitúa entre el 53% y el 60.3% de la población adulta. La prevalencia varía mucho según países y comunidades y se relaciona con el grado de desarrollo, aumentando con la edad y en áreas geográficas con pobres medidas higiénico-sanitarias. El sexo, la etnia, la raza, la actividad laboral y el consumo de tabaco son variables que no se asocian con la prevalencia de la infección⁸⁻⁹.

El diagnóstico de infección por HP se realiza mediante test no invasivos como el test del aliento, test del antígeno en heces y pruebas serológicas; y mediante test invasivos que precisan realización de gastroscopia como el test rápido de la ureasa, el cultivo y la histología. Dentro del grupo de procedimientos no

invasivos para detectar la presencia de la bacteria, los dos métodos mayoritariamente utilizados son el test de aliento con urea marcada con carbono 13 (C13) siguiendo el protocolo europeo y el test de detección de antígeno en heces empleando un método de ELISA monoclonal^{10, 11}, el primero con una sensibilidad y especificidad muy elevadas, el segundo con resultados algo inferiores según una revisión reciente de Calvet¹². Múltiples revisiones sistemáticas han confirmado que la prueba del aliento es el test diagnóstico no invasivo más fiable, similar o superior al estudio histológico de la biopsia (> 95%), con una sensibilidad 88-95% y especificidad 96-97%^{9,13,14}.

El test del aliento se realiza con el paciente en ayunas, sin haber fumado ni haberse lavado los dientes, se administra ácido cítrico, lo que mejora la fiabilidad de la prueba al estimular la actividad ureasa de HP, inhibiendo la de otras bacterias. Posteriormente se administra urea marcada con 13C, un isótopo no radioactivo. Si el estómago está infectado, HP degrada la urea en amonio y CO₂, que pasa a la sangre y posteriormente se elimina a través de la respiración. El incremento de la cantidad de 13C en el aire espirado tras la ingesta de la urea marcada permite el diagnóstico de la infección⁹.

Las indicaciones de realización de test de aliento en Atención Primaria son¹⁵⁻²¹ las que aparecen en Tabla 1

En el momento actual el tratamiento erradicador del HP estaría indicado en²²⁻²⁵:

- úlcera péptica activa o antecedente,
- MALT gástrico de bajo grado,
- la resección quirúrgica o endoscópica de Ca gástrico,
- familiares de primer grado de pacientes con Ca gástrico,

- dispepsia funcional y H Pylori +,
- a todo paciente con HP positivo ofrecer erradicación.

Actualmente se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por H. pylori en un porcentaje próximo o preferiblemente superior al 90% de los pacientes. Disponemos de terapias cuádruples con tasas de curación próximas o incluso superiores al 90%^{26,27}, en adelante este umbral de eficacia debe ser el exigido. Para conseguir este objetivo, todos los tratamientos deben estar optimizados en términos de duración, dosis e intervalo de administración de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antibióticos²⁸.

La variable más importante en la eficacia del tratamiento erradicador es la resistencia antimicrobiana, aspecto en el que España es de los más afectados de la Unión Europea, otro factor del que también va a depender la eficacia es de la adherencia al tratamiento (cumplimiento, efectos secundarios)^{2,29}.

Las recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori²⁸⁻²⁹ en la actualidad son:

En primera línea de tratamiento de la infección por H. pylori se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP dosis estándar /12h, claritromicina 500 mg /12h, amoxicilina 1g /12h y metronidazol 500 mg/12h) por periodo de 14 días. No se recomienda la terapia triple clásica (IBP, claritromicina y amoxicilina) cuando la tasa de resistencia a claritromicina es > 15%, dado que por encima de este umbral las cifras de erradicación son inaceptablemente bajas.

En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP/12h, bismuto 120mg/6h ó 240 mg/12h, tetraciclina (doxiciclina) 100mg/12h y metronidazol 500mg/8h) de 10 a 14 días.

Indicaciones de realización de test de aliento en Atención Primaria

Dispepsia no investigada en > de 55 años, en un lugar donde la prevalencia de infección sea >20% y sin clínica de alarma
Dispepsia funcional (según criterios Roma IV) en <i>síndrome de distrés postprandial</i> : deben presentarse 3 o más días por semana, de al menos 3 meses de duración, con inicio en los 6 meses anteriores, y en <i>síndrome de dolor epigástrico</i> : deben presentarse al menos 1 día por semana, de al menos 3 meses de duración, con inicio en los 6 meses anteriores.
Confirmación de erradicación de HP postratamiento
Familiares de primer grado diagnosticados de cáncer gástrico
Neoplasia gástrica previa ya tratada con resección endoscópica o quirúrgica (gastrectomía subtotal)
Linfoma MALT de bajo grado
Pacientes con historia documentada de úlcus sin tratamiento erradicador previo o enfermedad ulcerosa activa.
Cáncer gástrico precoz

Tabla 1

Tras el fracaso de un primer tratamiento que incluya claritromicina (triple o cuádruple) se recomienda una pauta con levofloxacino 500mg/24h, preferiblemente cuádruple (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto). Otra de las alternativas sería: IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio incluye los pacientes pertenecientes al Centro de Salud Puerta de Madrid que se realizan un test del aliento en el año 2017.

La Auxiliar Administrativa del centro de salud registra el resultado del test y envía al médico responsable del paciente el resultado y el cuestionario para la recogida de datos.

Disponemos de un cuestionario que fue elaborado basándonos en la bibliografía referente al manejo de la infección por *Helicobacter Pylori*. A cada cuestionario se le asigna un código alfanumérico.

En el cuestionario se recogen las variables: datos básicos de filiación: edad, sexo; motivo por el cual se solicita el test de aliento; resultado del test de aliento; si resultado positivo, se registra si se hizo erradicación; la pauta de tratamiento y la realización de test postratamiento que confirme la erradicación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, observacional.

Utilizando el programa de google form/excell se registran los datos en un cuestionario para su posterior procesamiento estadístico. La descripción de las variables se realiza atendiendo a su clasificación en cuantitativas o cualitativas. Las cuantitativas mediante la media, la desviación típica y los valores mínimo y máximo. Para las distribuciones asimétricas se emplean la mediana como medida de centralización y los percentiles 25 y 75 como medidas de dispersión. Para las variables cualitativas se expresa su frecuencia absoluta y su distribución de frecuencias.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 97 registros. De los individuos evaluados 58 eran mujeres y 39 varones. La media de edad fue de 48 años.

Los motivos más solicitados del test fueron 31 epigastria (32%), 19 gastritis (19.6%), 16 ERGE (16.5%), 14 dispepsia (14.4%). Dolor abdominal, atrofia de mucosa gástrica o metaplasia intestinal, familiar de

primer grado con diagnóstico de cáncer gástrico y úlcera péptica fueron otros motivos de solicitud del test.

El 63.8% de los test tuvieron resultado positivo. Atrofia mucosa gástrica o metaplasia intestinal, úlcera péptica y gastritis fueron los motivos más asociados a resultado positivo y dispepsia, dolor abdominal los motivos más asociados a test negativo.

En el 98.3% de test con resultado positivo se realizó tratamiento erradicador.

El 87.9% correspondía a primera línea de tratamiento, siendo la pauta triple clásica IBP+amoxicilina+claritromicina la pauta más utilizada en nuestro centro con una duración de 10 días en el 47.4%.

En el 81% se realizó test posterradicación y de ellos el resultado fue negativo en el 67%.

Hubo mejoría clínica post-tratamiento en el 50.9% y no se hizo registro de evolución en 22.8%.

Consideramos que en nuestro Centro de Salud las indicaciones de solicitud de diagnóstico de la infección de HP¹⁵⁻²¹ y las pautas de tratamiento realizados, fueron acordes a las recomendaciones según las guías, en el momento del estudio³⁰.

DISCUSIÓN

La terapia tradicionalmente empleada en nuestro país de primera línea, la "terapia triple estándar" consistente en un fármaco inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina logra la erradicación en alrededor del 80% de los casos (empleada en pautas de 7-14 días de duración)³¹ y en estudios publicados recientemente, sugieren cifras de erradicación para este tratamiento incluso menores, en torno al 60-70%³². Esta relativa baja eficacia en el contexto de una enfermedad infecciosa parece estar relacionada con múltiples factores, entre los que destaca el incremento de la resistencia a claritromicina. De esta manera, en el año 1.998, la resistencia a este antibiótico en Europa se establecía en el 9%, alcanzando aproximadamente el 18% al realizar el análisis diez años después³³. En España, los últimos estudios al respecto cifran dichas tasas en torno al 14-18%³²⁻³⁴. A la luz de estos resultados, la recomendación de emplear en España una terapia triple estándar ha sido abandonada de las principales guías de práctica clínica, surgiendo en su lugar otros tratamientos²².

Las principales guías de práctica clínica de nuestro entorno^{22, 35} aconsejan la terapia cuádruple sin bismuto en régimen de administración concomitante, formado por un IBP, amoxicilina, metronidazol y claritromicina administrados de forma conjunta durante la completa duración del tratamiento. Con este régimen se han

obtenido tasas de eficacia en torno al 85% para 10 días de duración^{36,37}, ascendiendo su eficacia hasta el 90-92% al prolongar el tratamiento hasta 14 días^{38,39}.

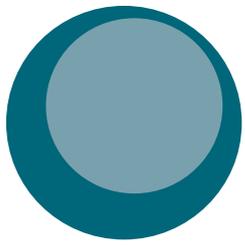
Según lo anterior y en relación a los resultados de erradicación obtenidos en nuestro Centro, en el

81% se realizó test posterradicación y de ellos el resultado fue negativo en el 67%, parece razonable seguir las nuevas recomendaciones y elegir realizar una cuádruple terapia por periodo de 14 días como primera línea de tratamiento para la erradicación de HP.

BIBLIOGRAFIA

1. NIH Consensus Conference. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. NIH Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. JAMA 1994; 272:65.
2. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut 2012; 61:646.
3. Chey W.D., Wong B.C., Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol 2007; 102:1808.
4. Laine L. Helicobacter pylori, gastric ulcer, and agents noxious to the gastric mucosa. Gastroenterol Clin. North. Am. 1993; 22:117.
5. Huang J.Q., Sridhar S., Hunt R.H. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. Lancet. 2002; 359(9300):14-22.
6. Correa P. Gastric neoplasia. Curr Gastroenterol Rep. 2002; 4(6): 463-70.
7. Peterson W.L., Fendrick A.M., Cave D.R., Peura D.A., Garabedian-Ruffalo S.M., Laine L. Helicobacter pylori-related disease: guidelines for testing and treatment. Arch. Intern. Med. 2000; 160(9):1285-91.
8. Sánchez Ceballos F., Taxonera Samsó C., García Alonso C., Alba López C., Sainz de Los Terreros Soler L., Díaz-Rubio M. Prevalencia de la infección por Helicobacter pylori en población sana en la Comunidad de Madrid. Rev Esp Enferm Dig. 2007; 99(9): 497-501.
9. P., Gisbert J., Calvet X., Ferrandiz J., Ferrandiz J., Mascort J., Alonso-Coello P., Marzo M. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012. Atención Primaria 2012; 44 (12): 727.e1-727.e38.
10. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T., et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017 Jan; 66(1):6-30.
11. Gisbert J.P., Calvet X., Bermejo F., Boixeda D., Bory F., Bujanda L., et al. [III Spanish Consensus Conference on Helicobacter pylori infection]. Gastroenterología y hepatología. 2013 May; 36(5): 340-74.
12. Calvet X. Diagnosis of Helicobacter pylori Infection in the Proton Pump Inhibitor Era. Gastroenterology clinics of North America. 2015 Sep.; 44(3): 507-18.
13. Graham D.Y., Klein P.D. Accurate diagnosis of Helicobacter pylori. 13C-urea breath test. Gastroenterol Clin North Am. 2000; 29:885-893.
14. Howden C.W., Hunt R.H. Guidelines for the management of Helicobacter pylori infection. Ad Hoc Committee on Practice Parameters of the American College of Gastroenterology. Am J. Gastroenterol 1998; 93:2330.
15. Stanghellini V., Chan F., Hasler W., et.al. Gastrointestinal disorders.Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.
16. Talley N., Walker M., Holtmann G. Functional dyspepsia. Curr Opin Gastroenterol 2016; 32: 467-473.
17. Gené E., Sánchez-Delgado J., Calvet X., et.al. Manejo de la infección por Helicobacter pylori en AP en España. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 327-334.
18. Levi F., Lucchini F., Negri E., et al. Trends in cancer mortality in the European Union and accession countries, 1980-2000. Ann Oncol 2004; 15: 1425.
19. DuBois S., Kearney D.J. Iron-deficiency anemia and Helicobacter pylori infection: a review of the evidence. Am J. Gastroenterol 2005; 100:453.
20. Rostami N., Keshtkar-Jahromi M., Rahnavardi M., et al. Effect of eradication of Helicobacter pylori on platelet recovery in patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: a controlled trial. Am J. Hematol 2008; 83:376.
21. Parsonnet J., Harris R.A., Hack H.M., Owens D.K. Modelling cost-effectiveness of Helicobacter pylori screening to prevent gastric cancer: a mandate for clinical trials. Lancet 1996; 348:150.

22. P. Gisbert J., Molina-Infante J., Amador J., et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori*. *Gastroenterología y Hepatología* 2016; 39(10): 697-721.
23. P. Gisbert J., Molina-Infante J. Tratamiento actual de la infección por *Helicobacter Pylori*. *Medicina Clínica* 2017; 148(1): 20-22.
24. Management of *Helicobacter pylori* infection-Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut* 2016; 0: 1-25.
25. Fallone C., et al. The Toronto consensus for the treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Gastroenterology* 2016; 151: 51-69.
26. lang X., Xu X., Zheng Q., Zhang W., Sun Q., Liu W., et al. Efficacy of bismuth-containing quadruple therapies for clarithromycin, metronidazole, and fluoroquinolone-resistant *Helicobacter pylori* infections in a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11, 802-7 e1.
27. Molina-Infante J., Shiotani A. Practical aspects in choosing a *Helicobacter pylori* therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2015; 44:519-35.
28. Graham D.Y., Lee Y.C., Wu M.S. Rational *Helicobacter pylori* therapy: Evidence-based medicine rather than medicine-based evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12, 177-186 e3.Discussion e12-e13.
29. Javier P. Gisberta, Javier Molina-Infante, Javier Amadorc, Fernando Bermejod, Luis Bujandae, Xavier Calvetf et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*
30. Herrero de Dios A., Jimeno Rodríguez M., Poves Martínez E., Comisión de coordinación en farmacoterapia del H.U. Príncipe de Asturias. Test del aliento en la detección del *Helicobacter Pylori*.
31. Gisbert J.P. *Helicobacter pylori*-associated diseases. *Gastroenterol Hepatol*. 2015;38 Suppl 1:39-48.
32. Gisbert J.P., Calvet X. Review article: the effectiveness of standard triple therapy for *Helicobacter pylori* has not changed over the last decade, but it is not good enough. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2011 Dec.; 34(11-12): 1255-68.
33. . Molina-Infante J., Gisbert J.P. [Update on the efficacy of triple therapy for *Helicobacter pylori* infection and clarithromycin resistance rates in Spain (2007-2012)]. *Gastroenterología y hepatología*. 2013 Jun.-Jul.; 36(6): 375-81.
34. Megraud F., Coenen S., Versporten A., Kist M., Lopez-Brea M., Hirschl A.M., et al. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut*. 2013 Jan; 62(1): 34-42.
35. Navarro-Jarabo J.M., Fernandez-Sanchez F., Fernandez-Moreno N., Hervas-Molina A.J., Casado-Caballero F., Puente-Gutierrez J.J., et al. Prevalence of Primary Resistance of *Helicobacter pylori* to Clarithromycin and Levofloxacin in Southern Spain. *Digestion*. 2015; 92(2): 78-82.
36. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Gisbert J.P., Kuipers E.J., Axon A.T., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017 Jan; 66(1): 6-30.
37. Molina-Infante J., Pazos-Pacheco C., Vinagre-Rodríguez G., Perez-Gallardo B., Duenas-Sadornil C., Hernandez-Alonso M., et al. Non-bismuth quadruple (concomitant) therapy: empirical and tailored efficacy versus standard triple therapy for clarithromycin-susceptible *Helicobacter pylori* and versus sequential therapy for clarithromycin-resistant strains. *Helicobacter*. 2012 Aug; 17(4): 269-76.
38. McNicholl A.G., Marin A.C., Molina-Infante J., Castro M., Barrio J., Ducons J., et al. Randomised clinical trial comparing sequential and concomitant therapies for *Helicobacter pylori* eradication in routine clinical practice. *Gut*. 2014 Feb.; 63(2): 244-9.
39. Molina-Infante J., Lucendo A.J., Angueira T., Rodriguez-Tellez M., Perez-Aisa A., Balboa A., et al. Optimised empiric triple and concomitant therapy for *Helicobacter pylori* eradication in clinical practice: the OPTRICON study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2015 Mar.; 41(6): 581-9.
40. Molina-Infante J., Gisbert J.P.. Optimizing clarithromycin-containing therapy for *Helicobacter pylori* in the era of antibiotic resistance. *World journal of gastroenterology*. 2014 Aug. 14; 20(30): 10338-47.



CASOS CLÍNICOS

1. NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR LEGIONELLA

- Martínez Grau I., Cobo Rossell M.R., Saadiya Ahmed de Prado H., Correa Gutierrez R.M., médicos residentes de TERCER año de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Sierrallana en Torrelavega (Cantabria, España), Ceballos Pérez B., médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Sierrallana.

INTRODUCCIÓN

Los CDC investigaron en 1976 el primer brote de enfermedad del legionario, una neumonía severa causada por la bacteria *Legionella*^{1, 2}.

El número de casos reportados de la enfermedad del legionario, está aumentando en los Estados Unidos. Durante 2000-2014, la tasa de casos reportados de legionelosis aumentó de 0.42 a 1.62 por cada 100,000 personas; 4% de los casos reportados estuvieron asociados a brotes. La *LEGIONELLA* se transmite por aerosolización de agua contaminada. Los CDC investigaron los brotes de la enfermedad del legionario para identificar lagunas en el mantenimiento del sistema de agua y orientar los esfuerzos de prevención^{3, 4}.

Hay más probabilidad de enfermar en las personas de más de 50 años, fumadores, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencia. La enfermedad del legionario puede poner la vida en peligro. Sin embargo, la mayoría de las personas se recupera con antibióticos⁵.

Se diagnostica mediante una prueba de antígeno urinario de *Legionella* o cultivo de secreciones respiratorias inferiores utilizando medios selectivos; los enlaces epidemiológicos a las fuentes ambientales pueden confirmarse cuando los aislamientos de muestras clínicas y ambientales coinciden mediante tipificación molecular⁶. La *Legionella pneumophila*, representa aproximadamente el 90% de los casos de legionelosis informados en los Estados Unidos⁷.

Se presenta un paciente de 80 años, fumador, diagnosticado de neumonía nosocomial por *Legionella*, pos cordectomía transoral derecha, la semana previa.

CASO CLINICO

Varón de 80 años con antecedentes de fumador, bebedor, HTA, IAM, DL, cordectomía láser de cuerda vocal izquierda por carcinoma epidermoide glótico

T1N0M0 hace 2 años. En cuerda vocal derecha aparece un carcinoma in situ un año después; se realiza una cordectomía transoral derecha con láser CO₂, bajo anestesia general y a la semana presenta febrícula de 37.5°C, al día siguiente 38°C, que se mantiene a pesar de tratamiento con paracetamol y asciende a 39°C, con tos productiva, astenia, no anorexia, orinas oscuras, heces fecales de color habitual. La exploración física es anodina, salvo la intervención quirúrgica previa de cuerda vocal derecha.

El estudio de laboratorio reveló leucocitos 23.40 x1000/ μ l, granulocitos 86.1%, plaquetas 199x1000/ μ , potasio 4.3 meq/l, glucosa 123 mg/dl, sodio 128 meq/l, TFG mayor de 60, actividad de protrombina 57%, INR 1.46, APTT 31.70 seg., fibrinógeno 1020 mg/dl, PCR 284.3 mg/l, procalcitonina 0.66 ng/ml, gasometría arterial: pH 7.50, pCO₂ 23 mmHg, pO₂ 110 mmHg, bicarbonato 17.9 mmol/l (alcalosis respiratoria con acidosis metabólica compensatoria); Hb 11.7 g/dl, Hto 35.70%, VCM 87 fl. Radiografía de tórax aumento de la densidad en lóbulo medio derecho borrando silueta cardiaca derecha (Figura 1). Hemocultivo anaerobio positivo, urocultivo negativo; antígeno de neumococo (negativo) y *Legionella* (positivo) en orina. Se diagnóstica de neumonía por *Legionella* en LMD de adquisición nosocomial (intubación reciente, 7 días antes por la intervención quirúrgica de cuerda vocal derecha), tratamiento con levofloxacino con ingreso en medicina interna por criterios de ingreso: senilidad, enfermedad crónica (IAM, alcoholismo), enfermedad grave (fiebre, leucocitosis, hiponatremia, alcalosis respiratoria, signos de bacteriemia, intervención quirúrgica reciente con intubación). Durante ingreso se complica con edema agudo de pulmón (EAP); con desaturación a pesar del tratamiento EAP (gasometría arterial: pH: 7.20, pCO₂:39, pO₂: 52, bicarbonato 15.2, Sat O₂: 77%; BNP: 836), se decide ingreso en unidad de reanimación y cuidados críticos (URCC) disneico con bajo nivel de consciencia, abundantes livedeces en EEII con TA mantenida, no precisando vasoactivos o inotropos. Se realizó ecocardiografía con FEVI normal y acinesia en territorio previamente conocidos con PAP 30, que se interpreta como miocardio de estrés. Tratamiento antibiótico con azitromicina

más meropenem (hemocultivo positivo anaerobio), medidas generales y se reinicia durante ingreso en URCC su medicación habitual. AL alta tolera dieta oral pastosa sosa.

DISCUSIÓN

Se ha sugerido la posibilidad de colonización orofaríngea por *L. pneumophila*, aunque no se ha establecido definitivamente. Como ejemplo, *Legionella* spp se detectó mediante anticuerpos fluorescentes directos en 47 muestras de esputo de 671 pacientes sometidos a trasplante de riñón, hígado o páncreas durante un período de tres años^{8,9}; y la instilación directa en el pulmón durante la manipulación del tracto respiratorio.

En un estudio retrospectivo comparando las características clínicas de la neumonía adquirida en la comunidad causada por *Legionella* con las de otras etiologías, los niveles bajos de sodio (menor de 131 mmol/L) estaban presente en 46% de pacientes con enfermedad del legionario y solamente en el 14% de neumonía adquirida en la comunidad de otras etiologías¹⁰.

La terapia combinada de una quinolona más azitromicina podría considerarse para pacientes gravemente enfermos con legionelosis extrapulmonar¹¹.

Los pacientes con infección nosocomial y aquellos que han recibido trasplantes deben ser tratados con fluoroquinolona para proporcionar una mejor cobertura de otros bacilos gramnegativos⁹.

El pronóstico depende de la administración expeditiva de antibióticos (la mortalidad es $\leq 5\%$ en pacientes inmunocompetentes). Las fallas tienden a ocurrir en pacientes con enfermedad inmunosupresora o que presentan una enfermedad grave del legionario al inicio de la terapia^{9,11}.

La radiografía de tórax no es útil para controlar la respuesta clínica^{9,11}.

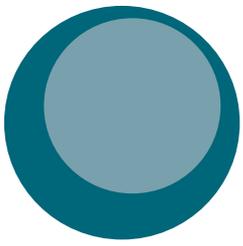
En el caso estudiado existía el antecedente de intubación reciente por intervención quirúrgica de cuerda vocal derecha con anestesia general; en paciente senil con enfermedad crónica (IAM, HTA, DL, alcoholismo) que presentó enfermedad grave (fiebre, leucocitosis, hiponatremia (128 meq/l), alcalosis respiratoria con acidosis metabólica compensatoria, signos de bacteriemia) y tuvo que utilizarse la terapia combinada por complicarse con EAP en el contexto de bacteriemia por anaerobios.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams D., Fullerton K., Jajosky R., et al. Summary of notifiable infectious diseases and conditions-United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 62: 1-122. CrossRef PubMed.
2. CDC. Notice to readers: final 2014 reports of nationally notifiable infectious diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64:1019-33. CrossRef.
3. Dooling K.L., Toews K.A., Hicks L.A., et al. Active bacterial core surveillance for legionellosis-United States, 2011-2013. *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.* 2015; 64: 1190-3. CrossRef PubMed.
4. Beer K.D., Gargano J.W., Roberts V.A., et al. Surveillance for waterborne disease outbreaks associated with drinking water-United States, 2011-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015; 64: 842-8. CrossRef PubMed.
5. CDC. Waterborne disease and outbreak surveillance system. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2016. <http://www.cdc.gov/healthywater/surveillance/surveillance-reports.html>.
6. Hicks L.A., Garrison L.E., Nelson G.E., et al. Legionellosis-United States, 2000-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60: 1083-6. PubMed.
7. Fields BS, Benson RF, Besser RE. *Legionella* and Legionnaires' disease: 25 years of investigation. *Clin Microbiol Rev* 2002; 15:506-26. CrossRef PubMed.
8. Benin A.L., Benson R.F., Besser R.E. Trends in legionnaires disease, 1980-1998: declining mortality and new patterns of diagnosis. *Clin Infect Dis* 2002; 35:1039.
9. Jaresova M., Hlozaneck I., Striz I., Petrickova K., Kocmoud Z. S.O.: Legionella detection in oropharyngeal aspirates of transplant patients prior to surgery. *Eur. J. Clin. Microbiol Infect Dis.* 2006; 25(1):63.
10. Schuetz Ph., Haubitze S., Christ-Crain M., Albrich W.C., Zimmerli W., Mueller B. Hyponatremia and antidiuretic hormone in legionnaires' disease. *BMC infection Dis.* 2013; 13(585):1.
11. Pedro-Botet M.L., García-Cruz A., Tural C., et al. Severe Legionnaires' disease successfully treated with levofloxacin and azithromycin. *J. Chemother* 2006; 18:559.



Figura 1. Radiografía de tórax mostrando aumento de densidad en lóbulo medio derecho que borra silueta cardíaca.



CASOS CLÍNICOS

2. FIEBRE Y CONJUNTIVITIS ¿SIEMPRE ES BANAL?

■ López. Oliver Guerra C.T.¹. Valdés Villar M.².

⁽¹⁾ Residente de 1º año Medicina de Familia. Centro de salud Manzanares el real. Manzanares el real. Madrid

⁽²⁾ Médico de Familia. Centro de Salud Manzanares el Real. Manzanares el Real. Madrid

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica, de etiopatogenia desconocida y probable desencadenante infeccioso que afecta preferentemente a varones entre los 6 meses y los 5 años. Es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en los niños de países desarrollados. La incidencia de esta enfermedad es muy superior en Japón y países próximos. Suele aparecer esporádicamente en brotes epidémicos (invierno/primavera). Sin tratamiento específico, hasta el 40% de los pacientes desarrollan dilataciones de las arterias coronarias transitorias y el 25% desarrollan aneurismas coronarios. Con el tratamiento adecuado, las secuelas coronarias aparecen en menos del 5% de los casos¹.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Niña de 3 años que acude a consulta por otalgia bilateral y fiebre de 38.3 ° tras dos días en tratamiento con Amoxicilina.

Antecedentes familiares y personales: Sin interés. Vacunación según calendario. Alimentación complementaria sin incidencias. No alergias conocidas. No ingresos previos.

Exploración física: Buen estado general. Buena nutrición, normohidratada y normoperfundida. Exantema eritematoso de aspecto urticarial en el área del pañal. No petequias. No edemas. Adenopatías latero cervicales móviles y rodaderas. ORL: Orofaringe hiperémica con mucosidad en cavum. Otoscopia: tímpanos hiperémicos y deslustrados. Lengua aframbuesada y labios fisurados. Hiperemia conjuntival bilateral. ACP: Murmullo vesicular conservado, buena ventilación bilateral. No ruidos patológicos. No signos de dificultad respiratoria. ABDOMEN: Ruidos hidroaéreos positivos, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. SN: No signos meníngeos ni rigidez de nuca. No focalidad neurológica.

Se pauta Amoxicilina-Clavulánico y se solicitan pruebas complementarias.

Análítica sanguínea: Leucocitos 15630 μ l, Hb 11.4 mg/dl, Hematocrito 33.5%, Plaquetas 407000 μ l, Glucosa 141 mg/dl, Urea 21 mg/dl, Creatinina 0.41 mg/dl, Bilirrubina total 0.1 mg/dl, Calcio 9.2 mg/dl, GPT 59 UI/l, Sodio 132 mmol/L, Potasio 4.7 mmol/L, Cloro 95 mmol/L, PCR 14.3 mg/dl, VSG 77 mm/h

Análisis de orina: Densidad 1019, pH 5.5, Proteínas 30, Cuerpos cetónicos 10, Sangre +, Leucocitos 75, Resto negativo. Sedimento: Hematíes 22.5/ μ l, Leucocitos 77.9 / μ l.

Urocultivo: negativo.

Radiografía de tórax: No consolidaciones alveolares.

Serologías: Ac heterófilos negativos. Brucella negativo. Resto pendientes.

Ante la no mejoría tras 4 días de tratamiento antibiótico, se deriva a urgencias para ampliar estudio:

ProBNP 851.3 pg/ml

Ecocardiograma: No derrame pericárdico. Situs solitus. Levocardia. Levoápex. Ordenación segmentaria normal. Drenajes venosos pulmonar y sistémico normales. AD y AI normales. Tabique interauricular íntegro. Válvulas AV de implantación, morfología y flujo normales. VD de tamaño y función normales. VI de tamaño, morfología y contractilidad normales; tractos de salida libres. Tabique interventricular íntegro, con movimiento sistólico y diastólico normal. Válvulas aórtica y pulmonar de morfología y flujos normales. Tronco y ramas pulmonares normales. Arco aórtico izquierdo. Aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente normales. Troncos supra aórticos normales. No ductus. Patrón ecocardiográfico de arterias coronarias normal. Pericardio normal. Coronarias patentes, de paredes hiperrefringentes, no ectásicas: ACD

proximal-media-distal: 1.6-1.8-1.8 mm, TCI 3 mm, ADA 1.2 mm, Qx 1.9 mm.

Tras realizar diagnóstico diferencial, la paciente cumple criterios clínicos de enfermedad de Kawasaki incompleta por lo que se inicia tratamiento con gammaglobulina intravenosa (2 gr/Kg) y AAS 40 mg/Kg/día. Se deriva a consultas de seguimiento de cardiología, donde se disminuirá el AAS a dosis antiagregante y se añadirá tras 13 días de tratamiento, Clopidogrel (5mg/ml) 3 ml cada 24 h.

A las 6 semanas de iniciado el tratamiento, se repite la analítica: Plaquetas 438000/UL, PCR 0,02 mg/dL y el ecocardiograma: Aneurismas de pequeño tamaño y un único aneurisma de tamaño mediano resueltos. Se decide suspender el tratamiento.

La paciente continúa con régimen de vida normal según edad y revisiones anuales por cardiología.

REVISIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica, de etiopatogenia desconocida y probable desencadenante infeccioso que afecta preferentemente a varones entre los 6 meses y los 5 años. Es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en los niños de países desarrollados. La incidencia de esta enfermedad es muy superior en Japón y países próximos. Suele aparecer esporádicamente en brotes epidémicos (invierno/primavera). Sin tratamiento específico, hasta el 40% de los pacientes desarrollan dilataciones de las arterias coronarias transitorias y el 25% desarrollan aneurismas coronarios. Con el tratamiento adecuado, las secuelas coronarias aparecen en menos del 5% de los casos.

Para llegar al diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, la American Heart Association establece los siguientes criterios clínicos:

Criterios clínicos de enfermedad de Kawasaki	
Fiebre de ≥ 5 días de evolución y al menos 4 de 5 de: <ul style="list-style-type: none"> • Conjuntivitis • Alteraciones orales (al menos uno de labios, lengua o enanema) • Alteraciones en pies y manos (al menos uno de eritema, edema o descamación) • Exantema polimorfo • Adenopatía (o conglomerado) > 1.5 cm 	Si existen dilataciones coronarias, se aceptan menos de 4 criterios. También se cumplen si la fiebre desaparece antes del 5º día con tratamiento.
Enfermedad de Kawasaki incompleta	
Fiebre de al menos 5 días y 2-3 criterios clínicos más y PCR >30 mg/L o VSG >40 mm/h y al menos 3 criterios de laboratorio de: <ul style="list-style-type: none"> • Anemia para la edad del niño • Hipoalbuminemia <3 g/dL • Elevación de GPT • Trombocitosis ≥ 450000 tras 7 días • Leucocitosis $\geq 15000/\text{mm}^3$ • Piuria estéril ≥ 10 células por campo en sedimento 	Cuando falten criterios diagnósticos, considere el resto de alteraciones clínicas (hidrops vesicular, artritis), analíticas (NT-proBNP), ECG (Bajo voltaje, alteraciones de conducción), ecocardiográficas (derrame pericárdico, insuficiencias valvulares, pared coronaria hiperecogénica o luz irregular)

Nuestra paciente, cumplía criterios de enfermedad incompleta: Fiebre de 5 días, alteraciones de labios y/o mucosa oral, inyección conjuntival, exantema, VSG 77 mm/h, GPT 59 UI/l, Leucocitosis 15.630 μl y Piuria estéril.

El tratamiento se debe iniciar lo antes posible y antes del 8º día. Es un error esperar al 5º día de fiebre para iniciarlo. Después del 10º día, el tratamiento no disminuye el porcentaje de pacientes que desarrollan alteraciones coronarias, pero influye en su gravedad.

Los 3 pilares del tratamiento son la Inmunoglobulina G intravenosa a 2g/Kg en dosis única, el Ácido acetilsalicílico: 30-50 mg/kg/día V.O cada 6 horas hasta la resolución de la fiebre, que se reducirá después a dosis antiagregante hasta completar 6-8 semanas, y la Prednisolona 2mg/kg/día que se asocia en pacientes con enfermedad de mayor intensidad en 3 dosis I.V

los primeros días y posteriormente vía oral en pauta descendente².

El 15-20% de los pacientes tratados con AAS e IG presentan síntomas refractarios o reagudizaciones en las siguientes semanas. De estos pacientes el 25-70% presentan riesgo elevado de lesiones coronarias y requieren tratamiento adicional rápido y enérgico con pautas que van desde añadir corticoterapia, anticuerpos monoclonales o inmunosupresores. No se ha demostrado la superioridad de unos tratamientos frente a otros⁴.

La base del seguimiento por cardiólogos pediátricos es la realización de ecocardiogramas periódicos.³ En ocasiones el TC y la RM son útiles para aclarar casos dudosos y documentar lesiones graves.

Las secuelas más graves son los aneurismas gigantes que aumentan el riesgo de IAM o muerte súbita hasta un 50%. Los aneurismas pequeños y medianos

tienden a remitir en los primeros años aunque en ocasiones la pared no recupera su estructura y puede desarrollarse estenosis.

CONCLUSIONES

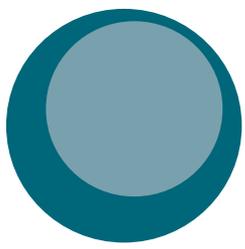
Si la enfermedad de Kawasaki no se detecta y se trata en los primeros 8 días, puede provocar secuelas coronarias importantes y, a largo plazo, la muerte.

Por ello, es de vital importancia el papel del médico de atención primaria a la hora de establecer diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas y derivar precozmente casos sospechosos, para realizar estudio ecocardiográfico e instaurar tratamiento lo antes posible.

Hay que sospecharla en niños con proceso febril no filiado acompañado de exantema, afectación del estado general y conjuntivitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Fraga P., Fervenza Cortegoso C., Aracil Santos F.J., Enfermedades exantemáticas de origen infeccioso. En: Guerrero-Fernández J., Cartón Sánchez A., Barreda Bonis A., Menéndez Suso J., Ruiz Domínguez J, directores. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª edición. España: Editorial médica Panamericana; 2017. P. 1293-1300.
2. Oates Whitehead R.M., Baumer J.H., Haines L., Love S., Maconochie I.K., Gupta A., Roman K., Dua J.S., Flynn I. Intravenous immunoglobulin for the treatment of Kawasaki disease in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD004000. DOI: 10.1002/14651858.CD004000.
3. Fan Yan, Bo Pan, Hichao Sun, Jie Tian, Mi Li. Risk Factors of Coronary Artery Abnormality in Children With Kawasaki Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Pediatr [Revista en internet]. 2019; 7: 374. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776089/>
4. Guidelines for medical treatment of acute Kawasaki disease: Report of the Research Committee of the Japanese Society of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery (2012 revised versión). Pediatr Int. 2014; 56: 135-58.



CASOS CLÍNICOS

3. ANEURISMA CEREBRAL FAMILIAR: REALIDAD O FICCIÓN Family brain aneurysm: reality or fiction

■ López Durive D.^a, Sierra Santos L.^b, Redondo-Sendino A.^c, Romero Molina M.L.^d

^(a) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

^(b) Médico de Familia. Consultorio El Boalo. Madrid. Grupo de trabajo de genética clínica y cáncer hereditario de la SemFYC.

^(c) Médico de Familia. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

^(d) Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid.

Se ha contado con el consentimiento de los pacientes y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

INTRODUCCION

Los aneurismas cerebrales son dilataciones patológicas de las arterias cerebrales que se localizan con mayor frecuencia en las bifurcaciones. Aunque su etiología es desconocida, se han relacionado con factores ambientales y genéticos. Se ha observado una agregación familiar que podría deberse a diversos defectos genéticos. Es importante profundizar en el estudio de estas alteraciones genéticas para valorar la utilidad del cribado en familiares asintomáticos de pacientes con hemorragias cerebrales secundarias a aneurismas cerebrales. A continuación se describen tres casos con antecedentes familiares de aneurismas o hemorragias cerebrales valorados en la consulta de Atención Primaria.

EXPOSICIÓN

Caso 1: mujer de 68 años, con antecedentes personales de anemia ferropénica. Entre los antecedentes familiares destaca la presencia de aneurismas cerebrales en su sobrino y dos de sus cinco hermanos, una de las cuales falleció por hemorragia subaracnoidea secundaria a aneurisma cerebral roto. Su madre y su abuelo materno fallecieron como consecuencia de una hemorragia cerebral súbita (figura 1). Dados estos antecedentes, se realizó estudio con angio-TAC,

donde se detectaron dos aneurismas, que fueron intervenidos.

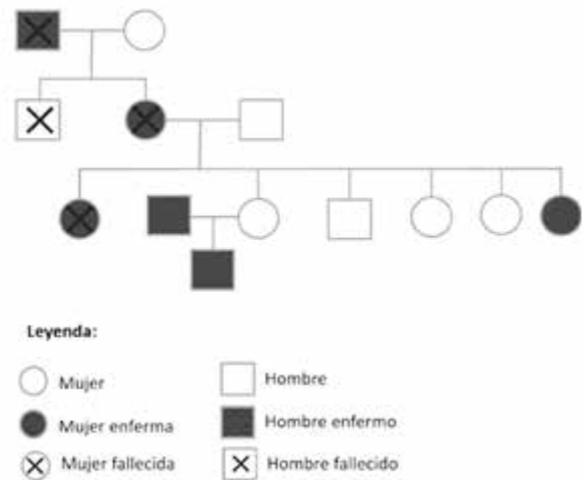


Figura 1. Árbol genealógico del paciente del caso 1.

Caso 2: Varón de 45 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y tabaquismo, en tratamiento con enalapril. Entre sus antecedentes familiares destaca una sobrina que ha sobrevivido a una rotura de aneurisma y una prima segunda que falleció por una hemorragia cerebral súbita (figura 2). El paciente acudió al centro de salud de forma urgente por cefalea intensa de aparición brusca durante la noche anterior. En la exploración física se observó rigidez de nuca, por lo que se remitió a urgencias, donde se detectó hemorragia subaracnoidea secundaria a aneurisma cerebral, que fue intervenido mediante neuroradiología intervencionista.

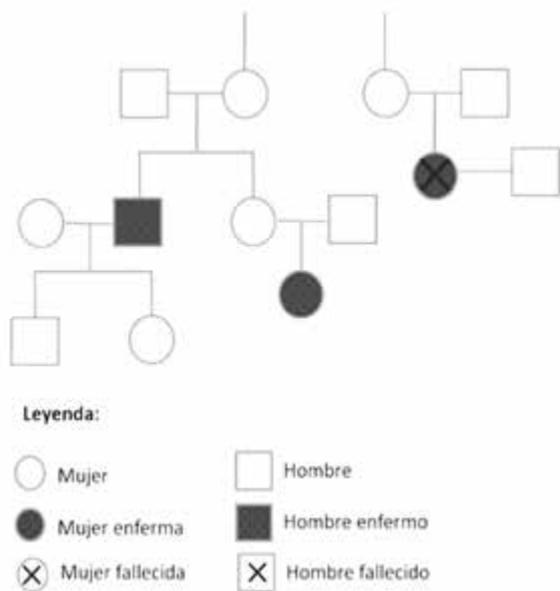


Figura 2. Árbol genealógico del paciente del caso 2.

Caso 3: Varón de 37 años, sano, con antecedentes familiares de padre con deterioro neurológico secundario a un aneurisma cerebral roto y tía y tía abuela paternas que fallecieron tras una hemorragia cerebral (Figura 3). Debido a estos antecedentes familiares, se realizó estudio en Neurología con resonancia magnética cerebral, donde se detectaron dos aneurismas cerebrales pequeños, que fueron intervenidos.

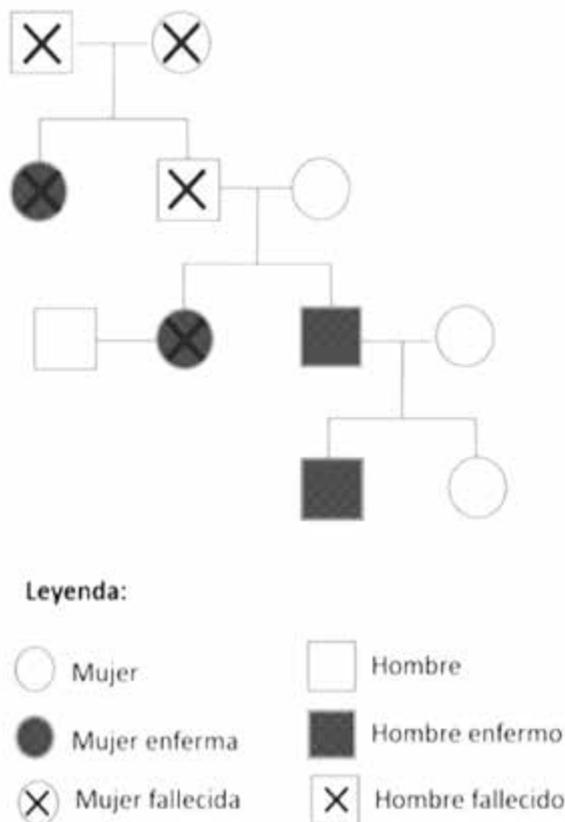


Figura 3. Árbol genealógico del paciente del caso 3.

DISCUSIÓN

Los aneurismas cerebrales (AC) son evaginaciones anormales de la pared de las arterias cerebrales. Se localizan con mayor frecuencia en la bifurcación de las arterias, donde se producen mayores corrientes hemodinámicas. El riesgo de presentar estas anomalías vasculares radica en su posible rotura, lo que produce una hemorragia subaracnoidea (HSA). Sin embargo, el 50-80% de los aneurismas son pequeños y asintomáticos, y son diagnosticados de forma incidental en una prueba de imagen¹.

La prevalencia de los AC varía del 0,4 al 6%, según las series observadas en pruebas de imagen y autopsias. El 2% de los adultos sin factores de riesgo puede presentar algún AC, siendo múltiples en el 20-30% de los casos. La principal causa de HSA no traumática es la rotura de un aneurisma sacular. La HSA tiene una incidencia de 6-16 casos por 100000 habitantes y una tasa de mortalidad de aproximadamente un 30% de los pacientes. La probabilidad de rotura depende de su tamaño. Los AC pequeños, de diámetro menor de 6 mm y generalmente asintomáticos, tienen bajo riesgo de rotura. Además, los pacientes con aneurismas pequeños (menores de 10 mm) tienen mejor pronóstico que los de mayor tamaño tras su rotura¹.

La etiopatogenia de los AC es desconocida, pero se ha relacionado con factores adquiridos y genéticos. Entre los primeros están la hipertensión arterial, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Otros factores no modificables son el sexo femenino y la menopausia. Los pacientes con historia familiar de enfermedades cerebrovasculares tienen un riesgo aumentado de desarrollar AC, lo que sugiere una alteración genética asociada. La prevalencia de AC en familiares de primer grado es del 9%. Además, el 4% de los familiares de primer grado de un paciente con HSA espontánea presentan AC, lo que representa el doble que la población general. Los AC familiares suelen ser múltiples y se rompen a edad más temprana y con menor tamaño que los AC esporádicos. El tipo de herencia asociado a los casos familiares es variable. Se han estudiado varias anomalías genéticas presentes en algunos familiares afectados y es posible que la acción conjunta de varios genes influya en la formación de los AC^{2,3}. Los estudios genéticos de los casos familiares se han centrado en gran medida en genes que desempeñan un papel en el mantenimiento y la reparación de la pared arterial. Se han descrito numerosas mutaciones genéticas y polimorfismos que podrían estar implicados en la patogénesis de los AC^{2,4}. Los síndromes hereditarios que confieren un mayor riesgo de AC son la enfermedad renal poliquística y varios trastornos hereditarios del tejido conectivo, como el síndrome de Ehlers-Danlos, el síndrome de Marfan

y el pseudoxantoma elástico¹. Entre ellos destaca la enfermedad renal poliquística autosómica dominante, que tiene una prevalencia de AC del 11%, aunque el riesgo de rotura es similar al de la población general⁵.

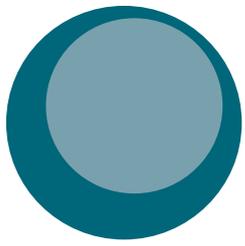
Las indicaciones de cribado para esta patología no están claramente establecidas. Es necesario valorar tanto el riesgo de rotura como el riesgo asociado al tratamiento quirúrgico o endovascular, que en ambos casos se asocia a una elevada morbimortalidad. En consecuencia, no se recomienda el cribado en población general, pero podría estar justificado en pacientes con 2 o más familiares de primer grado con AC o HSA y en pacientes con síndromes hereditarios asociados a mayor riesgo de presentarlos⁶. Aunque la decisión del cribado de AC se debe realizar tras una valoración individualizada, destacamos en el presente artículo la importancia que tiene conocer la historia familiar previa.

CONCLUSIONES

La detección precoz de los AC tiene una especial relevancia para la prevención de las HSA no traumáticas. Sin embargo, el cribado en población sana no está justificado, dado que la morbimortalidad asociada al tratamiento es superior al riesgo de ser portador de un AC. La base genética de su etiopatogenia y la agregación familiar de los casos podría justificar el cribado en determinadas situaciones, como en pacientes con varios familiares de primer grado portadores de AC o con HSA previa y en pacientes con síndromes hereditarios con un riesgo incrementado de presentar AC. Dado que no existen datos clínicos que permitan su detección y conociendo el patrón hereditario de esta patología, debemos aprovechar la privilegiada posición que nos brinda la consulta de Atención Primaria para conocer la historia familiar de nuestros pacientes, permitiendo así derivarlos precozmente a neurología para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalouhi N., Zanaty M., Whiting A., et al. Treatment of ruptured intracranial aneurysms with the pipeline embolization device. *Neurosurgery* 2015;76:165-172. doi:10.1227/NEU.0000000000000586.
2. Samuel N., Radovanovic I. Genetic basis of intracranial aneurysm formation and rupture: clinical implications in the postgenomic era. *Neurosurg Focus* 2019;47:E10. doi:10.3171/2019.4.FOCUS19204.
3. Francis S.E., Tu J., Qian Y., Avolio AP. A combination of genetic, molecular and haemodynamic risk factors contributes to the formation, enlargement and rupture of brain aneurysms. *J. Clin. Neurosci* 2013; 20: 912-918. doi:10.1016/j.jocn.2012.12.003.
4. García-Ortiz L., Gutiérrez-Salinas J., Guerrero-Muñiz S., Chima-Galán M.C., Sánchez-Hernández J. Aneurismas intracraneales y su comportamiento clínico-genético. *Cir Cir* 2015; 83: 467-472. doi:10.1016/j.circir.2015.06.001.
5. Cagnazzo F., Gambacciani C., Morganti R., Perrini P. Intracranial aneurysms in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: prevalence, risk of rupture, and management. A systematic review. *Acta Neurochir (Wien)* 2017; 159: 811-821. doi:10.1007/s00701-017-3142-z.
6. Delgado Lopez P.D., Castilla Díez J.M., Martín Velasco V. Aneurismas cerebrales no rotos: controversias sobre el cribado poblacional. *Neurocirugía* 2016; 27: 237-244. doi:10.1016/j.neucir.2015.12.001.



CASOS CLÍNICOS

4. ¿POR QUÉ NO VA BIEN ESTE PARKINSON?

■ Vallejo Somohano F.¹, Sánchez Calso A.², Antón Sanz M.C.³, Bravo Viejo P.⁴, Ulecia Langa M.R.⁵

- ⁽¹⁾ Médico Residente MFyC CS Galapagar.
- ⁽²⁾ Médico Adjunto MFyC CS Galapagar.
- ⁽³⁾ Médico Adjunto MFyC CS Alpedrete.
- ⁽⁴⁾ Médico Residente MFyC CS Lavapiés.
- ⁽⁵⁾ Médico Residente MFyC CS. Pozuelo Estación.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, obesidad, hipertensión arterial y enfermedad de Parkinson diagnosticada a los 65 años, cuyo tratamiento actual es Levodopa/Carbidopa/Entacapona 100/25/200 mg/12 horas. Metformina/sitagliptina 1000/50 mg / 12 horas. Enalapril 10 mg / 12 horas. Lactulosa 10 cc / día. Mirabegron 50 mg / día.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo rigidez, bradiquinesia, inestabilidad y empeoramiento de temblor. Asimismo, comenta incontinencia urinaria y estreñimiento de reciente aparición. Tras la reciente modificación de tratamiento (se añadió la entacapona al tratamiento con carbidopa/levodopa), la paciente aqueja mal control de sus síntomas neurológicos y persisten la inestabilidad y mala coordinación¹. Cuando explica la mala coordinación hace referencia a repentinamente caídas al suelo porque “se queda sin fuerza”, aunque sin llegar a perder el conocimiento.

A la exploración física se encuentra consciente, orientada en las 3 esferas. Bien hidratada y perfundida. Sus constantes fueron normales presentando una tensión arterial de 136/78 mmHg en decúbito y de 116/64mmHg en ortostatismo, una frecuencia cardíaca de 76 lpm y una saturación de oxígeno del 97%. Su auscultación cardiopulmonar era normal, así como la exploración abdominal. En la exploración neurológica llama la atención la ataxia, rigidez, inestabilidad postural, temblor postural pero no de reposo y disdiacocinesias.

Tras la consulta en atención primaria se pide una interconsulta con neurología de hospital de referencia. Se solicita RMN y Test de Mesa Basculante (Fig. 1).

La resonancia magnética solicitada indicó la presencia de cuerpos de inclusión citoplasmáticos con sinucleína en diferentes zonas del encéfalo. Por otro lado, el test de mesa basculante tuvo un resultado positivo.

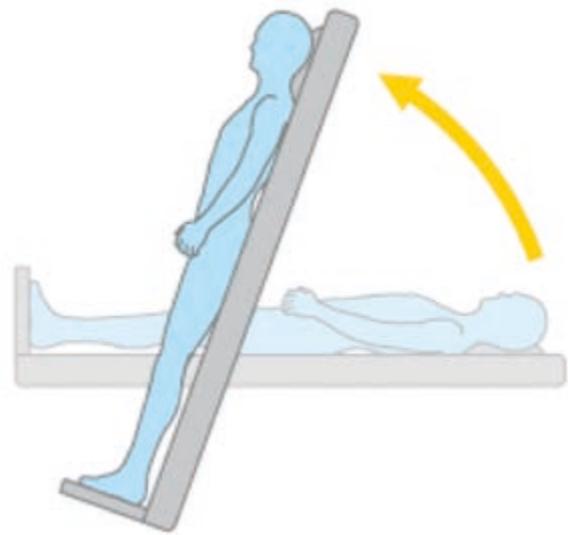


Figura 1. La figura muestra el procedimiento de la prueba complementaria de mesa basculante.

En esta paciente diagnosticada en un inicio de enfermedad de Parkinson con mala evolución clínica y que con el paso del tiempo comienza a presentar hipotensión ortostática y síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, se replantea el diagnóstico inicial concluyendo que estamos ante una atrofia multisistémica o enfermedad de Shy-Drager.

Se valora el diagnóstico diferencial², entre la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Levy, la parálisis supranuclear progresiva, las neuropatías autónomas, la insuficiencia neurodegenerativa o los infartos cerebrales múltiples, entre otros.

En un primer momento, dada la no mejoría con tratamiento pautado, esperable si se tratara, efectivamente, de enfermedad de Parkinson, se podría dudar del diagnóstico diferencial y centrarnos en otras patologías como la ataxia espinocerebelosa no definida, la enfermedad de Binswager o la enfermedad de Wilson. En el año 1989 se reconoció que el síndrome de

Shy-Drager, la degeneración nigroestriada (SND) y la atrofia olivopontocerebelosa (AOPC) son una sola enfermedad cuya patología se localiza en la sustancia negra, putamen, núcleo olivar inferior, puente, y tronco encefálico; así como, en las columnas intermediolaterales de la médula espinal.

La atrofia multisistémica³, es un trastorno neurodegenerativo progresivo que origina disfunción piramidal, cerebelosa y neurovegetativa que se caracteriza por una degeneración neuronal con cuerpos de inclusión citoplasmáticos que contienen sinucleína en varias zonas del encéfalo.

La sintomatología² que podría hacernos sospechar este diagnóstico puede dividirse en tres apartados principales: Fallo del sistema nervioso autónomo (hipotensión ortostática, incontinencia urinaria...), parkinsonismo y disfunción cerebelosa (marcha atáxica, disartria...).

En cuanto a pruebas diagnósticas hay que tener en cuenta las pruebas de imagen entre las que ofrece mayor eficiencia se encuentra la resonancia magnética². En pacientes que presentan atrofia de múltiples sistemas podría llegar a objetivarse surcos centrales profundos junto con leve dilatación del tercer y parte del cuarto ventrículo, así como hiperdensidad del estriado como principales hallazgos. El test de mesa basculante⁴ se basa en provocar un estrés ortostático mediante una elevación pasiva de cabeza (60-80°) y tronco manteniéndola durante un tiempo aproximado de 60 minutos hasta que se desencadena bradicardia, hipotensión, pre síncope o síncope o finaliza el estudio sin hallazgos destacables. Según diversos es-

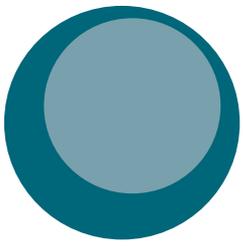
tudios cuenta con una especificidad (85-90%) mayor a su sensibilidad (65-85%) y su utilidad en cuanto a estudio de patología neurológica en este caso radica en la evaluación del síncope recurrente en el contexto de fallo autonómico o neuropatías, además de las caídas recurrentes de mecanismo incierto en el anciano. De ese modo también se podría realizar el diagnóstico diferencial⁵ entre síncope, síncope convulsivo y epilepsia, teniendo siempre en cuenta que esta prueba también se realiza de manera habitual para descartar un posible origen cardiológico en síncope y pre-síncope frecuentes. El hallazgo que esperaríamos encontrar en un caso de síndrome por fallo autonómico sería una respuesta disautonómica: caída gradual de la presión sin grandes cambios de la frecuencia cardíaca.

En el caso de nuestra paciente la hipotensión ortostática que presentaba unida a la sintomatología perteneciente a disfunción del sistema nervioso autónomo que se agravó tras pautar entacapona, apoyado con las pruebas diagnósticas realizadas incluyendo prueba de imagen y test de mesa basculante nos dio la clave para el diagnóstico final.

En Atención Primaria, debemos estar alerta de la mala evolución o cambios tanto de sintomatología como de tratamiento en los pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson y derivar con prioridad para aplicar las pruebas complementarias pertinentes, replantear el diagnóstico y modificar el tratamiento, si es preciso, no solo para controlar síntomas, sino para buscar la máxima calidad de vida en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016 [Internet] página 140. [consultado mayo 2019]. Disponible en: http://getm.sen.es/pdf/2019/Guías_GETM_2016.pdf
2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2013/ane131c.pdf>
3. Alessandra Fanciulli, Gregor K. Wenning Multiple-system atrophy. N .Engl. J. Med. 2015;372:249-63
4. A. Castrillo, C. Gil-Polo, R. Gutiérrez-Ríos, A. Mendoza-Rodríguez. Rev. Neurol. 2012;54 (Supl. 4): S23-S31
5. Parry S., Pin Tan M. (2010). An approach to the evaluation and management of syncope in adults. BMJ;340:468-474.



CASOS CLÍNICOS

5. TRATAMIENTO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE

■ Ramos Pérez A.¹; Rodríguez Sanjuan M. I.²; Viñal González M.³

⁽¹⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. Justicia. Madrid. Teléfono: 627734827. E-mail: aramosperez@salud.madrid.org

⁽²⁾ Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, C.S. Casa de Campo. Madrid.

⁽³⁾ Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, H.U. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La hipertrigliceridemia grave se define como unos niveles plasmáticos de triglicéridos superiores a 1.000 mg/dL. A pesar de que el tratamiento habitual de la hipertrigliceridemia consiste en alimentación saludable, ejercicio físico y fármacos como fibratos, en niveles tan elevados se hace necesaria una terapia más intensiva, habitualmente con insulina y heparina; y en casos extremos, plasmaféresis.

A continuación se presenta un caso clínico de un paciente con inadecuado control metabólico, incluyendo cifras de triglicéridos por encima de 6.000 mg/dL y el tratamiento recibido. Además se exponen diferentes tratamientos en función de las cifras de triglicéridos.

Palabras claves: hipertrigliceridemia, dislipemia

EXPOSICIÓN

Se trata de un paciente varón de 49 años remitido desde consultas de Dermatología por alteraciones analíticas: hiperglucemia (299 mg/dl), hipercolesterolemia (494 mg/dl), hipertrigliceridemia (6876 mg/dl). El paciente se encontraba en seguimiento por Dermatología en relación a una psoriasis que precisaba administración de Guselkumab. Salvo dicho tratamiento administrado en el hospital de día, el paciente no mantenía adherencia terapéutica, dada situación de exclusión social.

Entre los antecedentes patológicos del paciente se encuentra: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II (DM-II), dislipemia (DL), obesidad, psoriasis, abuso enólico.

La exploración física mostraba que el paciente se encontraba normotenso y afebril. La auscultación cardíaca era rítmica, sin soplos audibles; a nivel pulmonar presentaba murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; el abdomen era globuloso, blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de irritación peritoneal. Los miembros inferiores eran simétricos y sin edemas. La exploración neurológica mostraba que estaba orientado en persona, tiempo y espacio, sin signos de focalidad neurológica, ni signos de irritación meníngea.

En la analítica sanguínea (AS) aportada por el paciente se mostraba unos valores de glucemia de 299 mg/dl, colesterol total 494 mg/dl y triglicéridos 6876 mg/dl. En la AS realizada en Urgencias presentaba un hemograma sin alteraciones con glucemia de 319 mg/dl, colesterol total 299 mg/dl (HDL 10 mg/dl) y triglicéridos de 4295 mg/dl con resto de parámetros en rango de normalidad.

Con dichos hallazgos el paciente es diagnosticado de hipertrigliceridemia grave e hiperglucemia.

En ese momento se inicia perfusión de insulina regular y suero fisiológico a 4UI/h, previa administración de 10 UI de insulina regular. El paciente ingresa para control metabólico, con descenso progresivo de dichas cifras.

REVISIÓN

La hipertrigliceridemia se define como unos valores de triglicéridos superiores a 150 mg/dL, cuyas causas pueden ser primarias (< 5% del total), como el déficit de lipoproteína-lipasa (LPL), el déficit de apolipoproteína C-2 (Apo C-2) o la hipertrigliceridemia familiar; o secundarias (> 95%), como dieta rica en grasas, consumo de alcohol, la obesidad o la DM.

Criterios diagnósticos del Síndrome Metabólico (SM)	
Perímetro abdominal	≥ 88 cm ≥ 102 cm
Hipertrigliceridemia	≥ 150 mg/dL o tratamiento hipolipemiente
cHDL	≤ 50 mg/dL ≤ 40 mg/dL
HTA	TAS ≥ 130 mmHg y/o TAD ≥ 85 mmHg
Glucemia en ayunas	≥ 100 mg/dL o tratamiento para DM
Se diagnostica SM con ≥ 3 o más criterios	
<ul style="list-style-type: none"> • - mujeres • - hombres 	
cHDL - Colesterol HDL	

Desde Atención Primaria, el estudio de la hipertrigliceridemia no debe centrarse exclusivamente en discernir si es de tipo primaria o secundaria (antecedentes familiares de dislipemia, antecedentes de enfermedad coronaria precoz, dieta...), sino que también se debe supervisar el resto de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y descartar la presencia del síndrome metabólico; además de determinar si se trata de una hipertrigliceridemia aislada o una dislipemia mixta, donde se asocian niveles elevados de colesterol (colesterol total ≥ 200 mg/dL y/o colesterol LDL ≥ 130 mg/dL).

Clasificación de la hipertrigliceridemia	
Leve	150 - 199 mg/dL
Moderada	200 - 499 mg/dL
Grave	500 - 999 mg/dL
Muy grave	≥1.000 mg/dL

El tratamiento inicial de la hipertrigliceridemia leve se basa en los cambios para lograr un estilo de vida saludable con una alimentación adecuada y ejercicio físico. En cuanto a los fármacos hipolipemiantes se inician con cifras moderadas, o cifras leves en DM o en casos de prevención secundaria.

El tratamiento estrella de la hipertrigliceridemia aislada son los fibratos (gemfibrozilo, bezafibrato, fenofibrato), aunque también están indicados en las dislipemias mixtas cuando las estatinas están contraindicadas o no se toleran; o en combinación con éstas en pacientes con elevado riesgo cardiovascular que presentan dislipemia mixta con escaso control con monoterapia.

El omega-3 puede usarse como tratamiento complementario de los fibratos, aunque la recomendación es que su origen provenga de una dieta rica en pescado azul, ya que los suplementos comercializados provocan malestar gástrico con aerofagia fétida (lo

que disminuye la adherencia), además interferir con los dicumarínicos facilitando la aparición de hemorragias; y empeorar el control glucémico en pacientes diabéticos.

El resto de fármacos hipolipemiantes incluyen las estatinas y las resinas fijadoras de ácidos biliares. Los primeros se tratan de los fármacos estrella, ya que reducen los niveles de colesterol total, pudiendo reducir el cLDL hasta un 60%, además de hipercolesterolemia simple también están indicadas en dislipemias mixtas, ya que pueden reducir los TG hasta un 24%. Por otro lado, las resinas están indicadas en casos de hipercolesterolemia simple, ya que podrían elevar los triglicéridos, de hecho están contraindicados si las cifras de TG ≥ 400 mg/dL.

Sin embargo, cuando las cifras superan valores por encima de 1.000 mg/dL, existe un riesgo elevado de pancreatitis aguda por lo que se precisa un tratamiento urgente y un seguimiento estrecho para vigilar el descenso progresivo de dichas cifras.

En estos casos, los tratamientos adecuados incluyen la administración de insulina (independientemente de la condición de diabético del paciente) y heparina.

El uso de insulina se basa en su poder de aumentar la actividad de la LPL y de inhibir la expresión de Apo-C3 (proteína que degrada la LPL). En el tratamiento inicial, se utiliza una perfusión de insulina rápida, a dosis habitualmente de 0.1-0.3 UI/kg/hora y de 0.05-0.1 UI/kg/hora, para los pacientes diabéticos y no diabéticos, respectivamente, manteniendo una glucemia capilar entre 120-200 mg/dL. Tras al descenso de cifras de triglicéridos de forma progresiva hasta lograr hipertrigliceridemia moderada, se puede valorar el paso a insulina basal.

El uso de heparina, aunque menos extendido, se basa en su habilidad para liberar la LPL al torrente sanguíneo, utilizándose ya sea de forma intravenosa como subcutánea a dosis profilácticas.

En los casos de hipertrigliceridemia extremadamente elevada (> 10.000 mg/dL) o en casos que asocien de forma secundaria una pancreatitis grave, puede valorarse la plasmaféresis, ya que puede descender las cifras muy rápidamente, hasta un 70%. Ésta se realiza con intercambio de plasma y reposición de líquidos mediante plasma fresco congelado o albúmina.

En aquellos casos en los que el paciente admita medicación oral, puede iniciarse tratamiento farmacológico con fibratos de forma asociada, tanto con el uso de insulina, heparina o plasmaféresis

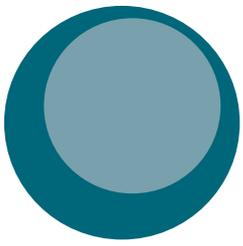
CONCLUSIONES

La hipertrigliceridemia grave requiere un manejo urgente dada la posibilidad de desencadenar complicaciones a corto plazo, siendo la más frecuente de ellas la pancreatitis.

Entre los tratamiento más estudiados en estos casos se encuentran tanto la insulina, ya sea o no un paciente diabético, como la heparina a dosis profilácticas, logrando un descenso gradual de dichas cifras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tamez-Pérez H., Sáenz-Gallegos R., et al. *Terapia con insulina en pacientes con hipertrigliceridemia severa*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2006; 44(3): 235-238.
2. Mach F., Baigent C., et al. *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk*. European Heart Journal. 2019; 41(1): 111-188.
3. Manrique Franco K., Sánchez-Vilar Burdiel O., et al. *Plasmaféresis como tratamiento de la hipertrigliceridemia grave*. Endocrinología y Nutrición. 2011; 58(6), pp. 319-320.
4. Masson W., Fernández-Otero L., et al. *Tratamiento con insulina y heparina en la hipertrigliceridemia severa*. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2012; 49:191-194.



CASOS CLÍNICOS

6. MI CABALLO ME HA ROTO EL CORAZÓN

■ Vallejo Somohano F.¹, Rodríguez Cerro M.², Sánchez Calso A.³.

⁽¹⁾ Médico Residente MFyC CS Galapagar

⁽²⁾ Médico Residente MFyC CS Torreldones.

⁽³⁾ Médico Adjunto MFyC CS Galapagar.

Se presenta caso de varón de 82 años, granjero de profesión, amante de sus animales que acude a urgencias por dolor centrotorácico de horas de evolución, disnea de moderados esfuerzos y deterioro del estado general.

Como antecedentes relevantes destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, fabricación auricular persistente y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Alérgico a metamizol y a antiinflamatorios. Se encuentra en ese momento en tratamiento con acenocumarol, dutasterida/hidrocloruro de tamsulosina, zolpidem, budesonida, torasemida, insulina humana y simvastatina.

Durante la anamnesis el paciente cuenta que acaba de fallecer su caballo, al que quería mucho, y que desde entonces comenzó con ese dolor.

A la exploración física se encuentra consciente y orientado, taquipneico y sus constantes son tensión arterial 150/70mmHg, frecuencia cardiaca de 77 lpm, y una saturación de oxígeno con gafas nasales a 2 litros del 92%. Afebril.

En la auscultación cardiopulmonar está arritmico y se encuentran sibilantes aislados. Un abdomen sin alteraciones y sin edema ni signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores.

Con todo ello, se decide realizar un electrocardiograma, en el que se aprecia una fabricación auricular con una leve elevación del segmento ST en las derivaciones V2, V3 y V4.

Dadas los resultados tanto de la exploración como del electrocardiograma, se decide el traslado del paciente a urgencias del hospital para realizar otras pruebas complementarias.

Entre las pruebas que le realizan en el hospital se aprecian un electrocardiograma similar al que le realizamos en el centro de salud, una analítica en la que destacan: leucocitos: 12.43x10³; hemoglobina de

16.9 g/dl; hematocrito de 49.5%, glucemia de 187 mg/dl, urea de 41mg/dl BUN 19mg/dl, creatinina de 1.02 mg/dl, filtrado glomerular de 68.12% y bilirrubina total de 0.9mg/dl (con unos valores de bilirrubina indirecta de 0.6 y directa de 0.3), calcio 9.2 mg/dl y potasio 3.9 mmol/L. PCR: 1.70.

Se le realiza una interconsulta al cardiólogo que le realiza una ecocardiografía y una coronariografía. En la primera de ellas aprecian: VI no dilatado ni hipertrófico. Hipoquinesia leve de segmentos medio-apicales de pared anterior, septal, lateral e inferior. Hipercontractilidad de segmentos basales. Disfunción sistólica moderada (FEVI 41%). Llenado monofásico por FA AI: moderadamente dilatada. Resto normal. En la segunda, encuentran

El diagnóstico final fue síndrome de Tako-Tsubo, también conocido como miocardiopatía por estrés o síndrome del corazón roto.

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1990, en Japón y su nombre se debe a su parecido en la angiografía a una vasija que se usa en Japón para cazar pulpos^{1,4}.

Es una miocardiopatía reversible que aparece de manera más frecuente en mujeres mayores de 70 años y presenta una menor asociación con los factores de riesgo cardiovascular que la que presentan los síndromes coronarios agudos².

La etiología por ahora es controvertida y desconocida aunque se cree que aparece relacionado tras impactos emocionales o físicos que provocan una descarga de catecolaminas que dañan el miocardio³.

En las pruebas complementarias aparecen alteraciones electrocardiográficas típicas del síndrome coronario agudo, como son las ondas T negativas o la elevación del segmento ST pero no encontramos cambios especulare ni ondas Q patológicas.

Asimismo, se aprecian gran acinesia con abobamiento apical del ventrículo izquierdo sin lesiones coronarias y un pequeño aumento de las enzimas de daño miocárdico.

Tiene un pronóstico habitualmente benigno, recuperando las alteraciones que aparecen como las arritmias, u entre ellas la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca... y la permanencia de ellas se relaciona con otros factores como la edad avanzada o la NYHA previa.

Por último y en cuanto al tratamiento (aunque también está en controversia), se divide éste en dos fases, la aguda en la que los pacientes deben ser manejados como si se tratara de un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, mantener al paciente en monitorización durante un mínimo de 24 horas, establecer antiagregación que se podrá retirar posteriormente si no hay aterosclerosis coronaria y anticoagulación si hay trombosis o riesgo de la misma. Si existiera hipotensión se debe identificar la causa y pautar sueroterapia y o vasoconstrictores periféricos.

A más largo se realiza seguimientos con ecocardiogramas cada 3 meses aproximadamente y se mantiene tratamiento con inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina y/o betabloqueantes hasta que se objective recuperación e la función ventricular⁴.

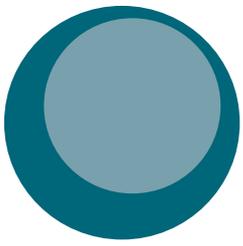
Es importante conocer este tipo de síndromes que pueden llevarnos a confusión y mal juicio diagnóstico con algo tan importante como lo es el Síndrome Coronario Agudo. Desde Atención Primaria contamos con la suerte de conocer a nuestros pacientes y de tener con ellos una relación de confianza por la que nos pueden contar ciertos detalles de sus vidas que nos pueden orientar en el diagnóstico.

La principal orientación para poder resolver este caso es el evento del fallecimiento de su caballo, que no es algo banal.

Por último, aunque no menos importante, y dada la situación de pandemia en la que nos hemos encontrado, me parece relevante destacar que en últimos estudios se han reportado un gran aumento de este tipo de patología y por ello, debemos ser capaces de integrarlo en nuestro algoritmo diagnóstico⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200014
2. <https://www.revespcardiol.org/es-caracterizacion-del-sindrome-tako-tsubo-espana-articulo-S0300893214005223>
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/broken-heart-syndrome/symptoms-causes/syc-20354617>
4. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/sindrome-de-tako-tsubo.html>
5. <https://es.jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2768093>



LA M.E.S.A. DE LA SALUD

■ Dols Juste J.
Medicina Familiar y Comunitaria
Autor de “Tu Mejor Medicina Eres Tú”
Centro de Salud Príncipe de Vergara. Madrid.
Grupo Salud Basada en Emociones de la SoMaMFyC. javierdols@telefonica.net

Cualquier profesor busca ideas para que sus alumnos consigan aprender lo que les quiere enseñar ¿verdad? Pues nosotros es como si fuésemos profesores y los pacientes nuestros alumnos. Eso supone que debemos ir buscando ideas que les ayuden a recordar los consejos que deben seguir para tener la mejor salud posible.

Fruto de esa búsqueda, y como amante de las reglas mnemotécnicas, he encontrado un acrónimo con los que considero los 4 pilares más importantes que debemos cuidar los que queremos tener una buena salud. Esos 4 pilares son como las 4 patas de una mesa, *La M.E.S.A. de la Salud*:

M = Mente
E = Ejercicio
S = Sueño
A = Alimentación

Me gusta especialmente que la primera letra sea la M de Mente. Creo que es a lo que menos caso se le hace y, sin embargo, es lo que tiene mayor margen de mejora. Nuestro cerebro es un ordenador que lleva incorporado muchos programas maravillosos, pero por desgracia no nos entregaron las instrucciones al nacer.

Así que da mucha pena ver que muchas personas parecen resignadas a transitar por su vida con una especie de maldición, la cual expresan con un lapidario: “es que soy así”. Uno puede ser así...hasta hoy, pero, igual que un premio de lotería puede acabar con por ejemplo 50 años de pobreza, también una idea poderosa o un aprendizaje fructífero pueden acabar con por ejemplo 50 años de baja autoestima.

Las cada vez más personas volcadas en enseñar a cómo gestionar las emociones, a cómo controlar las preocupaciones, a cómo alcanzar la mejor versión de uno mismo, a cómo la meditación y la atención plena nos ayudan a calmar el barullo mental, y así con otros muchos recursos para entender y mejorar nuestra forma de pensar, están consiguiendo que se vayan alcanzando cada vez mejores cotas de bienestar mental.

Y no se entiende que desde pequeños no nos hayan inculcado lo imprescindible que es el Ejercicio para la salud, tanto física como también mental. Es más fácil que se asocie el ejercicio al narcisismo, al culto al cuerpo, al estar ocioso o al disponer de mucho tiempo libre que a un hábito saludable de primer nivel.

Cuántas ansiedades se habrían mitigado, cuántas úlceras se habrían evitado, cuántos dolores de espalda se habrían suavizado y cuántos sobrepesos no habrían aparecido, amén de un larguísimo etcétera, si nos hubiesen aleccionado sobre cómo *el hombre es el único mono que no se mueve*.

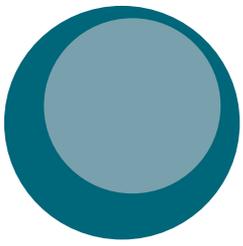
Ya lo del Sueño es de juzgado de guardia. A ver quién no ha considerado que robar horas al sueño es añadir horas a la vida o ser más productivo. Quién no ha escuchado la frase “ya dormiré en el cementerio”, cuando el cementerio tiene personas que han llegado a él por culpa de tener microsueños al volante.

Dicen que es más importante ponerse el despertador para acostarse que para levantarse. Pensar que cuando dormimos el cerebro baja la persiana es desconocer que durante el sueño el órgano más activo es el cerebro, y que hay funciones que sólo puede realizar durante el descanso nocturno. En películas y novelas sale reflejado cómo se ha torturado a prisioneros de guerra no dejándolos dormir.

Y qué no decir de la Alimentación. Afortunadamente cada vez ya hay más información y concienciación sobre su relevancia en la salud. Magníficos nutricionistas están haciendo una gran labor pedagógica. Y es que, si ya se sabía la importancia de la alimentación en la salud, ahora con los estudios sobre la microbiota está multiplicándose su relevancia.

Espero que enseñar de qué se compone esta M.E.S.A. sirva para que nuestros pacientes recuerden con más facilidad estos 4 pilares básicos para tener la mejor salud posible.

Podéis ver el dibujo con el que la represento en: <https://www.tumejormedicinaerestu.com/single-post/2020/08/26/la-m-e-s-a-de-la-salud>



EL CAFELITO

RELATO GANADOR XXVIII CONGRESO DE LA SoMaMFyC No me gustas, pero eres bienvenido

■ Herranz Calvo C.
Médico Familia. C.S. General Ricardos

Quiero dejar que entres por la puerta de la consulta, y no obligar a que te quedes fuera. Permitir que estés, que te manifiestes, que empapes las conversaciones y los diagnósticos. Hacerte un sitio a mi lado, y al suyo, entre nosotras, aún corriendo el riesgo de que te metas dentro, muy dentro.

Una caja de pañuelos de papel en la mesa legítima que estés con nosotras, que no te alejes; nos dice que eres bienvenido aunque en la sala de espera haya otros muchos esperando.

Caes húmedo por una mejilla, o tiemblas en el lagrimal de quien no quiere que yo vea que estás ahí, en lo más hondo.

Te acurrucas en el regazo de este padre primerizo que no sabe cómo coger a su pequeño, y en las manos de la madre que no tiene tiempo ni medios para atender todas las nuevas tareas que este sistema está cargando en sus hombros, haciendo aún más tuyo el diagnóstico de su pequeña.

En esta otra madre, que por no gastar mi tiempo te guardó en secreto, y sonreía mientras dividía su alma entre los cuidados de los niños que traía a consulta, los de la casa, y los recién estrenados cuidados en el hospital donde ahora vivía, sin que yo lo supiera, su hija mayor.

En esta adolescente que calla su padecimiento, y me rehúye la mirada sin moverse; y en este otro que hoy ya no puede impedir que salgas a borbotones por su boca y sus ojos enfurecidos.

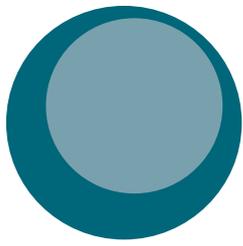
En la abuela que duda de todos sus actos en la crianza de sus nietas “porque ya soy vieja”. Y en esta madre que evita responder a mi pregunta sobre qué tal van las cosas por casa, con esa mirada que me hiela el alma, nos hiela el alma.

Todas piden disculpas cuando apareces. Como si me doliera a mi más que a ellas, como si no tuvieras que estar entre nosotras. Se disculpan porque consumes mi tiempo, que es en realidad su tiempo, y el tiempo de los que esperan fuera, a quienes también acompañas.

Reconozco que no me gustas, pero menos me gusta ver cuánto sigues doliendo cuando te hacemos de lado. Incluso más, y más profundo.

Pasa, hazte ver.

Porque con nombrarte, hacerte presente en nuestras miradas, en nuestro discurso y nuestros gestos, con un pañuelo de papel, una caricia, un apretón de manos y un abrazo, te iremos haciendo más pequeño.



TABERNA PLATÓN

CANTO A MÍ MISMA.

Taberna de Platón en tiempos pandémicos

■ Ogando Díaz B.
Especialista en MFyC. GdT de Bioética de SoMaMFyC

*(Yo soy inmenso...
y contengo multitudes).*



AKAL / BÁSICA DE BOLSILLO



*Nunca ha habido otro comienzo que éste de ahora,
ni más juventud que ésta
ni más vejez que ésta;
y nunca habrá más perfección que la que tenemos
ni más cielo
ni más infierno que éste de ahora.*

Busco un poco de aire respirable. Recuerdo que Iona Heath en su pequeña joya imprescindible **Ayudar a morir** afirma que los médicos necesitan leer (más) poesía. Así que te propongo una taberna poética de

la mano (corazón y alma) del maestro Walt Whitman¹, porque su lectura “alivia la pesadumbre de vivir” en estos tiempos de ruina pandémica, borrosos y desdibujados. Walt apuesta contundentemente por la vida sin desviar la mirada de la muerte.

*Porque yo soy el gran catador de la vida,
el que la gusta y acaricia incansable donde quiera
que se mueva,
ya marche hacia atrás o hacia delante.*

Seguro que tú también intentas no naufragar en este asfixiante mar de incertidumbre, repleto de contradicciones. ¿Dónde encontrar un puerto seguro? Aquello que nos era familiar y confortable se ha desvanecido. En su lugar, el miedo bifronte al contagio o al error fatal. Acercarse resulta peligroso. Alejarse, descorazonador. Aquella tarea de proximidad se ha convertido en virtual. Me resisto, me irrito, me indigno, me rebelo... y también... me pongo aceite esencial de lavanda en las muñecas, respiro, medito, me acerco al teléfono, cambio el fonendo por unos auriculares con micrófono, suavizo la voz y procuro conectar mis neuronas espejo a esta pantalla, a esta consulta vacía, a la silla huérfana, al silencio...

*Donde quiera que el corazón del hombre golpea
asfixiando y prisionero contra la reja dura
de las costillas...
Aquí estoy,*

Las sombras me contienen, me amenazan. Mi identidad se resquebraja, no sé si soy más Jekyll o Hyde². Siento “**el corazón partío**”. Quiero huir de todo esto. Quiero quedarme y hacer lo que sea que haya que hacer ahora. Quiero no abandonarte. Quiero que no me abandones. Quiero que me dejen en paz. Quiero protegerme y protegerte ¿a la vez? Quiero dejar de tocarte con guantes. Quiero que me veas sonreír. Quiero respirar sin entretelas. Parece que un obús haya partido todo en dos: en una de mis mitades sigue habitando lo noble, lo generoso, lo disponible; en el lado oscuro, igualmente mío, lo cobarde, lo perezoso, lo mezquino. Sé que lo real no es así, dividido. Sé que las partes del Vizconde demediado³, ambas, una

completamente buena y otra completamente mala, son insoportables, que lo único posible es la mezcla, aunque sea de aceite y de agua. Emulsionar mis yoes, mis voces corales (***Yo soy inmenso...y contengo multitudes***), mis heroínas interiores⁴. Hay en mí (¿las ves en ti?) una guerrera, una huérfana, una inocente, una vagabunda, una mártir y una maga... capas y más capas con las que necesito convivir, con las que logro sobrevivir, del laberinto al treinta, una vez más.

De la sombra surgen los iguales que se contradicen y se complementan

Pongo en cuarentena las **etiquetas idealizadas** de héroes, y al mismo tiempo, reconozco elementos heroicos en la travesía que estoy recorriendo⁵. Escucho la primera llamada con un efecto inmediato de querer rechazarla. Más tarde, inevitablemente, algo despierta en mí la necesidad de cruzar los umbrales, y me adentro en lo desconocido. Allí encuentro mentoras, aliadas y también guardianas y enemigas, enfrente las pruebas y entro en la caverna más oscura... muerte y resurrección para volver a casa con el elixir, al mundo ordinario del que partí que ya no es ni será nunca el mismo (ni el mundo ni yo, ni la “nueva normalidad”). Apegada a lo que fue, temerosa de lo que será, sigo en el camino y sigo caminando.

***Todo lo observo,
todo lo anoto,
todo este espectáculo con su resonancia me interesa,
me mezclo en él...
y luego me voy.***

Y ahora ¿qué? ¿Por dónde, con quién, cómo continuar? Si te animas, sin duda, contigo. Volviendo al

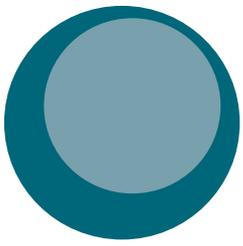
inicio, con el final del *Canto a mí mismo* del “viejo Walt”

***Me doy al barro para crecer en la hierba que amo.
Si me necesitas aún, búscame bajo las suelas de tus zapatos.***

***Apenas sabrás quién soy ni qué significo.
Soy la salud de tu cuerpo
y me filtro en tu sangre y la restauro.
Si no me encuentras en seguida,
no te desanimes;
si no estoy en aquel sitio,
búscame en otro.
Te espero...
en algún sitio estoy esperándote.***

Lecturas saludables: (si puedes, búscalos en librerías de tu barrio)

- 1. Canto a mí mismo**, de Walt Whitman. Prólogo y paráfrasis de León Felipe. Ed Akal. Puedes leerlo aquí: <https://trianarts.com/walt-whitman-nace-el-31-de-mayo-en-long-island-ny/#sthash.9JLTm8js.dpbs>
- 2. El extraño caso del Dr Jekyll y Mr Hyde**, de Robert Louis Stevenson (que puedes escuchar aquí: https://play.cadenaser.com/audio/cadenaser_unlibrounhora_20191013_050000_060000/)
- 3. El vizconde demediado**, de Italo Calvino, Ed. Siruela
- 4. El héroe interior. Arquetipos de transformación**, de Carol S Pearson. Ed Mirach
- 5. El viaje del escritor**, de Christopher Vogler, Ed. Ma non troppo



DOSIS ÚNICA SEMANAL DE INSULINA FRENTE A PAUTA DIARIA EN DIABÉTICOS TIPO 2, ¿EFICAZ Y SEGURA?

■ Fernández-Crespo P.¹, León Vázquez F.².

⁽¹⁾ Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Unidad Docente Multiprofesional de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Noroeste

⁽²⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de residentes

Profesor Asociado de la Universidad Francisco de Vitoria

Centro de Salud Universitario San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón (Madrid)

En este número presentamos un ensayo clínico que compara la eficacia y seguridad de una pauta de insulina basal diaria frente a una novedosa formulación de insulina que permite su administración semanal.

Se trata de un ensayo en fase 2, doble ciego, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de insulina diaria **Glargina 100U** comparada con insulina semanal **Icodec**, un análogo de insulina basal cuya vida media es de una semana y su pico máximo de acción 16 horas¹. Los sujetos de estudio fueron diabéticos tipo 2 (DM2) con mal control (HbA1c 7-9,5%) en tratamiento con Metformina asociada o no a inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (iDPP4)², sin insulino terapia previa. Se aleatorizó a los participantes en dos ramas de tratamiento durante 26 semanas: la mitad recibió Icodec semanal y placebo diario, la otra mitad Glargina diaria y placebo semanal, todos de administración subcutánea. Las dosis de inicio fueron Icodec 70U semanales o Glargina 10U diarias, que se ajustaron semanalmente con un objetivo de glucemia capilar basal de 70-108 mg/dl. Las dosis finales utilizadas fueron 33 U/día (231 U/semanales) en la rama Icodec y 41 U/día en la rama Glargina. El análisis fue por intención de tratar y se realizó una doble simulación.

El objetivo primario fue evaluar la eficacia mediante el cambio en las cifras de HbA1c a las 26 semanas. Los objetivos secundarios fueron valorar los cambios de glucosa plasmática en ayunas y la seguridad con el número, gravedad de las hipoglucemias y otros efectos secundarios (el estudio de seguridad se prolongó hasta la semana 31).

Se incluyeron 247 pacientes, 125 recibieron Icodec y 122 Glargina 100U. Las características basales en ambas ramas del estudio fueron similares. Once pacientes no completaron el tratamiento, 121 (-4) en la rama de Icodec y 115 (-7) en la de Glargina, por lo que la muestra final fue de 236 pacientes. Los resultados en cuanto a eficacia se muestran en la tabla 1.

Los episodios de hipoglucemia clínicamente significativa (moderada/severa) fueron similares en ambos grupos: 0,53 episodios por paciente-año en el grupo Icodec frente a 0,46 en el grupo Glargina (Hazard Ratio 1,09; IC_{95%} 0,45-2,65). Tampoco se detectaron diferencias significativas en la aparición de reacciones de hipersensibilidad ni reacciones locales en el sitio de inyección, que fueron leves y raras.

El estudio concluye que, en pacientes con DM2 mal controlados y sin tratamiento insulínico previo, la administración de Icodec en pauta semanal tiene una eficacia y un perfil de seguridad similar al tratamiento con Glargina 100U diaria. Los resultados de este ensayo clínico se presentaron durante la edición 80 de las Sesiones Científicas de la *American Diabetes Association*³.

Las recomendaciones de las guías de práctica clínica, como las de la *American Diabetes*

*Association (ADA)*⁴, *European Association for the Study of Diabetes (EASD)*⁵ o la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (redGDPS)⁶, coinciden en señalar que el tratamiento de la DM2 debe ser escalonado hasta alcanzar el objetivo de control glucémico individualizado para cada paciente. A pesar de estas recomendaciones, la inercia terapéutica es altamente prevalente y se tarda entre 1,2-4,9 años desde el inicio del tratamiento con un antidiabético oral hasta la introducción de insulina⁷.

Ya están incorporados a nuestra práctica clínica habitual otros fármacos hipoglucemiantes inyectables de pauta semanal (análogos de GLP1) que aportan beneficios por su cómoda posología, mejor adherencia que con los tratamientos diarios y una mayor satisfacción de los pacientes⁸. Estudios previos indican que los pacientes con DM2 prefieren un menor número de inyecciones y un tratamiento que les aporte mayor flexibilidad que la insulino terapia diaria habitual⁹. Si

	Glargina 100U	Icodec	
Media de HbA1c basal	7,96%	8,09%	
Media de HbA1c en semana 26 (reducción)	6,87%	6,69%	RR-0,18%; IC _{95%} (-0,38 +0.02) p = 0,08
Reducción de glucosa plasmática en ayunas	-54 mg/dl	-58 mg/dl	RR-3,9; IC _{95%} (-11,9 +4,2)

Tabla 1. Resultados de eficacia.

extrapoláramos estos datos al estudio comentado, una insulina semanal como Icodec podría aumentar la adherencia en pacientes DM2 en los que se plantea iniciar insulinización. La comodidad de su posología podría contribuir a reducir la inercia terapéutica del profesional y a una mejor aceptación de la insulino-terapia por parte del paciente mejorando su control glucémico¹⁰.

Entre las limitaciones del estudio destaca que, debido a su diseño de doble ciego, doble simulación y análisis por intención de tratar, requirió una frecuencia de ajuste de dosis idéntica en ambos tratamientos, lo que supuso que el ajuste insulínico no fue dirigido a cada tipo de insulina. Por otro lado, se excluyó del estudio

a los pacientes tratados con sulfonilureas. Se requiere ampliar la investigación, incluyendo un mayor tamaño muestral y una población más diversa en cuanto a tratamientos y grado de control, para evaluar el perfil de eficacia y seguridad de esta nueva presentación de insulina Icodec.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La Dra. Fernández-Crespo no tiene conflictos de interés en relación con este artículo.

El Dr. León Vázquez ha realizado charlas remuneradas para MSD y Novartis.

BIBLIOGRAFÍA

- Hövelmann U., Bronsted L., Kristensen N.R., et al. Insulin icodec, an insulin analog suited for once- weekly dosing in type 2 diabetes. *Diabetes* 2020; 69: Suppl. 1:237.
- Rosenstock J., Bajaj H.S., Janez A., et al. Once- weekly insulin for type 2 diabetes without previous insulin treatment. *New England Journal of Medicine* 2020; DOI:10.1056/NEJMoa2022474.
- Rosenstock J., Kjærsgaard MIS, Møller DV, et al. Once-Weekly Basal Insulin Icodec Offers Comparable Efficacy and Safety vs Once-Daily Insulin Glargine U100 in Insulin Naïve Patients with T2D Inadequately Controlled on OADs. Abstract 238-OR. Presented at the 80th Scientific Sessions of the Virtual American Diabetes Association Annual Meeting, Insulin Therapies, 18:15 CDT on 14 June 2020.
- American Diabetes Association. 8. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in Diabetes, 2018. *Diabetes Care* 2018; 41:Suppl. 1: S73-S85.
- Davies M.J., D' Alessio D.A., Fradkin J., et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2018; 61: 2461-98.
- Fundación redGEDAPS. Algoritmo de tratamiento de la DM2. 2020. [Citado 26 de noviembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.redgdps.org/algoritmo-de-tratamiento-de-la-dm2-de-la-redgdps-2020/>
- Khunti K., Gomes M.B., Pocock S., et al. Therapeutic inertia in the treatment of hyperglycaemia in patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Obes Metab* 2018; 20: 427-37.
- Mody R., Huang Q., Yu M., et al. Adherence, persistence, glycaemic control and costs among patients with type 2 diabetes initiating dulaglutide compared with liraglutide or exenatide once weekly at 12- month follow- up in a real- world setting in the United States. *Diabetes Obes Metab* 2019; 21:920-9.
- Polonsky W.H., Fisher L., Hessler D., Bruhn D., Best J.H. Patient perspectives on once- weekly medications for diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2011; 13:144-9.
- Peyrot M., Barnett A.H., Meneghini L.F., Schumm- Draeger P.-M. Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabet Med.* 2012; 29: 682-9.