

Los profesionales sanitarios se han convertido en el símbolo de la lucha frente a esta pandemia



La cara más dura de esta pandemia son los miles de personas que han fallecido, las familias que han perdido a algún ser querido y la cantidad de compañeros médicos que han luchado como titanes en esta batalla.

Desde SEMERGEN, a través de este espacio que es nuestra Gaceta Online, queremos homenajear a todos los profesionales sanitarios que, con su **heroico espíritu de sacrificio**, y

asumiendo graves riesgos y costes personales, incluso la pérdida de la propia vida, se han convertido ya en el símbolo de todas las personas, instituciones y empresas enfrentadas a esta pandemia.

Por ello, este número va dedicado a ellos y en homenaje a todos los compañeros que perdieron su vida mientras salvaban las de los demás.

La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud

EDITORIAL POR:

JOSÉ LUIS LLISTERRI CARO

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)



SUMARIO

Editorial

La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud 3

SEMERGEN Noticias

Pacientes ancianos con fibrilación auricular no están recibiendo el mejor tratamiento anticoagulante posible..... 5

Consejos para el manejo del paciente con riesgo de fractura por fragilidad durante la pandemia7

El momento de las TICs (y de los e-pacientes) en Atención Primaria..... 9

9 lecciones (y algunas recomendaciones) que deja la pandemia de coronavirus en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria11

Con miedo y sin medios: la sufrida, solitaria y desprotegida travesía del médico rural en tiempos de pandemia12

Telemedicina en Atención Primaria para estar más cerca de los pacientes.....14

SEMERGEN aporta un decálogo de recomendaciones y necesidades de Atención Primaria para afrontar con garantías el nuevo escenario sanitario que plantea la COVID-1916

Nuevas recomendaciones para las guías de tratamiento de la rinitis alérgica basadas en estudios en vida real17

La pandemia de coronavirus empeora el control de los pacientes anticoagulados...18

SEMERGEN se vuelca en proporcionar material sanitario de protección para los médicos de Atención Primaria.....20

Coronavirus en personas mayores, frágiles y dependientes: manifestaciones clínicamente atípicas y con consecuencias devastadoras 22

Valores óptimos de 25-OH vitamina D podrían reducir los factores de riesgo asociados al COVID-19 24

Asma y EPOC: comorbilidades infrecuentes pero con un diferente impacto en pacientes hospitalizados por COVID-19 25

SEMERGEN señala la anómala situación en Atención Primaria de algunos estudiantes y recién licenciados de Medicina 28

Comunicado del Foro de Médicos de Atención Primaria por el día de la Atención Primaria.....30

El Foro para la Investigación de la Cerveza y Estilos de Vida (FICYE) sigue apostando por la investigación a través de las Becas Manuel de Oya 33

11 cosas que debes saber sobre COVID-19 y enfermedades cardiovasculares y renales... y algunas son positivas 34

Poniendo el acento en los efectos “positivos” para la salud de la pandemia de coronavirus 36

Cuestionario Covid19 Trends.....38

“No se dispone de evidencia suficiente para suspender/modificar el tratamiento establecido con IECA o ARA II debido a la probable infección por COVID-19”38

Consejos de salud sobre el coronavirus (COVID-19) para personas con asma 39

‘Tardes Cardiometaabólicas’, un ciclo de webinars para actualizar conocimientos y aclarar controversias durante la pandemia en el manejo de pacientes con patologías crónicas cardiovasculares40

Gestiona la EPOC. Curso online SEMERGEN42

STAFF

Dirección
José M^a Nieto
comunicacion@semergen.es

Responsable Editorial
José Polo
jpolog@semergen.

Coordinador científico
Gustavo C. Rodríguez Roca
gcrodriguezroca@gmail.com

Redacción
José María Nieto/Raquel Mainez
comunicacion@semergen.es

Maquetación
José M^a Nieto / Raquel Mainez

www.semergen.es
Facebook: Semergen
Twitter: @SEMERGENap
www.pacientessemergen.es

© Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Jorge Juan 66, local. 28009. Madrid

Reservados todos los derechos por parte de SEMERGEN.

Más de cuarenta años han transcurrido desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata 1978)¹ y treinta y seis desde la reforma de la atención primaria en España (1984)². Sin duda, estos dos hechos históricos han marcado el impulso, la llegada y el afianzamiento de la Medicina Familiar y Comunitaria como una especialidad imprescindible para la implantación de un sistema de salud universal, equitativo, eficiente y sostenible. Sin embargo, muchas cosas han cambiado desde entonces.

En efecto, con el paso de los años, hay razones suficientes que sustentan la afirmación de que la atención primaria padece debilidades y déficits crónicos que, lejos de resolverse, se van agrandando y extendiendo con el tiempo. El Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España

2007-2012 (Proyecto AP-21)³, considerado por muchos como una excelente hoja de ruta para orientar la atención primaria al ciudadano y a la comunidad y proporcionar una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos y terapéuticos, ha quedado en una mera declaración de intenciones. También ha quedado en el olvido uno de los objetivos prioritarios de la Estrategia, como era motivar y capacitar a los profesionales para una gestión descentralizada, eficiente y participada, tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

Por todos estos motivos, surgen, desde hace años, iniciativas reivindicativas para alcanzar una atención primaria de calidad, lideradas por los profesionales de este ámbito, imprescindibles para avanzar y, sobre todo, para neutralizar el progresivo agotamiento de la misma. Las

peticiones del "Foro de Atención Primaria", recogidas en un decálogo⁴ y trasladadas, en los últimos años, a la opinión pública, a la administración y a los representantes de los principales partidos políticos de este país, incluyen entre otras medidas, reclamadas históricamente, la necesidad de incrementar el presupuesto, adecuar las plantillas profesionales a la realidad sociodemográfica de la población a atender, liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario, facilitar el acceso al catálogo completo de pruebas complementarias según indicación razonada y criterios de eficiencia clínica, consultas con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente teniendo en cuenta el contexto socio demográfico, eliminación de la actividad burocrática absurda que no tenga justificación clínica, creación de un área de conocimiento de Medicina de Familia en

todos los programas de pregrado de Medicina, así como impulsar y facilitar el acceso de los profesionales de atención primaria a las actividades de formación e investigación como herramientas claves para la eficiencia de la gestión.

Asistimos estos días del mes de junio del año 2020 a la peor crisis de salud pública a nivel internacional jamás conocida. Los datos, que se actualizan minuto a minuto, son apabullantes. En el momento de escribir esta editorial la pandemia se extiende por más de 188 países y afecta a más de 6.561.000 personas, de las que más de 391.000 han perdido la vida. En España el número de casos positivos con COVID-19 asciende a más de 240.000, el quinto país con más contagios del mundo, repartidos en todas las comunidades autónomas⁵, tras dos meses de la aplicación del Estado de Alarma.

Ante la situación de emergencia debido a la propagación del COVID-19 ha llegado la hora de seguir las recomendaciones de los expertos en salud pública, de la cooperación inter-autonómica, nacional, internacional, de la solidaridad y del trabajo sin tregua. Es el momento de la ciencia y de la investigación. Las revistas científicas más prestigiosas del mundo^{6,7}, están dando un protagonismo especial a la pandemia publicando "día a día" los resultados extraídos de la investigación basada en la evidencia. Esta información es clave en el control de la enfermedad.

Pero también es tiempo de la ATENCIÓN PRIMARIA, con mayúsculas. Los médicos de familia de este país tenemos un papel crucial en "detener" el avance del virus. Parar la transmisión en la Comunidad. Es momento de demostrar la razón de ser de la Medicina Familiar y Comunitaria y de nuestro papel en la prevención y promoción de la Salud, así como en el cuidado integral y continuado de la salud de las personas en el contexto familiar y comunitario. Debemos asumir el protagonismo que nos toca vivir en esta crisis y saber aprovechar para

impulsar el debate sobre los cambios que precisa nuestro Sistema Nacional de Salud.

Estos días, nos llegan noticias preocupantes sobre la situación que se está viviendo en los centros de salud. Falta de protocolos consensuados, desabastecimiento de material sanitario (mascarillas homologadas, guantes, equipos de protección individual, etc.), sobrecarga asistencial, agotamiento, bajas laborales por estrés, directrices de las consejerías de sanidad sobre limitación de permisos, vacaciones, en fin, problemas, algunos históricos y otros que emergen al albor de la crisis sanitaria. Habrá tiempo para reclamar el justo reconocimiento a la labor prestada, en general por todos los profesionales sanitarios, pero también por los médicos de familia en particular.

Sin duda, también habrá tiempo para recordar a la administración sanitaria el olvido vivido para con la atención primaria. Efectivamente, en la pasada década la atención primaria no ha sido una prioridad en el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad sigue en franca recesión por decisiones políticas que están reorientando el sistema a posiciones, aún si cabe, más hospitalocentristas. Aprovechemos la crisis para exigir cambiar el modelo de médico de familia burócrata al que nos ha llevado el actual sistema por otro en el que el médico de familia recupere la capacidad de decisión y se le reconozca por su responsabilidad, competencia, productividad y dedicación.

El futuro de la atención primaria en nuestro país, si queremos asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, debe parecerse poco a la situación que tenemos actualmente. Partimos de una buena base y contamos con un bagaje profesional extraordinario, pero debemos evolucionar y, sobre todo, resituarnos a la Medicina de Familia como el eje del sistema sanitario español, dotándola de los servicios, recursos y herramientas adecuadas.

Finalizo. Como decía Albert Einstein, "En medio de la dificultad

está la oportunidad". Ojalá, así sea. La maldita pandemia del COVID19 puede ser una gran ocasión para salvar la Atención Primaria de este país.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> Consultado 15 Marzo 2020.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud*. BOE. 1984 febrero 01; (27):2627-9.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 Estrategias para la mejora de la Atención Primaria Análisis de situación de la Atención Primaria*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21M arcoEstrategico2007_2012.pdf. Consultado 15 de Marzo 2020.
4. *Decálogo para una Atención Primaria de Calidad*. Foro de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.semergen.es/index.php?seccion=biblioteca> Consultado 15 de Marzo 2020.
5. *El País*. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020/03/09/actualidad/1583748887> Consultado 15 de Marzo 2020.
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. *China Medical Treatment Expert Group for Covid-19 Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*. *N Engl J Med*. 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
7. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al. *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study*. *Lancet*. 2020. pii: S0140-6736(20)30566-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

Pacientes ancianos con fibrilación auricular no están recibiendo el mejor tratamiento anticoagulante posible

Expertos reunidos en un webinar de SEMERGEN consideran que se está infrautilizando en estos casos el empleo de los nuevos fármacos, con demostrada eficacia y seguridad.

- Aseguran que en el paciente mayor con fibrilación auricular (FA), los anticoagulantes de acción directa suponen una ventaja clara frente al tratamiento anticoagulante convencional
- En España se estima que un 18% de las personas mayores de 80 años presentan FA.
- El número de pacientes mayores con FA que no reciben un tratamiento anticoagulante para prevenir las complicaciones tromboembólicas de la FA es aún elevado.

Hay muchas personas de edad avanzada que aun siendo **candidatas adecuadas para recibir un tratamiento anticoagulante** que prevenga las complicaciones tromboembólicas asociadas con la presencia de fibrilación auricular (FA) **no lo reciben**. Esto se debe, fundamentalmente, a que se mantiene la idea de que la coexistencia de ciertos factores en estas personas puede elevar el riesgo de que sufran hemorragias; sin embargo, las evidencias más recientes demuestran estas consideraciones.

Por ello, y como ha coincidido en señalar expertos de distintas especialidades reunidos en un webinar organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), es preciso **reconsiderar y ampliar el empleo de fármacos anticoagulantes en población de edad avanzada con fibrilación auricular**, más aún cuando se sabe que actualmente hay un **18% de personas mayores de 80 años que presentan FA en nuestro país** y que muchas

de ellas no están recibiendo esta terapia que puede ofrecerles importantes beneficios.

Como apunta el **Dr. José Polo**, vicepresidente 1º de SEMERGEN, "es el momento más adecuado para reevaluar el manejo que estamos haciendo en las consultas de Atención Primaria del paciente mayor con fibrilación auricular no valvular". Según señala este experto, "el día después de superar los momentos más álgidos de la crisis de la COVID-19 nos debe servir para resaltar que muchos de los pacientes en tratamiento anticoagulante han estado mal controlados durante esta pandemia, ya sea por la necesidad de espaciar sus visitas al médico o porque, a pesar de tener un buen control de los parámetros de anticoagulación, no han tenido bien controlados otros factores de riesgo (como la hipertensión arterial)".

Comunidades Autónomas han eliminado la necesidad de visados para que podamos prescribir anticoagulantes de acción directa, ha sido una medida puntual, temporal y no generalizada"; sin embargo, según demanda, "consideramos imprescindible que se suprima esta limitación y que se haga una oportuna reevaluación de los tratamientos anticoagulantes que están recibiendo muchos de nuestros pacientes".

Derribando barreras

En este webinar de SEMERGEN-VIVO se han expuesto los motivos principales por los cuales, según los expertos reunidos en este foro virtual, **se deben superar algunas tendencias establecidas desde hace años** en el manejo de las personas mayores con fibrilación auricular no valvular (la más frecuente).



De la misma forma, el representante de SEMERGEN manifiesta sus quejas sobre las **dificultades burocráticas que impiden ofrecer el mejor tratamiento anticoagulante** posible para los pacientes con fibrilación auricular. "Aunque durante esta crisis algunas

"Sabemos que es precisamente en las personas mayores de 80 años con FA donde se presentan con mayor frecuencia complicaciones trombóticas y hemorrágicas asociadas a la FA", informa el **Dr. Jesús Cebollada**, jefe de Servicio de Medicina Interna del

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza); sin embargo, matiza, “el número de pacientes mayores con FA que no reciben un tratamiento anticoagulante para prevenir las complicaciones tromboembólicas de la FA es aún elevado”.

“Es el momento más adecuado para reevaluar el manejo que estamos haciendo en las consultas de Atención Primaria del paciente mayor con fibrilación auricular no valvular”

Son diversos los factores que influyen en que la indicación de este tratamiento anticoagulante no alcance a toda la población que podría beneficiarse; entre ellos, los más importantes son el deterioro cognitivo, la presencia de comorbilidad, el riesgo de caídas, la polifarmacia o la fragilidad. Generalmente, como admite el Dr. Cebollada, “todos ellos contribuyen a que se perciba como aumentado el riesgo de sangrado en estos casos”. En cambio, como revela este experto, “disponemos de suficiente evidencia que confirma que el tratamiento anticoagulante no solo no es perjudicial en, por ejemplo, los pacientes con deterioro cognitivo incipiente, sino que retrasa la aparición de demencia, o sabemos que el beneficio de la anticoagulación excede de forma clara los riesgos de sangrado que podemos atribuir a un individuo con riesgo de caídas”.

Ventajas diferenciales de los ACODs

La FA es altamente prevalente en pacientes con comorbilidad cardiovascular, estableciéndose una íntima relación con la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica. “La coexistencia de FA y estas comorbilidades multiplica el riesgo embólico y hemorrágico del paciente, lo que obliga a una selección cuidadosa del tratamiento anticoagulante encaminado a la prevención

de fenómenos tromboembólicos en el contexto de FA”, indica el Dr. Manuel Almendro, de la Unidad de Investigación Cardiovascular y Ensayos Clínicos del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

Este sentido, el Dr. Almendro subraya que “los anticoagulantes orales de acción directa (ACODs), en comparación con los antagonistas de la vitamina K, han demostrado un perfil de eficacia y seguridad más favorable en todos los escenarios clínicos, incluyendo los subgrupos de mayor riesgo como los pacientes diabéticos, con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, en los que la elección del anticoagulante con mejor perfil de seguridad, que además mantenga la mejor eficacia, resulta fundamental para obtener los mejores resultados en la práctica clínica”.

Idéntica apreciación realiza el Dr. Jesús Cebollada, para quien no cabe duda que, como se ha recordado en este webinar, la población mayor estuvo bien representada en los ensayos pivotaes de los cuatro ACODs disponibles, suponiendo hasta un 40% de los sujetos incluidos. A raíz de estos ensayos, y como resume el Dr. Cebollada, “se evidencia que los ACODs tienen una eficacia al menos equiparable a los AVK con un perfil de seguridad superior, incluso en poblaciones de riesgo aumentado como son los sujetos con riesgo de caídas o con insuficiencia renal leve-moderada”; de hecho, por ejemplo, estos fármacos están reconocidos en la actualidad en las guías de práctica clínica como el tratamiento de elección para la prevención del ictus en pacientes mayores con fibrilación auricular no valvular por delante de los AVK.

Aclarando dudas sobre la FANV

En este webinar también se han podido aclarar algunas dudas y controversias que existen, incluso, sobre el propio término de Fibrilación Auricular no valvular (FANV). Como detalla el cardiólogo Manuel Almendro, “se ha venido utilizando para referirnos a la

FA que no estaba ocasionada, o coexistía con una estenosis mitral significativa (de grado moderado-severo) de etiología reumática, o bien aquella FA de pacientes portadores de una prótesis valvular cardíaca metálica”.

El término ha creado tal confusión en la comunidad científica que las últimas guías de manejo de la FA de la Sociedad Europea de Cardiología del año 2016 desaconsejan su uso para hablar simplemente de FA secundaria a estenosis mitral significativa o a prótesis valvular metálica y FA en el contexto de otras entidades, entre las que se encuentra cualquier valvulopatía distinta a una estenosis mitral significativa de origen reumático (incluyendo las prótesis valvulares cardíacas de origen biológico).

Importancia de la FA

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica diaria. Se trata de una taquiarritmia supraventricular en la que la aurícula se activa de manera descoordinada sin contracción efectiva, reemplazando a la actividad sinusal normal.

“Se evidencia que los ACODs tienen una eficacia al menos equiparable a los AVK con un perfil de seguridad superior”

Su prevalencia se aproxima al 2% en la población general, y aumenta con la edad (6-8% en mayores de 75 años). La FA se asocia de forma independiente a un aumento del riesgo de mortalidad y a un incremento de morbilidades, tales como accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, deterioro cognitivo y demencia vascular. También se relaciona con una menor calidad de vida, mayor hospitalización y mayores costes sanitarios.

El contenido completo de este webinar ya está disponible en en-vivo.semergen.es, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

Consejos para el manejo del paciente con riesgo de fractura por fragilidad durante la pandemia

Más del 80% de las personas con COVID-19 en España superan los 70 años de edad y la gran mayoría de ellas presentan comorbilidades; entre ellas, la osteoporosis es una de las más habituales, especialmente entre las mujeres. Un webinar de SEMERGENVIVO ha revisado la situación del paciente con riesgo de fractura por fragilidad durante la pandemia, aportándose algunos consejos prácticos.

Aunque el hecho de tener osteoporosis no aumenta el riesgo de tener coronavirus, su presencia contribuye a incrementar las comorbilidades en personas con COVID-19 y les confiere una mayor susceptibilidad a sufrir una fractura por fragilidad. Este hecho, junto a la evidencia de que más del 80% de las personas que han documentado la presencia de COVID-19 en España son mayores de 70 años y presenten generalmente comorbilidades, hacen aún más necesario en estos momentos una evaluación y seguimiento especialmente exhaustivo en Atención Primaria de las personas que tienen una osteoporosis diagnosticada.

Así lo han puesto de relieve los doctores Rafael Micó, secretario general de SEMERGEN, Carlos Gómez Alonso, médico de la Unidad del Metabolismo Óseo del Hospital Universitario Central de Asturias, y Cristina Carbonell, médico de Familia y miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN. Como ha destacado al principio de su charla el Dr. Gómez, “el efecto devastador, en términos de mortalidad de la Covid-19 en población anciana, puede estar condicionado por el propio proceso del envejecimiento que promueve un estado inflamatorio en la mayoría de los tejidos”.

El problema de la adherencia terapéutica

Durante esta reunión virtual se ha planteado cómo manejar al paciente con riesgo de fractura por fragilidad en el contexto actual de

pandemia por coronavirus; en concreto, como ha señalado el Dr. Micó, “se ha revisado cómo ha afectado la Covid-19 a los pacientes con fracturas previas, se ha evaluado la situación actual de ingresos por fracturas, se han descrito los déficits y mejoras que deben introducirse en la continuidad de los cuidados y la prevención de nuevas caídas en este grupo de población y se ha puesto también el acento en la adherencia al tratamiento”.

“Hay un estudio ecológico por países que sugiere una mayor mortalidad por Covid en función de sus niveles de vitamina D, así como otros que documentan generalmente valores de vitamina D más bajos en pacientes con Covid”.

Y es que, como ha subrayado el Dr. Rafael Micó, que ejerce como médico de Familia en el Centro Fontanars dels Alforins del Departamento Salud Xàtiva-Ontinyent (Valencia), “uno de los principales problemas a los que se enfrentan los pacientes osteoporóticos es el cumplimiento terapéutico, ya que alrededor de un 50% abandonan el tratamiento antes de terminar el primer año”.

Por ello, como ha aclarado la Dra. Cristina Carbonell, directora de EAP Via Roma (Barcelona), “recalcar la importancia de cumplir con el tratamiento prescrito en pacientes con osteoporosis

sigue siendo clave, y más aún en estos momentos”; y es que, añade, “cuando se abandona el tratamiento se pierde gran parte del beneficio obtenido”. A su juicio, “un adecuado seguimiento telefónico o a domicilio del paciente ayuda a minimizar este problema, así como a evitar nuevas fracturas”.

Y es que resulta clave identificar y tratar lo antes posible un paciente que ha sufrido una fractura, “para disminuir el riesgo que sufra nuevas fracturas, con la morbilidad-mortalidad que lleva asociada y merma de la calidad de vida”, ha afirmado la Dra. Carbonell.

Ventajas frente a la COVID-19 del paciente osteoporótico tratado

Pero, además, se ha puesto de relieve que los pacientes con osteoporosis que reciben tratamiento para hacer frente a esta enfermedad y evitar sus complicaciones (las caídas y fracturas óseas) parecen mostrar una respuesta diferenciada respecto a la población general frente a la COVID-19. Como ha expuesto el Dr. Carlos Gómez, “los pacientes con osteoporosis en tratamiento médico pueden tener ciertas ventajas respecto a los no tratados”.

En concreto, se ha demostrado que la vitamina D modula el sistema inmune. Según ha citado el Dr. Gómez, “Hay un estudio ecológico por países que sugiere una mayor mortalidad por Covid en función de sus niveles de vitamina D, así como otros que documentan generalmente valores de vitamina D más bajos en pacientes con Covid”.

Actualmente, hay en marcha numerosos ensayos clínicos para testar esta hipótesis.

Junto a esto, se cuenta actualmente con varios estudios que demuestran una mejor supervivencia en la UCI, sea cual sea el motivo de ingreso, en los pacientes con tratamientos previos con bisfosfonatos. Además, estudios experimentales en animales muestran que el ácido zoledrónico puede aumentar la esperanza de vida en estos casos. Por su parte, denosumab, debido a su efecto sobre células monocito-macrófagos y como inhibidor de diferenciación osteoclástica, podría modular la respuesta hiperinmune observada en la Covid-19.

Un aspecto esencial a garantizar en estos casos, como ha asegurado el Dr. Carlos Gómez, es la continuidad terapéutica, “especialmente con aquellos fármacos que no se acumulan en el hueso y cuyo efecto es reversible a corto plazo”.

“La pandemia de coronavirus no es excusa para relajar ninguna de estas medidas; al revés, debería ser un aliciente para implementarlas aún con mayor rigor y de manera más estricta”.

Consejos a seguir

Y es que mantener el tratamiento osteoporótico prescrito resulta fundamental, más aún cuando “se espera un rebrote de fracturas tras el confinamiento, por aumento de caídas secundarias a la atrofia muscular y la inestabilidad”, prevé el Dr. Carlos Gómez, quien ha sugerido que “las fracturas por fragilidad seguramente han disminuido durante el confinamiento, posiblemente por menor actividad/riesgo de caídas”.

En concreto, para afrontar las posibles consecuencias del confinamiento en pacientes con osteoporosis, se insiste en la implementación de medidas básicas de prevención. “La atrofia muscular y la rigidez articular debe prevenirse siempre, y especialmente durante el confinamiento, con ejercicios

sencillos, baile?”, ha indicado el Dr. Carlos Gómez, quien ha aconsejado que, “aparte de los ejercicios preventivos, pueden evitarse caídas con el uso de calzado adecuado, una ayuda (bastón/paraguas), gafas apropiadas o el control exhaustivo del empleo de medicación sedante en horas de actividad”. A modo de ejemplo concreto, este experto ha informado que “es más eficiente para recuperar hueso y músculo, y tiene menor riesgo de caídas, subir que bajar escaleras, aunque sea muy despacio”.

En cuanto a otras medidas esenciales a implementar, el webinar ha servido para subrayar la necesidad de hacer prevención primaria para evitar la enfermedad, prevención secundaria para evitar la fractura y prevención terciaria para evitar las consecuencias de la invalidez producida por la fractura. Y es que, según se ha destacado, “los efectos de esta enfermedad no sólo afectan a la calidad de vida sino que, también, incrementan el coste asistencial tanto directo como indirecto”, han coincidido en señalar los participantes en esta reunión.

Realizar ejercicio físico, no fumar, moderar el consumo de sal y consumir un aporte adecuado de calcio y vitamina D, evitar las caídas y tener buena adherencia al tratamiento son algunas de las recomendaciones para prevenir la osteoporosis. “La pandemia de coronavirus no es excusa para relajar ninguna de estas medidas; al revés, debería ser un aliciente para implementarlas aún con mayor rigor y de manera más estricta”, según el Dr. Micó.

Además, y sin incumplir las restricciones actuales de distanciamiento social, se deben fomentar las interrelaciones personales después de una fractura por fragilidad (algo probablemente más fácil de lograr en un medio rural que urbano).

Frecuentes y con importantes consecuencias

La osteoporosis es una enfermedad crónica de elevada prevalencia y que supone un alto coste económico y social en nuestro país. En España unos 3 millones de personas sufren esta patología, siendo las mujeres las más afectadas.

Es una enfermedad silenciosa caracterizada por la pérdida de densidad ósea y cambios en la microestructura de los huesos. “Clínicamente la osteoporosis es asintomática hasta que aparecen sus principales complicaciones, que son las fracturas óseas”, ha destacado la Dra. Carbonell; por ello, según esta experta, “en su fase inicial es importante identificar factores de riesgo que permitan indicar una densitometría y proceder al diagnóstico y tratamiento correspondientes”.

Numerosos estudios confirman que la presencia de osteoporosis eleva sustancialmente el riesgo de fracturas. Según detalla el Dr. Rafael Micó, “en ello intervienen dos factores: la caída y una menor cantidad y calidad del hueso, por lo que es necesario intervenir sobre ambas cuestiones, desarrollar medidas para evitar la aparición de fracturas y añadir soluciones terapéuticas para incrementar la masa ósea”.



El momento de las TICs (y de los e-pacientes) en Atención Primaria

La pandemia causada por el SARS-Cov-2 pone en valor la trascendental contribución de las nuevas tecnologías en la prestación de servicios básicos de salud

- Expertos reunidos en un webinar de SEMERGEN destacan que recursos tales como el telediagnóstico, los telecuidados y las videoconsultas constituyen ahora más que nunca una gran oportunidad de mejora en la calidad asistencial
- Además, se considera que las nuevas tecnologías (NNTT) facilitan también la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios sanitarios.
- Según el Dr. Luis Tobajas, “las NNTT pueden contribuir de manera decisiva a desarrollar sistemas sanitarios sostenibles a largo plazo”
- Preocupa especialmente la creciente aparición de bulos, que generan un importante “daño”.

La actual pandemia de coronavirus está provocando una acusada transformación de los sistemas sanitarios, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. Este cambio viene marcado, especialmente, por la **adopción y generalización de nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)** y, entre otras muchas consecuencias, **está impulsando la figura del denominado e-paciente.**

Así lo han puesto de relieve representantes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en un webinar de ‘SEMERGENVIVO’, moderado por el **Dr. Vicente Caballero Pajares**, Director General de Planificación, Formación y Calidad de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura y excoordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN.

Tal y como se ha puesto indicado este foro, hasta ahora la transformación digital e implementación de la innovación tecnológica y de las TICs se estaba produciendo con un ritmo demasiado pausado y gradual en el ámbito de la salud (más que en otros sectores). Sin embargo, ahora se advierte una **aceleración en este ámbito**, que es evidente en Atención Primaria (AP), así como se asume que **la situación actual y futura va a forzar a realizar cambios en la forma de trabajar en las consultas médicas.**

Carencias en AP...

Como destaca el **Dr. Raúl Piedra Castro**, médico de Familia del Centro de Salud Azuqueca de Henares (Guadalajara) y secretario del grupo de trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN, “en Atención Primaria hemos tenido que reinventarnos y adaptarnos a una nueva situación en la que el contacto físico con el paciente ha sido reemplazado por la llamada telefónica”. Esto ha motivado, por ejemplo, la realización de anamnesis telefónica extrayendo información valiosa de la voz de los pacientes, “por lo que a nuestro entorno de incertidumbre clínica habitual se ha sumado la limitación de la distancia física”, admite este experto, quien considera que “la situación actual ha demostrado la gran capacidad de adaptación de los profesionales de la Atención Primaria y también las carencias del sistema”.

Se advierte en el ámbito de la Atención Primaria un **ecosistema tecnológico desértico**; incluso, como ejemplifica el Dr. Raúl Piedra, “si tenemos déficits de líneas telefónicas en nuestros centros

sanitarios cómo vamos a esperar sistemas de videoconferencia avanzados”. Pero, además se aprecia una **formación en tecnologías muy desigual entre los profesionales**, por lo que “la alfabetización digital de profesionales y ciudadanos es una asignatura pendiente”, subraya el experto de SEMERGEN, quien también llama la atención sobre el riesgo que existe, ante la falta de infraestructura de comunicación digital oficial, de que “algunos profesionales pongan en marcha iniciativas personales con WhatsApp o videollamadas, que podrían tener dolorosas consecuencias legales atendiendo a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales”.

“Alrededor de un 60% de las visitas médicas programadas podrían realizarse de forma telemática”

...Y nuevas oportunidades

Con todo, y a pesar de las dificultades, hay aspectos que arrojan optimismo sobre la implantación de TICs en AP. Según reconoce el **Dr. Luis Tobajas**, médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sarolino (Cáceres), “el conocimiento detallado de nuestros pacientes a lo largo de su ciclo vital y la confianza forjada a lo largo de todos estos años de seguimiento en el mismo cupo nos permite ser muy resolutivos telefónicamente o por videoconsultas”. Además, según su impresión, “creo que a marchas forzadas estamos mejorando sustancialmente nuestras habilidades clínicas con el teléfono y videoconsultas”.

Durante esta pandemia de coronavirus, “las TICs en general, y la telemedicina, el telediagnóstico, los telecuidados y las videoconsultas en particular, constituyen ahora más que nunca una gran oportunidad de mejora en la calidad asistencial”, según el Dr. Tobajas, quien también considera que “están contribuyendo a mejorar la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios sanitarios”. Incluso, según este colaborador de la Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria de Cáceres, “las TICs pueden contribuir de manera decisiva a desarrollar sistemas sanitarios sostenibles a largo plazo, lo que justifica su enorme interés económico, social y político”.

“En redes sociales estamos asistiendo a un festival de ‘fake news’ nunca antes visto”

Por ello, se hacen algunas peticiones específicas. Como resume el Dr. Luis Tobajas, “los sanitarios 2.0 tenemos la **responsabilidad ineludible de capacitarnos y alfabetizarnos digitalmente para mejorar nuestro desempeño profesional, y así ofrecer una atención sanitaria cada vez mejor y adaptada al nuevo paradigma digital**”. Pero, además, se exige trabajar en un **Plan Estratégico de Transformación Digital**, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que permita a todas las Comunidades Autónomas, también en aquellas más despobladas, evolucionar de manera más o menos homogénea. Como resume el Dr. Raúl Piedra, “la tecnología abre canales nuevos de comunicación y acerca a los pacientes a su profesional sanitario”; partiendo de esta realidad, a su juicio, “ésta es una **oportunidad única para apostar por avanzar en el uso de tecnología en Atención Primaria**”.

COVID-19 y la emergente figura del e-paciente

Lo que también resulta evidente, según los participantes en

este webinar, es que la COVID-19 está potenciando un nuevo tipo de ciudadanos, un nuevo tipo de pacientes, capaces de aprovechar las herramientas que tienen a su alcance para comunicarse mejor y para participar socialmente, y también para todo aquello que tenga que ver con su salud: son los llamados **e-pacientes**. “Son ciudadanos capacitados a partir del conocimiento adquirido (mediante el autoaprendizaje de la literatura, Internet y redes sociales) para autocuidarse y ayudar a los demás; ahora más que nunca el paciente debe ser el verdadero protagonista”, explica el Dr. Tobajas.



Conseguir e-pacientes significa tener personas en consulta con capacidad de toma de decisiones compartidas, personas que aprenden de los profesionales, lo que conlleva la obligación de brindar a la ciudadanía más información, herramientas y una participación más fácil y accesible en aquellos temas que le afectan en primera persona. En opinión del Dr. Tobajas, “**la COVID-19 ha creado una población más solidaria y comprometida, por este motivo están haciendo un uso más racional del servicio sanitario**”.

Ahora se utiliza el teléfono, la videoconsulta, las redes sociales y el correo electrónico para atender muchos de los problemas de salud, así como para solventar diferentes temas burocráticos.

“La estimación que disponíamos antes de la actual crisis del coronavirus era que alrededor de un 60% de las visitas médicas programadas

podrían realizarse de forma telemática, y todo parece indicar que en estos momentos está siendo así en la mayor parte de España”, asegura el Dr. Luis Tobajas.

La creciente amenaza de bulos

Sin embargo, también existen crecientes amenazas, como la **enorme cantidad de bulos** que se difunden por las distintas redes sociales y que llegan casi a diario a las consultas de Atención Primaria. “El gran problema es que se trata de información no contrastada, no verificada y que genera un daño con un fenómeno en dominó que es terrorífico para la salud de nuestros pacientes”, señala el Dr. Tobajas.

En la misma línea se expresa el Dr. Raúl Piedra, quien resalta sobre todo que “en redes sociales estamos asistiendo a un festival de ‘fake news’ nunca antes visto”. En su opinión, “el profesional de la salud puede contribuir a contrarrestar estas informaciones falsas y muchas veces malintencionadas”; para ello, “el médico de Familia puede y debe ser un informador veraz que recomiende fuentes de información fiables”.

“La alfabetización digital de profesionales y ciudadanos es una asignatura pendiente”

El contenido **completo de este webinar ya está disponible en envivo.semergen.es**, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

Valores óptimos de 25-OH vitamina D podrían reducir los factores de riesgo asociados al COVID-19

La pandemia mundial originada por el **nuevo coronavirus SARS-CoV-2** ha puesto a prueba en gran medida a la **comunidad médica**, la cual ha tenido que aprender sobre el terreno a enfrentarse a una crisis de salud sin precedentes en nuestra historia reciente.

En este periodo, ha sido amplio el debate existente en torno al papel de la hormona D como factor modulador del sistema inmune. Específicamente, se ha sugerido que **unos buenos niveles de 25-OH vitamina D (calcifediol) favorecen un adecuado mantenimiento de la inmunidad y pueden reducir el riesgo de infecciones**ⁱⁱ.

La hormona D parece poseer efectos antiinflamatorios, mediando en la respuesta innata y adaptativa del sistema inmune a través del receptor de vitamina D (VDR). La activación de este receptor lleva a la transcripción de productos génicos que inician toda una cascada inmune regulatoria. Además, la evidencia científica ha puesto de manifiesto que los niveles deficitarios de **25-OH vitamina D pueden contribuir al síndrome de dificultad respiratoria aguda**ⁱⁱ.

En los últimos meses, y dada la experiencia clínica en COVID-19 acumulada, han surgido multitud de investigaciones centradas en la hipótesis de que la **hormona D podría ser una herramienta para reducir los factores de riesgo frente al COVID-19**. En este sentido, distintos expertos aluden al tratamiento de hipovitaminosis D como posible forma de evitar este tipo de infeccionesⁱⁱⁱ.

En una investigación llevada a cabo en Turín se observó que existía un alto número de pacientes COVID-19 graves con niveles deficitarios de **25-OH vitamina D**. Este documento propone que **la hormona D ciertamente no es**

una cura, sino una herramienta para reducir los factores de riesgoⁱⁱ.

En un ensayo llevado a cabo por investigadores estadounidenses, se recomienda, en aquellos pacientes de riesgo ante el COVID-19, **considerar la suplementación con 10.000 IU/d durante unas pocas semanas, para incrementar rápidamente sus concentraciones de 25-OH-D, seguida de un refuerzo de 5.000 IU/d**.

El objetivo, según proponen estos expertos, sería el de incrementar las concentraciones de 25-OH-D hasta los 40-60 ng/mL. En el caso de los pacientes ya contagiados por el virus, los investigadores señalan que **dosis más altas de vitamina D podrían resultar de utilidad**ⁱⁱ.

En la misma línea, recientemente, ha comenzado un **estudio en nuestro país con calcifediol, promovido por la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO)**.

Este estudio pretende evaluar si **el calcifediol podría disminuir la necesidad de ventilación invasiva e ingresos en UCI de pacientes adultos recién hospitalizados con diagnóstico de COVID-19**, una vez comprobado que la deficiencia grave de vitamina D constituye un hallazgo común en los pacientes con esta patología.

Con estas novedades, se muestra la enorme importancia que supone para personas de avanzada edad con patologías asociadas **mantener unos adecuados niveles de 25-OH vitamina D**, pues ello podría tener **un efecto en la reducción del riesgo de infecciones respiratorias de origen viral**, incluidas las causadas por coronavirus, y ayudar a neutralizar el daño pulmonar causado por la hiperinflamación. Aun

así, debemos ser prudentes con estas publicaciones iniciales muy incipientes, que probablemente necesiten mayor respaldo de evidencia científica tal como el que el ensayo clínico promovido por FIBICO pueda dar.

Para más información acerca del papel de la hormona D en la prevención y tratamiento de diferentes patologías, puede visitar el recurso formativo que Faes Farma pone a su disposición en: <https://advancedkit.faesfarma.com/?Destacado-Home>



Bibliografía

- i. A. Gatenby P, Lucas R, Swaminathan A. Vitamin D Deficiency and Risk for Rheumatic Diseases: An Update. *Curr Opin Rheumatol.* 2013;25(2):184-191. doi:10.1097/BOR.0b013e32835cfc16
- ii. William B. Grant, Henry Lohore, Sharon L. McDonnell, Carole A. Baggerly et al. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients Review.* Published: 2 April 2020
- iii. Giancarlo Isaia ed Enzo Medico, Università degli Studi di Torino. Possibile ruolo preventivo e terapeutico della vitamina D nella gestione della pandemia da COVID-19. *Torino, 25 marzo 2020*

9 lecciones (y algunas recomendaciones) que deja la pandemia de coronavirus en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria

Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, así como aumentar la dotación de recursos y la capacidad de resolución, principales exigencias

- La Atención Primaria y la red de Farmacias Comunitarias están siendo un pilar básico para el Sistema Nacional de Salud en el manejo de esta pandemia
- Representantes de SEMERGEN y SEFAC demandan un mayor esfuerzo para integrar las nuevas tecnologías en el SNS
- Exigen una estrategia conjunta de actuación en la realización de tests de la COVID-19 en la Atención Primaria

La Atención Primaria y la red de Farmacias Comunitarias han sido claves para sustentar el Sistema Nacional de Salud en esta primera oleada de la pandemia de coronavirus. Se ha podido afrontar este inmenso reto con éxito gracias, fundamentalmente, a la profesionalidad, dedicación y sacrificio de todos los profesionales que integran estos colectivos sanitarios, y a pesar de no contar con los recursos técnicos y humanos deseables, ni con un óptimo sistema de coordinación entre niveles asistenciales.

Así lo han puesto de relieve representantes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en un webinar de 'SEMERGENVIVO', donde han expuesto algunos de los problemas sufridos. Además, para evitar repetir errores del pasado y aumentar la eficiencia del sistema sanitario ante el nuevo contexto sanitario que emerge, y ante el presumible rebrote de coronavirus, han aportado posibles soluciones para afrontar con más garantías el futuro.

Esta reunión virtual ha estado moderada por el **Dr. Vicente Olmo**

Quintana, responsable del Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Gran Canaria y secretario del Grupo de Trabajo de Gestión del medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Como ponentes han participado **Jesús C. Gómez**, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), y la **Dra. Laura Aliaga Gutiérrez**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Sevilla la Nueva (Madrid) y coordinadora del Grupo de Trabajo de Gestión del medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN. Entre estos expertos han extraído 9 ideas, que reflejan tanto la situación vivida en los últimos meses como los déficits a superar y las vías de colaboración futuras:



1. La crisis sanitaria por COVID-19 debe aprovecharse para **evaluar el Sistema Nacional de Salud (SNS) actual y rediseñar estrategias** que lo hagan mucho más eficiente, dotando de más recursos y capacidades resolutorias a la Atención Primaria.
2. Se han puesto de manifiesto **debilidades**, sobre todo en la **organización** de los flujos de

pacientes y la **coordinación** entre niveles asistenciales.

3. Se ha mostrado la existencia de un **SNS fuerte y preparado** para afrontar cambios importantes **en lo referente al personal sanitario**, altamente cualificado, dispuesto a asumir los cambios necesarios para afrontar una crisis extraordinaria; además, se ha evidenciado la existencia de **estructuras sólidas**, como la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria y la red de Farmacias Comunitarias, que han supuesto un pilar básico para el SNS.
4. Ha llegado el **momento de integrar las nuevas tecnologías al SNS**, compartir información, entre profesionales sanitarios para fomentar el uso de aplica-

ciones para mejorar la atención a pacientes crónicos y polimedificados, así como en pacientes ubicados en residencias.

5. El papel de la Atención Primaria durante **esta crisis ha reforzado la confianza social en sus profesionales de salud** y ha puesto de manifiesto estar suficientemente capacitados para el uso de los fármacos

indicados para cada paciente y que cuenten con la evidencia científica necesaria, con el apoyo de los farmacéuticos de AP y de farmacia comunitaria.

6. **Se precisa apoyo institucional** y de los responsables de las organizaciones sanitarias para poner en marcha los proyectos y protocolos necesarios **para lograr mejorar la coordinación entre niveles asistenciales**, con la ampliación de plantilla de médicos de AP, farmacéuticos comunitarios y de AP.

7. **La Mesa de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad no se ha tenido en cuenta** para aportar ideas o soluciones durante la crisis sanitaria, cuando debería ser un referente por áreas para solucionar los problemas que surjan en este entorno.
8. Durante la crisis del COVID-19, **la Atención Domiciliaria ha sido fundamental**. Para seguir ofreciendo este servicio de forma coordinada y eficiente, se requieren protocolos de actuación conjuntos entre Medicina,

Farmacia y Enfermería de AP y Farmacia Comunitaria.

9. Se precisa una **estrategia conjunta de actuación en la realización de tests de la COVID 19** en la Atención Primaria, con implicación de los diferentes agentes de salud.

El contenido **completo de este webinar ya está disponible en en.vivo.semergen.es**, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

Con miedo y sin medios: la sufrida, solitaria y desprotegida travesía del médico rural en tiempos de pandemia

La Medicina Rural ha tenido que asumir una abrupta transformación en los últimos meses, ejerciendo un papel esencial en la contención y control del coronavirus...y de otras enfermedades

- Se han tenido que afrontar importantes déficits de recursos de protección sanitaria.
- Se han vivido algunos episodios de rechazo y recelo entre la población a la figura del médico rural
- En pocas semanas se ha tenido que pasar de una relación generalmente cercana y directa a la atención telemática y telefónica, sin contar con la formación ni los medios necesarios
- La situación vivida ha puesto de relieve la necesidad de dotar adecuadamente a la Atención Primaria desde la administración, con más plantilla y medios?, apunta el Dr. Rafael Micó

Los **médicos de Familia que atienden a la población en el ámbito rural** han sido uno de los colectivos sanitarios más **infravalorados** e 'invisibles' en el manejo de la actual pandemia de coronavirus; sin embargo, **han jugado un papel esencial**, tanto en la contención de esta enfermedad como, sobre todo,

en el **manejo diario de patologías y enfermos crónicos** que, junto al miedo y efecto del coronavirus, han seguido precisando la atención médica habitual para sus enfermedades previas o de nueva aparición.

sus rutinas de trabajo durante estos últimos meses.

Al mismo tiempo, y como ha subrayado el **Dr. Rafael Micó Pérez**, secretario general de la Junta



Así lo han puesto de relieve médicos de Familia en un webinar organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) dentro de su plataforma online (SEMERGENVIVO), subrayando tanto la **escasez de medios humanos y técnicos**, y sobre todo **de protección**, como la imperiosa necesidad de adoptar **cambios sustanciales en**

Directiva de SEMERGEN, *"la situación actual ha puesto de manifiesto la importancia de ser el médico de referencia del paciente, por el conocimiento que tenemos él y de su entorno social y familiar, lo que resulta esencial para valorar el impacto que esta pandemia puede estar causándole en su salud mental o en la agudización de cualquiera de sus patologías"*

previas". Por ello, añade, "Es muy importante que sea su médico de Familia quien tome las decisiones sanitarias, para evitar medidas no adecuadas (y más en estos momentos)".

La falta de EPis

Uno de los principales problemas a los que aún, a día de hoy, están teniendo que enfrentarse los médicos rurales es al **déficit de equipos de protección individuales (EPis)**. Como resume gráficamente el **Dr. Alfonso Barquilla García**, médico de Familia en el Centro de Salud Trujillo (Cáceres), "la **pandemia de COVID 19 nos ha llevado de viaje a escenarios que ni siquiera sospechábamos, como si todos hubiéramos sido un colectivo Charles Marlow (personaje de ficción creado por el escritor Joseph Conrad), trasladándonos desde nuestro Londres de cabecera al interior del Congo; además, hemos hecho este viaje solos, sin planos, sin maestros, sin líderes y sin protección adecuada**".

En el entorno rural, los profesionales sanitarios han tenido que **adaptar los protocolos de protección a las circunstancias del entorno**. Como describe la **Dra. Ana de Santiago Nocito**, médico de Familia del EAP Cogolludo (en Guadalajara), "para poder atender tres avisos seguidos en poblaciones cercanas hemos tendido que echar mano de ingenio y buen humor: hemos protegido el coche con bolsas de basura en los asientos y film transparente en el volante, y nos hemos puesto tantos equipos de protección como domicilios teníamos que visitar, para evitar contaminar el coche e infectar a los siguientes pacientes".

Y es que **el apoyo de la población ha sido importante** para paliar muchos de los déficits detectados. Según afirma el Dr. Rafael Micó, que ejerce como médico de Familia en el Centro Fontanars dels Alforins del Departamento Salud Xàtiva-Ontinyent (Valencia), "hay que poner en valor la **ayuda desinteresada y colaboración ciudadana ante la falta de EPis, sobre todo en las primeras semanas**". De la

misma manera agradece la **coordinación con el Ayuntamiento y los agentes locales**, que "es clave para suplir muchas carencias que tenemos en el medio rural". A su juicio, "la situación vivida ha puesto de relieve la necesidad de dotar adecuadamente a la Atención Primaria desde la administración, con más plantilla y medios técnicos".

Una 'víctima' colateral: la relación con los pacientes

Sin embargo, también se han generado ciertas reticencias. Atendiendo a su experiencia personal, la Dra. Ana de Santiago Nocito reconoce que "ahora que anunciamos la vuelta a la actividad presencial, aparece el sentido común profundo de la gente del campo y no quieren que vayamos. Se encuentran bien, no hay coronavirus y sienten que cualquiera que entre al pueblo es un riesgo. Prefieren quedarse como están".

En este mismo sentido se expresa el Dr. Alfonso Barquilla, quien cuenta como "en muy poco tiempo hemos visto pasar a nuestros pacientes del entusiasmo militante por ir al especialista al rechazo frontal a derivaciones imprescindibles".

En esta inusual situación también se han **trasformado las relaciones con el equipo de trabajo**. "El médico rural trabaja habitualmente solo; la enfermera es su compañera de trabajo, pero no siempre están juntos. Con el resto de los compañeros se coincide únicamente, en el mejor de los casos, al inicio y al final de la jornada. La necesidad de dar una respuesta rápida en poblaciones donde la enfermedad ha incidido hasta en un 8% nos ha forzado a optimizar los recursos y compartir el trabajo, mejorando la relación para poder sobrellevarlo", comenta la Dra. de Santiago.

Una transformación abrupta con claros oscuros

La situación de excepcionalidad impuesta por la pandemia también ha supuesto para los médicos rurales una transformación importante en sus formas de trabajar y relacionarse con la población. Por

ejemplo, "se ha pasado de la cercanía íntima familiar con nuestros pacientes a la fría distancia del teléfono, así como de la inexplicable necesidad de la visita casi diaria al consultorio a la desaparición de nuestros radares de vigilancia", comenta el Dr. Barquilla. Igualmente, el tesorero de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN subraya el hecho de que "nuestros gestores han pasado de la imposibilidad de evitarnos tareas repetitivas sin la obligada presencia física de nuestros pacientes a la implantación en unas horas de sistemas de prescripción de recetas o de partes de baja o confirmación vía telefónica o vía WhatsApp".

"hemos asistido a un cambio extraordinario en la forma de trabajar los equipos de AP en el medio rural, y no siempre para mal"

La situación de los EAP en el medio rural ha exigido trabajar con gran intensidad (sin horarios) y con gran resoluntividad. "Se ha hecho con un tipo de atención, la telefónica, para la que no estábamos preparados ni contábamos con recursos adecuados", admite la Dra. Ana de Santiago Nocito, quien confiesa que el seguimiento telefónico no siempre es fácil. "En ocasiones, las familias, acostumbradas a un trato personal y cercano, no entienden que no se les visite con una enfermedad que asumen como grave; y, por eso, no es raro que ante un diagnóstico angustioso los sentimientos negativos se vuelquen en la persona que les llama por teléfono", asegura. En definitiva, como sintetiza la Dra. de Santiago, "hemos asistido a un cambio extraordinario en la forma de trabajar los equipos de AP en el medio rural, y no siempre para mal".

El contenido completo de este webinar ya está disponible en en-vivo.semergen.es, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

Telemedicina en Atención Primaria para estar más cerca de los pacientes

La **pandemia de coronavirus está suponiendo, entre otras consecuencias, que crezca la incertidumbre entre los pacientes crónicos sobre su atención y está obligando a realizar un cambio en el modelo asistencial que difícilmente volverá a ser como lo conocíamos previamente. Así se ha puesto de relieve en el webinar de SEMERGENVIVO que ha reunido a tres expertos en torno al tema del manejo de pacientes crónicos y el diagnóstico en remoto.**

La actual situación de pandemia de coronavirus abre nuevos interrogantes sobre la atención del paciente con enfermedades crónicas, plantea nuevos escenarios y ofrece nuevas posibilidades. Sobre estos aspectos se ha centrado esta sesión webinar, moderada por la Dra. Zaira M^a Correcher Salvador, del Centro de Salud Carinyena. Vila-real (Valencia) y coordinadora del Área de Relaciones Internacionales SEMERGEN. La reunión ha contado con las aportaciones del Dr. Hans Abdon Eguía Ángeles, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y miembro de los grupos de trabajo de Cronicidad y Nuevas Tecnologías de SEMERGEN, y Javier Bustamante Odriozola, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Isabel II-Centro Cantabria y secretario del Grupo de Trabajo de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN.

"El proceso de transformación digital en nuestros centros de salud no está exento de obstáculos",

Tal y como se ha puesto de relieve en este webinar, la AP tenía hasta el momento tres características básicas muy bien establecidas: una atención accesible, continuada y longitudinal en el manejo de los pacientes crónicos. Sin embargo, los expertos participantes en este encuentro reconocen que la situación pandémica actual ha obligado a modificar el modelo asistencial, "un modelo que



difícilmente volverá a ser como lo conocíamos", han indicado.

Sin embargo, lejos de ser un cambio negativo, se ha coincidido en señalar que esta transformación no supone 'abandonar' a nuestros pacientes. En absoluto: "los pacientes siempre encontrarán respuesta en sus equipos de Atención Primaria, aunque estamos ante un cambio de paradigma que conllevará necesariamente un mayor empoderamiento de los pacientes sobre sus patologías y el uso de la telemedicina como herramienta para conseguirlo", ha resumido la Dra. Zaira M^a Correcher, quien ha subrayado que "es imprescindible que Sanidad se ponga a trabajar en desarrollar un buen sistema de teleconsulta ágil, fiable y seguro".

Y es que, según se ha insistido en este foro, la telemedicina pasa por ser en estos momentos una herramienta necesaria para el diagnóstico, seguimiento y empoderamiento de los pacientes. Incluso, se ha señalado que la teleconsulta puede ser también una herramienta de motivación para el paciente: se siente más controlado

y atendido, y se implica más en su autocuidado.

"la telemedicina tiene ahora un papel fundamental y es el momento de mejorarla e incentivar su uso"

Con todo, como ha apuntado el Dr. Hans Abdon Eguía, "el proceso de transformación digital en nuestros centros de salud no está exento de obstáculos", siendo los más importantes "la resistencia al cambio, la barrera económica (medios materiales y humanos) y la falta de estrategia". Según ha indicado el Dr. Bustamante, "la telemedicina tiene ahora un papel fundamental y es el momento de mejorarla e incentivar su uso, pero sin olvidar que resulta fundamental garantizar la privacidad y autenticidad del usuario".

En este foro se ha anunciado que próximamente el grupo de trabajo de Nuevas Tecnologías de SEMERGEN va a publicar una infografía sobre el uso de la teleconsulta en España, para ayudar a los médicos de Familia en su implementación.

SEMERGEN aporta un decálogo de recomendaciones y necesidades de Atención Primaria para afrontar con garantías el nuevo escenario sanitario que plantea la COVID-19

Es una propuesta que establece los pilares básicos sobre los que se debe asentar el proceso de desescalada en los próximos meses.

- Se demanda autonomía de gestión en cada Equipo de Atención Primaria, con acceso ágil a pruebas diagnósticas
- Desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria se exige “una dotación económica adecuada para atender correctamente a nuestros pacientes”
- Se solicita la contratación de médicos adjuntos nuevos, un refuerzo de las plantillas y una mayor inversión en recursos TICs y de Telemedicina.

La Atención Primaria es crucial para asegurar el éxito de los procedimientos de desescalada del confinamiento de la población española y para garantizar un manejo óptimo de la pandemia en los próximos meses. Ante esta situación, y teniendo en cuenta que la pandemia

de coronavirus se prolongará al menos hasta el año 2021 (esperando tener entonces una vacunación adecuada), desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), se han determinado las **necesidades básicas y urgentes para la Atención Primaria (AP)** en el proceso de desescalada de los próximos meses.

Desde SEMERGEN se ha elaborado un **decálogo** de recomendaciones, peticiones y necesidades, especificándose también los **recursos materiales y humanos** que se precisan para atender correctamente la demanda sanitaria que se prevé a partir de la instauración y generalización de las medidas de desconfinamiento.

La propuesta que se realiza tiene en cuenta, además, la **previsión de acontecimientos** que pueden suceder en los próximos meses, tales

como el elevado número de **altas médicas de pacientes hospitalizados**, los **efectos nocivos desconocidos** que aparezcan tras la curación de los pacientes COVID-19, la **pérdida de control de los pacientes con condiciones crónicas**, una posible **segunda oleada** coincidiendo con la gripe estacional y la **afectación de los propios profesionales** sanitarios (*burnout*).

Ante esta situación, SEMERGEN solicita recursos humanos y materiales apropiados, con **autonomía de gestión** en cada Equipo de Atención Primaria, con **acceso ágil a pruebas diagnósticas** y con una **dotación económica adecuada** para atender correctamente a nuestros pacientes.

En concreto, SEMERGEN considera “*necesario y urgente aplicar el siguiente decálogo de medidas en AP*”:

DECÁLOGO

RECURSOS MATERIALES	
Dotar a los centros de salud del material necesario para atender a la población y proteger a sus profesionales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la disponibilidad de Equipos de Protección Individual (EPI) para el personal sanitario de AP. 2. Acceso a pruebas diagnósticas rápidas y PCR para el personal sanitario y la población a atender. 3. Facilitar el acceso ágil a pruebas complementarias: radiología/laboratorio. 4. Acceso a fármacos con evidencia demostrada. 5. Fomentar las TICs/telemedicina: procurar, siempre que sea posible, atención telemática y comunitaria.
RECURSOS HUMANOS	
Ajustar plantillas a las necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • Cupo de 1.200 pacientes (con <30% mayores de 65 años). • Integración del personal de los Puntos de Atención Continuada (PAC). • Asegurar una proporción 1:1 entre médicos de Familia y médicos de Hospital (ajuste de las plazas MIR). 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Contratación de médicos adjuntos nuevos (R4 que finalizan en mayo) 7. Refuerzos de las plantillas de AP.
RECURSOS ECONÓMICOS	
Aumentar progresivamente hasta el 25%, asegurando la sostenibilidad.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Aportar un presupuesto adecuado y ajustado a las nuevas necesidades de AP
AUTONOMÍA DE GESTIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la capacidad de liderazgo y organización de médicos de AP. • Utilización del paciente experto COVID. • Fomentar la educación en salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Centralización en los Equipos de Atención Primaria de la gestión en general, y del proceso asistencial COVID-19 en particular. 10. Procurar formación e invertir en investigación para seguir avanzando en el estudio e impacto en salud de la COVID-19.

Seminario virtual

// Volviendo a la normalidad en patología digestiva: construyendo un nuevo modelo //

22 de junio 2020 18:00 H.

Participa

<https://www.seminariosepdsemergen.webcastlive.es/>

Moderadores: **Dra. Mercedes Ricote**, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid (SEMERGEN).
Dr. Federico Argüelles, Especialista en Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (SEPD).

Temas y ponentes:

- **Consultas on-line primaria-digestivo, ¿ahora sí o sí? (15´)**
Dr. Enrique Peña Forcada, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Castellón de la Plana.
- **Criterios de derivación a la unidad de endoscopia para colonoscopia en pacientes de riesgo. (15´)**
Dra. Ángeles Pizarro, Especialista en Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
- **Dispepsia y Síndrome de Intestino Irritable, ¿cuándo derivar al digestivo? (15´)**
Dra. Anna Accarino, Especialista en Aparato Digestivo, Hospital Vall'Hebrón, Barcelona.
- **Esteatosis hepática no alcohólica. (15´)**
Dra. Mar Sureda, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Palma de Mallorca.
- **Debate (30´)**

Nuevas recomendaciones para las guías ARIA en el tratamiento de la rinitis alérgica basadas en estudios en vida real

La realidad en las consultas debe tenerse en cuenta en las recomendaciones de las guías de tratamiento.



Introducción

La rinitis alérgica (RA) es la más prevalente de todas las enfermedades crónicas, afectando a un 22-41% de la población europea, con unos costes ocasionados elevados, tanto directos como indirectos (proyecto FERIN).

En España, la rinitis es el motivo más frecuente de consulta en Alergología (62 % en adultos y 53,8 % de los niños) y una causa importante de visitas en Atención Primaria.

La gravedad de la RA se evalúa en función del impacto sobre la calidad de vida diferenciándose en leve, moderada o grave. También se puede medir mediante Escala Visual Analógica (EVA).

El tratamiento farmacológico de la RA debe incluir recomendaciones claras y hacerse de manera escalonada según la gravedad (GEMA 5.0):

- Los antihistamínicos tanto orales como intranasales van a estar indicados en formas leves de la enfermedad, con escaso efecto en la congestión.
- Los glucocorticoides intranasales (GCIN), mejoran síntomas nasales y oculares, indicados tanto en niños como en adultos.

- La combinación en un solo dispositivo de fluticasona y azelastina tópicas intranasales ha demostrado un efecto rápido y más eficaz que la administración de GCIN o antihistamínicos intranasales en monoterapia. Se recomienda en los casos moderados-graves como tratamiento de primera línea, en los no controlados o ante un fracaso de la monoterapia.

Nuevas recomendaciones para las Guías ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)

Actualmente y debido al aumento del uso de evidencia en vida real en la práctica clínica, un grupo de expertos de la iniciativa ARIA propone un algoritmo para clasificar los tratamientos en la rinitis alérgica usando, no sólo la Gradación de Recomendaciones, Desarrollo y Evaluación (GRADE) en guías existentes, también criterios de evidencia en vida real por tecnología móvil y estudios adicionales (en cámara con exposición a alérgenos).

Para su elaboración, se han comparado las guías ARIA 2010, su revisión 2016 y la US Práctica Parámetros 2017, considerándose principal en el tratamiento de la rinitis

alérgica moderada-severa la eficacia y velocidad de acción del fármaco.

Para evaluar la velocidad de acción se han tenido en cuenta estudios en cámara de exposición. Los estudios en vida real con tecnología móvil se han realizado a través de una app de ARIA (MASK) mediante 2 proyectos piloto, con una participación de 9000 usuarios.

El algoritmo (ver figura 1) propone el aumento y disminución del tratamiento en función del control, valorado mediante una Escala Visual Analógica, con las siguientes evidencias basadas en los estudios en vida real:

- La combinación antihistamínico oral con GCIN NO es más efectiva que el uso del corticoide solo.
- La combinación de azelastina con GCIN (azelastina/ fluticasona) es más efectiva que el corticoide solo.
- Los antihistamínicos intranasales contienen medicación que es efectiva en minutos.



Conclusiones:

Las nuevas recomendaciones guías ARIA integran estudios en vida real, pudiendo considerarse como un nuevo modelo de guías para otras enfermedades crónicas.

La elección de un tratamiento adecuado para el control de la RA debe basarse en tratamientos eficaces y rápidos que nos aseguren un buen control, así como un óptimo cumplimiento por parte de los pacientes.

La pandemia de coronavirus empeora el control de los pacientes anticoagulados

Aumenta la preocupación sobre las complicaciones trombóticas en pacientes con COVID-19



Las personas que precisan **tratamiento anticoagulante** tienen, por diferentes motivos, un **riesgo aumentado de infectarse de coronavirus y de empeorar en caso de desarrollar la COVID-19**. Su condición de pacientes generalmente polimedcados y las dificultades actuales para controlar algunos de los factores de riesgo que suelen presentar, además del hecho de haber tenido que interrumpirse algunas consultas programadas, está **incrementando el número de casos que no alcanzan un control óptimo de la anticoagulación** que requieren.

“El paciente anticoagulado, debido al miedo de contagio, está evitando acudir a urgencias o a la consulta de su médico de Familia”

Así se ha puesto de relieve en un webinar organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) dentro de su plataforma online

(SEMERGENVIVO). Como expone el Dr. José Polo, vicepresidente 1º de SEMERGEN, “*el paciente que está en tratamiento con fármacos antivitamina K (AVK, como el conocido Sintrom) precisa controles periódicos y, en muchos casos, debe acudir a centros para llevar a cabo una evaluación necesaria, lo que aumenta la posibilidad de contacto y riesgo de infección*”.

Como consecuencia de este riesgo, también se advierte otro problema emergente. “**El paciente anticoagulado, y más aún si está en tratamiento con fármacos AVK, debe ser evaluado e interrogado sobre posibles sangrados; sin embargo, debido al miedo de contagio, está evitando acudir a urgencias o a la consulta de su médico de Familia**”, indica el vicepresidente de SEMERGEN, quien alude a la drástica reducción de casos informados de síndrome coronario agudo, “*que no se debe seguro a que haya menos sino a que los pacientes no acuden al hospital*”.

Como otro factor importante a tener en cuenta en el manejo de

las personas que están en tratamiento anticoagulante crónico, los participantes en este webinar han subrayado el **problema que suponen las interacciones medicamentosas**. “*Se ha evidenciado que en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral hay un mayor riesgo de aparición de interacciones con fármacos anti-COVID*”, informa el Dr. José Polo.

“A la hora de pautar o no las HBPM en Atención Primaria, debemos revisar el grado de infección que ha presentado el paciente”

Consejos y demandas desde la Atención Primaria

Para tratar de hacer frente a estos problemas, desde SEMERGEN se apunta la necesidad de adoptar algunas medidas esenciales. Como enumera el Dr. Juan Carlos Romero Vígara, vocal de la Junta Directiva Nacional de esta sociedad científica, “*en Atención Primaria debemos intentar prolongar el control de la*

terapia anticoagulante oral cada 6-8 semanas en los pacientes con INR estable que toman un fármaco antivitamin K". En este sentido, como matiza el Dr. Juan Cosin, jefe de Sección de Cardiología en el Hospital Arnau de Vilanova (Valencia), "pocos pacientes en tratamiento con AVK (aproximadamente un 25%) pueden ser candidatos a espaciar los controles, y también hay que recordar que un mal control del INR puede poner al paciente en riesgo de ictus o hemorragia".

Además, según propone el Dr. Juan Carlos Romero, que trabaja como médico de Familia en el Centro de Salud Mequinenza (Zaragoza), "hay que valorar el cambio de un antivitamin K a un anticoagulante de acción directa en aquellos pacientes con fibrilación auricular no valvular que presenten un INR inestable, con un tiempo en rango terapéutico inferior al 60% o incertidumbre de las dosis (incluyendo los inicios)", indica este especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Con todo, complementando esta información, el cardiólogo Juan Cosin recuerda que "en pacientes que lleven prótesis mecánicas valvulares no será posible hacer este cambio".

"Hay que valorar el cambio de un antivitamin K a un anticoagulante de acción directa en aquellos pacientes con fibrilación auricular no valvular"

Como otro tema importante a destacar, el Dr. Cosin apunta que "todos aquellos pacientes que sean diagnosticados de fibrilación auricular en este periodo de pandemia y precisen anticoagulación, deberían iniciar el tratamiento anticoagulante con un ACOD, ya que el inicio con un AVK (tipo Sintrom) conlleva un riesgo elevado de sangrados e ictus y requiere de muchas visitas al hospital". Pensando en estas limitaciones del inicio de tratamiento con

un AVK, numerosas consejerías de salud han hecho una excepción al visado durante el periodo actual y permiten el comienzo con ACODs, sin necesidad de cumplir los requisitos habituales del visado.

En este contexto, SEMERGEN reivindica el acceso en Atención Primaria a la prescripción de ACODs, en todas las Comunidades Autónomas, "apoyándonos en los datos en vida real de eficacia, seguridad y coste", explica el Dr. Juan Carlos Romero, quien también recuerda que en los pacientes que toman un AVK "se debe seguir una dieta equilibrada y mantener un nivel constante y moderado de ingesta de alimentos ricos en vitamina K (espinaca, coliflor, col) en lugar de eliminarlos de la dieta".

Complicaciones trombóticas en pacientes con COVID-19

Otro aspecto que ocupa y preocupa en relación con la coagulación sanguínea y el coronavirus se deriva de recientes estudios que informan como muchos **pacientes con COVID-19 pueden presentar una serie de anomalías clínicas y de laboratorio que sugieren una forma de coagulopatía por sepsis**. En este sentido, según detalla el Dr. Juan Carlos Romero, "aunque los mecanismos y factores de riesgo para estos cambios no están bien caracterizados, podemos decir que se establecen dos fenómenos: uno inflamatorio (por la liberación masiva de citoquinas) y otro trombótico (generando la aparición de enfermedad tromboembólica venosa en cualquier territorio)".

Todo indicaría que la infección por SARS-CoV-2 (COVID) no es solo una infección pulmonar y que va mucho más allá, acompañándose de un proceso sistémico caracterizado un estado inflamatorio que condiciona un alto riesgo trombótico. Por ello, se ha propuesto el uso de **heparinas de bajo peso molecular** (HBPM) desde el ingreso, a dosis profilácticas en casos no graves y a dosis

terapéuticas en situaciones más graves; en esta situación clínica, afirma Juan Cosin, "el uso de AVK o ACODs no sería una buena opción, por las interacciones con los otros tratamientos que se emplean para el manejo de la COVID-19".

Las HBPM, tanto a dosis profilácticas como terapéuticas, podrían bloquear la inflamación y prevenir los efectos trombóticos del COVID-19.

"Se ha evidenciado que en pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral hay un mayor riesgo de aparición de interacciones con fármacos anti-COVID"

En base a la revisiones narrativas y opiniones de expertos, como recomienda el Dr. Romero, "a la hora de pautar o no las HBPM en Atención Primaria, debemos revisar el grado de infección que ha presentado el paciente, si ha estado hospitalizado, si tomaba o no anticoagulación previa y el riesgo individual trombótico asociado a la infección por COVID-19". Con todo, este experto de SEMERGEN recomienda estar atentos a las revisiones retrospectivas que se lleven a cabo sobre la incidencia de mortalidad y complicaciones tromboembólicas en los pacientes que tomaban crónicamente anticoagulantes orales, antiagregantes plaquetarios o HBPM previamente a la pandemia para confirmar estas hipótesis. Además, según añade el Dr. Juan Cosin, "es importante que los pacientes dados de alta tras una infección por SARS-CoV2, especialmente si tienen que guardar cuarentena (lo que les limita el movimiento), mantengan una dosis profiláctica de HBPM".

El contenido completo de este webinar ya está disponible en envivo.semergen.es, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

SEMERGEN se vuelca en proporcionar material sanitario de protección para los médicos de Atención Primaria

Supera los 100.000 euros en donaciones destinadas a comprar y distribuir estos recursos, atendiendo por el momento más de 3.000 de las solicitudes recibidas.

- La campaña de donaciones se puso en marcha a mediados de marzo y solo en la última semana se han atendido más de un millar de peticiones.
- A los médicos de Atención Primaria solicitantes, SEMERGEN les remite una caja con productos y material básico de protección individual, atendiendo las necesidades específicas manifestadas por el facultativo.
- Todo aquel sanitario de AP que lo precise puede trasladar sus necesidades a través del enlace específico dispuesto en la web de SEMERGEN.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) ha recaudado ya más de 100.000 euros, a partir de donaciones particulares, empresas e instituciones que han querido colaborar con un innovador y ambicioso objetivo planteado por la sociedad científica decana de la Atención Primaria (AP) en España. A mediados de marzo, y ante las reiteradas demandas de los sanitarios de AP de materiales de protección frente al coronavirus, SEMERGEN se marcó el reto de recaudar fondos para comprar a los médicos del primer nivel asistencial algunos recursos sanitarios básicos que pudieran protegerles frente a la infección SARS-CoV-2, causante de la COVID-19.

La iniciativa, como explica el presidente de SEMERGEN, el Dr. José Luis Llisterri, "surgió fruto de nuestra preocupación por la falta de medios adecuados en Atención Primaria para evitar el contagio de coronavirus entre los profesionales



sanitarios que ejercen en este ámbito". Y es que, como detalla, "muchos socios nos hicieron llegar su alarma y temor ante la imposibilidad de acceder a unos recursos mínimos que les garantizaran cierta seguridad para afrontar su trabajo diario".

De hecho, miles de profesionales que desarrollan su labor en Atención Primaria se han infectado desde el inicio de la pandemia (una cifra que, a día de hoy, aún se desconoce con exactitud), contabilizándose también numerosas bajas laborales y decenas de fallecimientos.

La situación, como destacan desde SEMERGEN, resulta especialmente dramática en el entorno rural, donde muchos médicos de

Familia se enfrentan en muchas ocasiones a una falta absoluta de medios de protección individual. "Necesitamos proteger a nuestros médicos de Atención Primaria para poder proteger así a nuestros pacientes, familiares y amigos", subraya el vicepresidente 1º de SEMERGEN, el Dr. José Polo.

"Muchos socios nos hicieron llegar su alarma y temor ante la imposibilidad de acceder a unos recursos mínimos que les garantizaran cierta seguridad para afrontar su trabajo diario"

Mucho más que un acto simbólico

Gracias a la colaboración desinteresada, y en muchos casos anónima, de miles de personas, y a las aportaciones de empresas e instituciones, esta semana se ha logrado superar la barrera de los 100.000 euros, “una cifra que rebasa todas nuestras previsiones y que nos ha permitido comprar y empezar a distribuir entre médicos de Atención Primaria material de primera necesidad sanitaria, es decir, guantes, mascarillas FFP2, mascarillas quirúrgicas y cremas protectoras para la piel (para hacer frente a las habituales heridas y dermatitis derivadas del uso de mascarillas y guantes)”.

Se ha procedido ya al reparto de este material entre más de 3.000 médicos que trabajan en cientos de centros de Atención Primaria repartidos por toda España

Actualmente, se ha procedido ya al reparto de este material entre más de 3.000 médicos que trabajan en cientos de centros de Atención Primaria repartidos por toda España y en pocos días se espera haber distribuido todo el material que se ha adquirido hasta la fecha con el dinero donado; por el momento, SEMERGEN ha adquirido 12.000 unidades de cada producto que ofrece a los médicos y espera aumentar su contribución a medida que se eleve la cuantía total de las donaciones.

Solo en la última semana se han llegado a repartir por toda España más de un millar de cajas, tratando de responder a las necesidades manifestadas por cada médico solicitante de la ayuda. Como aclara el Dr. José Polo, “se prepara un material personalizado, que varía en función de lo que piden; además, se incluye un flyer con un mensaje motivacional y de agradecimiento por la labor que realizan”.

Como detalla el presidente de SEMERGEN, “asumimos que

nuestra contribución no termina de solucionar el problema de desabastecimiento de material de protección de los médicos de Atención Primaria, pero supone un ayuda inestimable en un momento en el que se encuentran totalmente desamparados y ofrece esperanza y tranquilidad para muchos de ellos”.

Según añade el Dr. José Luis Llisterri, “no pretendemos hacer una labor que, sin duda, pertenece a otros organismos, pero es el momento de arrimar el hombro y de cuidar de nuestros sanitarios de Atención Primaria, porque eso también supone una ayuda inestimable para la población”. Y es que, según indica, “nuestra prioridad y misión como sociedad científica sigue siendo fomentar la actualización de conocimientos de nuestros profesionales, ofrecerles la mejor formación y promover la investigación en el primer nivel asistencial, pero en esta situación excepcional y grave SEMERGEN ha dado un paso al frente y ha querido liderar una iniciativa solidaria, desinteresada y encaminada a asegurar la salud de nuestros médicos y, por ende, de la población general”.

**Testimonios de agradecimiento**

La aceptación de esta iniciativa por parte de los profesionales sanitarios que están recibiendo estos packs de protección sanitaria está siendo extraordinaria, con emocionantes y positivos testimonios de alivio y agradecimiento, que hacen llegar diariamente a la

sede de SEMERGEN y que comparten por redes sociales.

SEMERGEN ha dado un paso al frente y ha querido liderar una iniciativa solidaria, desinteresada y encaminada a asegurar la salud de nuestros médicos y, por ende, de la población general

Os animamos a verlos y compartirlos en: SEMERGEN quiere agradecer todas las contribuciones a esta campaña solidaria, denominada ‘SEMERGEN-Granita de Arena con médicos de AP’, que están haciendo particulares y también empresas, con relevantes aportaciones de instituciones y compañías que han simpatizado con esta causa.

Pero, sobre todo, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria agradece a todo el personal sanitario por su gran dedicación y su lucha incesante frente al SARS-CoV-2 y hace una mención especial a “todos aquellos compañeros que han dado su vida en esta dura batalla”. Además, recuerda que esta sociedad científica

también mantiene, e incluso refuerza, su apuesta por la investigación, así como por la formación médica y actualización de contenidos científicos, ofreciendo cada semana un especial de SEMERGENVIVO focalizado en el manejo de las distintas patologías y su asociación con la COVID-19.

Coronavirus en personas mayores, frágiles y dependientes: manifestaciones clínicamente atípicas y con consecuencias devastadoras

Expertos reunidos en un webinar organizado por SEMERGEN apuntan déficits, retos y soluciones en el manejo de estos pacientes.

- El paciente anciano, que frecuentemente está polimedicaado y sujeto a varias comorbilidades, muestra una mayor susceptibilidad a sufrir la COVID-19 y tienen un peor pronóstico en comparación con personas de menor edad.
- En las residencias es necesario tener protocolizada la actuación y coordinar la asistencia con los profesionales de salud, para evitar contagios de los mayores institucionalizados.
- Se subraya la necesidad de evitar la discriminación etaria y resolver los dilemas éticos que pueden surgir de la asistencia.
- Mantener la actividad física y la adherencia a los tratamientos, uno de los principales retos a superar durante el confinamiento en el paciente crónico mayor y frágil.

Las personas ancianas, frágiles y dependientes no solo conforman una población más susceptible a sufrir los efectos de la infección por SARS-Cov-2, causante de la COVID-19, sino que también experimentan un peor pronóstico cuando desarrollan la enfermedad y muestran unas manifestaciones clínicas atípicas. Todo ello, junto con las carencias existentes en la adopción e implementación de planes y protocolos de actuación, especialmente en personas afincadas en residencias, explica el nefasto impacto que está teniendo la actual pandemia de coronavirus en estas personas en España.

Así se ha puesto de manifiesto en un webinar ‘SEMERGENVIVO’,

organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), en el que tres expertos que trabajan en los tres ámbitos en los que habitualmente se atiende a las personas mayores (Atención Primaria, hospital y residencias) han analizado las consecuencias que produce la Covid-19 en el paciente crónico mayor y frágil. El webinar completo ya está disponible en <https://envido.semergen.es>, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

condicionar un peor pronóstico en el caso de presentar infección por coronavirus”.

Manifestaciones atípicas

Junto a esto, se ha observado que el coronavirus en los mayores frágiles y dependientes se manifiesta clínicamente de forma poco convencional. Tal y como aclara el Dr. Santianes, “los pacientes ancianos suelen presentar unos síntomas atípicos: la aparición de cuadros de malestar general, aún sin fiebre, puede ser la primera manifestación de la infección en esta población”.

**Más susceptible, más desprotegido**

Como resalta el Dr. Jesús Santianes Patiño, coordinador del Grupo de Trabajo de SEMERGEN de Cronicidad y Dependencia, “el paciente anciano va a tener una mayor susceptibilidad a la enfermedad que el más joven, y esto se ve influido por la pérdida de la reserva funcional fisiológica que aparece en el envejecimiento”. Además, añade este experto universitario en Gerontología y Medicina de Urgencias, “los pacientes ancianos suelen presentar un mayor número de enfermedades crónicas que los más jóvenes, lo que va a

La fiebre, la tos seca y la mialgias no son frecuentes en ellos, siendo “más común síntomas tales como la febrícula, el decaimiento, la anorexia, los trastornos gastrointestinales y el empeoramiento de su estado funcional o cognitivo”, informa el Dr. Juan Carlos Durán Alonso, geriatra del Hospital Juan Grande de Jerez de la Frontera (Cádiz), quien aconseja que “los médicos que atendemos a estos pacientes debemos estar especialmente alerta ante estos mínimos cambios, para poder efectuar un diagnóstico precoz”, además, recuerda la importancia

de **“individualizar el manejo de la infección por coronavirus”**.

Residencias de ancianos: ¿qué ha fallado y cómo mejorar?

Las residencias están siendo el lugar más castigado por la COVID-19, alcanzándose en este medio las **tasas más elevadas de contagio y de fallecimientos** asociados a esta infección. Según el Dr. Juan Carlos Durán, *“en estos recintos conviven en un mismo espacio un número importante de mayores, compartiendo zonas comunes: ascensores, barandillas, material de gimnasio, máquinas de refrescos?”*. Además, *“por la necesidad de ayuda que precisan para sus cuidados, deben ser atendidos por profesionales que pueden actuar como vector de transmisión del mismo”*.

Asumiendo que los mayores que viven en residencia son de avanzada edad, generalmente dependientes, muchos con demencia y la gran mayoría con comorbilidades asociadas, *“es hasta cierto punto normal que la infección por coronavirus esté siendo especialmente frecuente y mortal en este grupo de personas”*, admite el geriatra del Hospital Juan Grande de Jerez de la Frontera. sin embargo, *“se podrían hacer mucho mejor las cosas”*.

La disponibilidad de **protocolos** de actuación, la **coordinación**, las medidas de **aislamiento** y la adopción de **planes de contingencia** son pilares básicos para evitar las nefastas consecuencias de la pandemia en las residencias y para optimizar su manejo en estos centros. Según explica el Dr. Juan Carlos Durán, *“es muy importante protocolizar la actuación en residencias y actuar de forma coordinada (los profesionales de residencia con los del Equipo de Atención Primaria y del Hospital), para saber cómo actuar en cada caso”*. Igualmente, este experto resalta la necesidad de hacer diagnósticos rápidos y, para ello, disponer de test diagnósticos (PCR o test rápidos), *“que permitan el aislamiento precoz de los casos contagiados de coronavirus, separándolos del resto”*.

Y completando estas medidas, también es esencial disponer de un **plan de contingencia**, *“para saber cómo actuar si se contagian varios residentes a la vez (lo cual es muy probable que ocurra), sectorizando así el centro y recibiendo ayuda personal médica y de enfermería del centro de salud de referencia, así como material necesario para los cuidados en el centro (medicalizar la residencia)”*, expone el Dr. Durán; y todo ello con criterios claros sobre qué pacientes, en caso de complicarse su sintomatología, deben ser hospitalizados.

Además, según demanda este experto, **“en las residencias se debe disponer de Equipos de Protección Individual para todos los profesionales que atiendan a estos mayores afectos de coronavirus para evitar su infección”**.

Recomendaciones para un confinamiento más óptimo en los ancianos

Los expertos reunidos en este webinar de SEMERGEN también han puesto el foco en aspectos éticos y discriminatorios. Como subraya el Dr. Juan Carlos Durán, **“debemos evitar la discriminación etaria y los dilemas éticos que pueden surgir de la asistencia, ya que hay personas de avanzada edad con buena calidad de vida, fuertes y robustos, que deben tener las mismas oportunidades de tratamiento que un adulto mayor. Y, de la misma forma, también hay personas muy dependientes, en las últimas fases de su enfermedad y con corta esperanza de vida, a los que trasladar a un hospital y someten a tratamientos agresivos, lo que puede considerarse encarnizamiento terapéutico; debemos priorizar en ellos medidas de cuidados paliativos y control de síntomas, para ofrecer el máximo confort en esta fase”**.

En este contexto, y **para tomar decisiones complejas y aplicar proporcionalidad en los cuidados**, resulta de especial utilidad la denominada **valoración geriátrica integral**, *“a través de la cual conocemos, además de las*

enfermedades médicas, la situación funcional de cada paciente, su capacidad cognitiva y afectiva y su situación social personal”, informa el geriatra Juan Carlos Durán.

Finalmente, este encuentro online también ha servido, como indica su moderador, el **Dr. Javier Benítez Rivero**, del Grupo de Trabajo de Tutores y de Cronicidad y Dependencia de SEMERGEN, *“para dar consejos prácticos para los mayores durante el estado de alarma, para pasar las largas horas de confinamiento sin perder actividad física, mantener la adherencia de los tratamientos indicados por su médico de Familia y cumplir los objetivos básicos de alimentación saludable en el domicilio”*.

“En las residencias se debe disponer de Equipos de Protección Individual”

Y es que el **mantenimiento de una adecuada actividad física** en las personas ancianas es crucial en estos casos. *“Como la situación funcional es algo importante en la salud, y en el proceso de enfermar, recomendamos a nuestros pacientes la práctica de ejercicio para conseguir mantener o, al menos, limitar la pérdida de la situación funcional previa”*, insiste el Dr. Jesús Santianes.

Sobre SEMERGEN

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) está constituida como una Sociedad científica, profesional y reivindicativa que tiene como objetivo fundamental la promoción de la Medicina General/de Familia, colaborando en la mejora de la asistencia a la población; perfeccionando la competencia profesional de los Médicos dedicados a la misma, fomentando la investigación, desarrollando la formación continuada y defendiendo los intereses éticos, profesionales y laborales de sus socios con arreglo a la legislación vigente y a los principios éticos. www.semergen.es ; www.pacientessemergen.es

Ferbisol® 100 mg

Ferroglicina (II) sulfato



ANEMIA FERROPÉNICA EN EL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA



Acceda aquí para descargar el Artículo completo

La **hemorragia digestiva (HD)** es un problema común de salud, siendo con frecuencia una emergencia médica, en el entorno hospitalario y a nivel ambulatorio.

Es importante realizar una identificación, valoración y tratamiento precoz, para disminuir la morbi-mortalidad asociada¹.

La HD es el motivo más frecuente de aparición de déficit de hierro (DH) y de anemia, siendo una causa frecuente de derivación desde atención primaria.

La **Dra. Garzón Benavides** del *Hospital Virgen del Rocío* y el **Dr. Vilchez García** del *Hospital de Alta Resolución de Guadix*, han realizado una revisión donde se aborda tanto la importancia de establecer un diagnóstico y un tratamiento lo más temprano y acertado posible, como la experiencia clínica de pacientes con anemia ferropénica por hemorragia digestiva.

Ferbisol® 1 cápsula al día²



Acceda aquí para consulta la Ficha Técnica

Asma y EPOC: comorbilidades infrecuentes pero con un diferente impacto en pacientes hospitalizados por COVID-19

Los pacientes con asma y EPOC no tienen un mayor riesgo de infectarse por el virus SARS-CoV-2 y, si tienen controlada su enfermedad respiratoria de base, deben continuar con el tratamiento recomendando por su médico

Debido a que los **pacientes con patologías respiratorias crónicas**, especialmente asma y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), son más susceptibles a las infecciones víricas que, a su vez, son causa frecuente de descompensación, se consideraba un **grupo potencialmente más vulnerable para la infección por SARS-CoV-2**. Sin embargo, como aseguran la Dra. Marina Blanco, responsable de la consulta de asma grave del Hospital Universitario A Coruña, y el Dr. José Tomás Gómez Sáenz, coordinador del Grupo de Trabajo de SEMERGEN, **“A día de hoy, no hay ningún dato que haya confirmado esta sospecha”**.

Según se ha expuesto en un webinar organizado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) dentro de su plataforma online (SEMergenVIVO), **tanto el asma como la EPOC son comorbilidades infrecuentes en los pacientes hospitalizados por COVID-19** (en la serie más amplia publicada hasta el momento, de 1590 casos analizados ninguno tenía asma y solo 24 -un 1.5%- documentaban EPOC). Sin embargo, como comenta al Dr. Gómez Sáenz, **“en series españolas la prevalencia de enfermedades respiratorias en pacientes ingresados por COVID-19 alcanza el 12%, duplicando la de los pacientes no ingresados”**.

Mientras que tener asma no parece modificar el pronóstico en pacientes con COVID-19, la **EPOC sí**. «Se ha observado que la existencia previa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica **se asocia con unos peores resultados**: generalmente desarrollan enfermedad

más grave, tienen peor pronóstico y su índice de mortalidad es mayor”, asegura la Dra. Marina Blanco, que es coordinadora del Área de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Lo que hay que saber

En esta sesión divulgativa online, moderada por el Dr. Leovigildo Ginel, secretario del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN, se han aclarado cuestiones controvertidas y de actualidad sobre la vinculación entre la COVID-19 y las principales enfermedades respiratorias crónicas. Entre otros aspectos, como ha recordado el Dr. Ginel, que trabaja como médico de Familia en el Centro de Salud Ciudad Jardín (Málaga), **“los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas no tienen un mayor riesgo de infectarse por el virus SARS-CoV-2”**. Y, según este experto de SEMERGEN, **“la presentación clínica de la COVID-19 en asma o EPOC no difiere del resto de la población”**; además, ha indicado que **“lo más importante es que estas patologías estén bien controladas y, en este sentido, la principal recomendación es que los pacientes cumplan correctamente con su tratamiento habitual”**.

El problema principal surge en caso de aparición de episodios de agudización de estas enfermedades respiratorias. Como resalta la Dra. Marina Blanco, **“los pacientes con asma o EPOC, si tienen síntomas o agudizaciones de estas enfermedades, a pesar de estar utilizando su tratamiento de base habitual, deben consultar al médico para ajustar la dosis o seguir el plan de acción en aquellos casos que dispongan de él”**. Si esto no

es posible, deben seguir las instrucciones que le dio su médico cuando tuvieron otra crisis (plan de acción) y estar pendientes de reconocer y controlar los síntomas cuando aparezcan.

“Los fumadores presentan 2.5 veces mayor riesgo de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, necesitar ventilación mecánica o fallecer frente a los no fumadores”

Tanto los pacientes de asma como de EPOC que sufren un empeoramiento agudo de sus síntomas deben utilizar medicación de rescate (broncodilatadores de acción corta), junto con las medidas específicas para cada enfermedad. Estos pacientes que experimenten un empeoramiento deben tener un **control telefónico por su médico de familia en 48 o 72 horas** para valorar evolución.

En cualquier caso, como aconseja el Dr. Ginel, **“salvo que los síntomas sean muy intensos y no respondan a las medidas básicas de control, estos pacientes deben evitar acudir a Urgencias o al Centro de Salud de referencia”**.

No abandonar el tratamiento

Como en toda patología crónica, la adherencia al tratamiento y, en la medida de lo posible, seguir una adecuada actividad física constituyen, junto con los planes de acción, los pilares esenciales a la hora de controlar los síntomas. **“Los pacientes deben de continuar, de manera pautada, con sus tratamientos habituales”**,

recalca el Dr. Gómez Sáenz, quien también advierte que, **“en el caso de tener que emplear cámaras espaciadoras, bajo ningún concepto se deben compartir”**.

“Los fumadores presentan 2.5 veces mayor riesgo de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos”

o grave se aconseja utilizar corticoides orales en una pauta corta de 5 a 7 días, sin que sea necesario una reducción paulatina de estos. Y en los **pacientes con EPOC que sufren una agudización**, se aconseja el empleo de antibióticos si existe un aumento de los síntomas (tos y expectoración, fundamentalmente) con cambio de color del esputo; si además aumenta la disnea, será necesaria una pauta

el riesgo frente a los no fumadores de padecer una gripe no COVID y tener síntomas más graves”. En lo que respecta al tabaquismo y la afectación por COVID-19, **“los fumadores presentan 2.5 veces mayor riesgo de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, necesitar ventilación mecánica o fallecer frente a los no fumadores”**, asegura el coordinador del Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN.



Otro mensaje sobre el que los expertos ponen el acento es que **no existe incompatibilidad de los fármacos habitualmente prescritos para asma y EPOC** con los tratamientos que se están administrando a personas infectadas con coronavirus. En este caso, la recomendación es clara: **“los pacientes con asma que estén recibiendo fármacos biológicos en el hospital deben continuar con su uso y, siempre que sea posible, realizar autoadministración; por su parte, los pacientes que reciban corticoides no deben suspenderlos”**, apunta la Dra. Marina, quien insiste en que **“si están bien controlados con su medicación habitual, no deben realizar modificaciones en su tratamiento y lo deben tomar adecuadamente”**.

En concreto, en los **pacientes con una crisis de asma moderada**

corta de corticoides orales durante cinco días.

Por otra parte, tanto en asma como en EPOC, **“es preferible utilizar los inhaladores de cartucho presurizado con cámara de inhalación, en lugar de utilizar nebulizadores, ya que estos últimos aumentan las posibilidades de contagio al producir aerosoles en el ambiente”**, detalla el Dr. Ginel.

Tabaco, factor de riesgo

Los datos disponibles hasta el momento muestran que las comorbilidades más frecuentes en los pacientes hospitalizados con COVID-19 son la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el tabaquismo.

El **hábito tabáquico** es un factor con importantes implicaciones clínicas. Según indica el Dr. Gómez Sáenz, **“los pacientes fumadores doblan**

Un trabajo reciente ha observado que tanto los pacientes con EPOC como los fumadores tenían incrementada la expresión de los receptores ACE-2 (a los que se une el virus) en las células epiteliales bronquiales en el tracto respiratorio inferior.

“Esto puede llevar a especular sobre la predisposición a un riesgo incrementado”, según la Dra. Marina Blanco, aunque **“se desconoce si los tratamientos como broncodilatadores o corticoides inhalados pueden modular la expresión de estos receptores”**.

El **webinar completo ya está disponible en [envivo.semergen.es](https://www.semergen.es)**, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

SEMERGEN señala la anómala situación en Atención Primaria de algunos estudiantes y recién licenciados de Medicina

En algunas CC.AA. realizan tareas telefónicas y/o asistenciales para cubrir el déficit de sanitarios durante la pandemia de coronavirus



La necesidad de profesionales sanitarios para hacer frente a la pandemia del coronavirus en España ha supuesto una reorganización de los hospitales, de los centros de salud y de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, incluyendo la movilización de los médicos residentes y de algunos médicos jubilados, para intentar dar respuesta a las necesidades sanitarias que se han ido presentando. **Atención Primaria está jugando un papel clave en esta cobertura excepcional, aportando profesionales y asumiendo tareas adicionales a sus funciones habituales.**

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) insta a las autoridades sanitarias a que **reconozcan esta labor** extraordinaria de los profesionales del nivel asistencial y también recuerda las **deficitarias**

condiciones de protección y de recursos materiales con las que están afrontando estas labores. Pero, además, llama la atención sobre algunas **situaciones anómalas** que están denunciando socios de SEMERGEN sobre el papel y funciones que se está otorgando, especialmente en algunas Comunidades Autónomas, **tanto a estudiantes del último curso de Medicina como a los denominados RO**, es decir, licenciados que no han pasado el examen MIR.

Apoyo sí, pero con condiciones

La plantilla orgánica del sistema público se nutre de adjuntos. Por su parte, los residentes son profesionales que están por encima de las necesidades del servicio (el ejemplo es que, en caso de huelga, no tienen servicios mínimos), aunque desempeñan una parte importante del trabajo del día a día. En este momento de crisis, como

señala el coordinador del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN, el **Dr. Rubén Sánchez Rodríguez**, **“somos los adjuntos y residentes quienes debemos afrontar la situación; recurrir a estudiantes de Medicina y RO es una solución cuando no somos suficientes y, en cualquier caso, solo deben ser considerados de apoyo y no como reemplazo”.**

“los médicos de AP han contribuido significativamente al objetivo de contener y ralentizar la propagación de la enfermedad”

De hecho, según denuncia el representante de Residentes de SEMERGEN, **“estamos registrando situaciones en las que se encargan labores asistenciales a estudiantes y RO, mientras que a residentes y**

adjuntos no se les están asignando tareas pese a su 100% de disponibilidad”.

Según informa el **Dr. Rodrigo Abad**, coordinador del Grupo de Trabajo de Tutores de SEMERGEN, **“afortunadamente en toda España son pocas las comunidades autónomas que han tenido que llamar a estudiantes para realizar actividades telefónicas que habitualmente realizan residentes o médicos adjuntos”.**

“estamos registrando situaciones en las que se encargan labores asistenciales a estudiantes y RO, mientras que a residentes y adjuntos no se les están asignando tareas pese a su 100% de disponibilidad”

¿Casos aislados?

Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña y Aragón son las CC.AA. que acumulan más casos de empleo inapropiado de estos estudiantes y RO, en ocasiones sin la tutela de un profesional. En concreto, el coordinador del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN indica que **“en Madrid hay algunos RO y también estudiantes contratados que tienen pacientes a su cargo, y otros que están ejerciendo tareas más burocráticas o dando asistencia telefónica”.**

En la misma línea, se ha informado que en Castilla-La Mancha algunos estudiantes podrían estar haciendo guardias; según opina el **Dr. Rodrigo Abad**, **“espero que se trate solo de algo muy puntual y por una causa de fuerza mayor por falta de médicos en esa zona, porque hay que cumplir unos requisitos que no se deben vulnerar”.** Y es que, como explica este experto, **“podemos entender que se puedan contratar a estudiantes, igual que a médicos jubilados, para reforzar servicios de atención telefónica y que estas medidas se apliquen en función de las necesidades, pero no es permisible que**

estén realizando labores de residentes o adjuntos; estos nombramientos puntuales que se hacen de estudiantes deben tener limitaciones”.

Entre estas limitaciones, una de las principales demandas de SEMERGEN es que **cualquier colaboración de estudiantes de Medicina se haga siempre bajo supervisión de un profesional sanitario competente**, de la misma forma que los residentes están tutelados por tutores. **“Sería una irresponsabilidad e inaceptable poner a una estudiante a hacer guardia, más aún en un momento como el actual, de especial complejidad asistencial, con falta de medios de protección y con un vertiginoso aumento de contagios entre el personal sanitario”**, indica el **Dr. Abad**.

Como se expone desde el grupo de trabajo de Residentes, la carrera de Medicina tiene varios puntos a mejorar y reformar; entre ellos, la gran carga teórica y la falta de práctica y el bajo nivel de autonomía de un recién licenciado. Por eso, como argumenta el **Dr. Rubén Sánchez**, **“encargar tareas asistenciales a profesionales de la Medicina sin experiencia previa no es lo más adecuado y, de hecho, no se nos permite trabajar en el sistema público sin superar un MIR, por lo que ahora, en caso de necesidad, estas personas deberían ser solo de apoyo a los adjuntos y residentes que ya tengan al menos un año de experiencia”.**

En cualquier caso, desde SEMERGEN se confía que estos abusos denunciados sean puntuales, aislados y se resuelvan inmediatamente. Y es que, como aclara la **Dra. Aurora García Lerín**, médico de Familia y responsable de Relaciones Institucionales de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN, **“la alerta sanitaria no ha supuesto que se haya incorporado a los estudiantes de Medicina de último año en las tareas de los centros de Atención Primaria, sino que han sido solo unos pocos los que, voluntariamente, se han ofrecido**

para labores de registro de datos y, tras darles los permisos pertinentes, están realizando su labor en Madrid, Castilla la Mancha, Aragón y Cataluña”. A su juicio, **“es un gesto que hay que agradecer, pero también se debe vigilar que no haya excesos ni se extralimite el fin inicial”.**

Así, por ejemplo, se desconoce con exactitud cuántos médicos preMIR o médicos con títulos pendientes de homologación se han incorporado en los hoteles medicalizados, **“y si realmente están siempre bajo supervisión de un médico adjunto”**, apunta la **Dra. García Lerín**.

Una labor poco valorada

Desde SEMERGEN se recalca que el papel crucial que están desempeñando los profesionales de Atención Primaria en estos momentos. **“Unos profesionales que, sin medidas de protección adecuadas, sin tener acceso a medios diagnósticos ni terapéuticos en la mayoría de las Comunidades, han reorganizado su trabajo para realizar el seguimiento, detección y prevención de los pacientes afectados o con sospecha de tener infección por coronavirus”**, subraya la **Dra. García Lerín**; a su juicio, **“los médicos de AP han contribuido significativamente al objetivo de contener y ralentizar la propagación de la enfermedad, y eso sin abandonar la atención a las personas con patologías agudas y crónicas”.**

Además, desde SEMERGEN se quiere insistir en **poner en valor el trabajo** que están realizando los **médicos residentes** como apoyo a todos los profesionales sanitarios en estos momentos tan complicados; igualmente, SEMERGEN **aplaude** la reconsideración de la medida gubernamental que pretendía prolongar su tiempo de formación y valora positivamente la **decisión del Consejo Interterritorial** de que las evaluaciones a residentes se harán en mayo, por lo que los residentes de último año podrán ser contratados como especialistas.

Comunicado del Foro de Médicos de Atención Primaria por el día de la Atención Primaria

Este año es un día más especial, dado que el papel de Atención Primaria española en la gestión de la pandemia del COVID-19 ha sido, es y continuará siendo crucial.



El 12 de abril se celebra, como cada año, el Día de la Atención Primaria, eje fundamental de nuestro Sistema Nacional de Salud. Este año, si cabe, es un día aún más especial, dado que el papel de Atención Primaria española en la gestión de la pandemia del COVID-19 ha sido, es y continuará siendo crucial, pues la AP se sitúa en la base de la curva, tanto en las primeras fases de transmisión comunitaria

como en el seguimiento final de las altas hospitalarias.

Desde el Foro de Médicos de Atención Primaria queremos, en primer lugar, aprovechar este día para manifestar nuestro apoyo y reconocimiento a todos los compañeros, médicos y pediatras de Atención Primaria, que desarrollan su labor asistencial en esta pandemia, en muchas ocasiones desprovistos del material de protección individual

adecuado a estándares; así como al resto de profesionales de la sanidad y otros trabajadores de sectores estratégicos que están dejándose la piel y la salud para salir de esta crisis. También lamentar el fallecimiento en acto de servicio de compañeros que, a pesar de las carencias en materia de protección, han afrontado el riesgo desnudos ante el COVID-19, anteponiendo la asistencia de sus pacientes a su propia

seguridad. Manifestar nuestro apoyo y condolencias a familiares y allegados de dichos compañeros fallecidos en esta crisis sanitaria.

Del mismo modo, queremos aprovechar este día para reivindicar nuestro Decálogo de objetivos para la Atención Primaria:

1. La Atención Primaria es el eje del sistema sanitario y así debería ser reconocida a todos los efectos.

Uno de los principales problemas acaecidos durante esta pandemia en nuestro país ha sido que la gestión se ha centrado en el abordaje hospitalario debido a la imprevisión y minusvaloración del peligro, lo que desencadenó en una explosión de la epidemia. En regiones como Canarias o Murcia, donde se ha tenido en cuenta a la Atención Primaria para el diagnóstico clínico, el seguimiento de estos pacientes, la contención y la ralentización en la llegada a los hospitales y la continuidad asistencial al alta, se ha conseguido una contención de la epidemia que se traduce en la menor tasa de pacientes confirmados por 100.000 habitantes.

En la mayoría de las comunidades, la Atención Primaria se ha visto expuesta por la falta de equipos de protección individual para los profesionales y merma, tanto por una deficiente gestión de los recursos humanos, en favor de la puesta en marcha de hoteles hospitalizados y macrohospitales de campaña, como por limitar los circuitos de solicitud de pruebas diagnósticas.

Haber obviado el fundamental e imprescindible planteamiento de asistencia comunitaria para prevenir la extensión de la epidemia nos ha llevado a la situación actual.

2. La Atención Primaria debe liderar, por tanto, la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social

En una situación de saturación como la que atravesamos, en la que el seguimiento hospitalario de los pacientes crónicos se ha visto cancelado o pospuesto, queda demostrado cómo en el seguimiento de patologías crónicas, como la diabetes, la cardiopatía, el asma, EPOC o HTA, entre

otras, los profesionales de la Atención Primaria están asumiendo tareas que les corresponden, tal y como hacían habitualmente e incluso asumiendo algunas de las tareas habituales de los compañeros de segundo nivel. Además, la Atención Primaria se posiciona como líder y continúa con la atención domiciliaria demostrando su compromiso y vocación, acudiendo en ocasiones a los domicilios sin equipos de protección individual o con algunos de calidad dudosa, exponiéndose al contagio por COVID-19, con importante riesgo para su salud y la de sus familias, como se demuestra en el alto número de casos confirmados en este colectivo.

La Atención Primaria es el nexo de referencia para el seguimiento estructurado de los pacientes crónicos, frágiles y con comorbilidad, que son claramente los pacientes de riesgo.

3. Los Médicos de Familia y Pediatras deben a su vez, liderar la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de recursos sanitarios (profesionalización de la gestión)

Las distintas entidades que confluyen en el Foro de Médicos de Atención Primaria reclamamos que, en la estrategia de abordaje de esta pandemia en España, se tenga en cuenta nuestro nivel asistencial, dotando de recursos la Atención Primaria, en lugar de cerrar centros, disponer de equipos de protección individual homologados, disponer de test para detectar a la población de manera más correcta favoreciendo un aislamiento mejor de los casos, y tener accesibles las distintas opciones terapéuticas. No entendemos cómo el aplaudido millón de pruebas rápidas de detección de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 no va a estar a disposición para que los pediatras y médicos de familia los realicen a sus pacientes.

Si contásemos con médicos de familia y pediatras en la gestión de estos recursos, su experiencia clínica podría ayudar a controlar de una manera más eficaz esta epidemia.

4. Dado su papel central en el sistema sanitario, los médicos

de familia y pediatras deben tener acceso al catálogo completo de pruebas complementarias.

La limitación de los test diagnósticos en Atención Primaria ha supuesto la imposibilidad de un diagnóstico precoz, la detección de focos de infección y el abordaje de las complicaciones de forma temprana, con la consecuente saturación de las urgencias hospitalarias y el sentimiento de desconfianza en la población general, que no entiende que no se les realice la prueba diagnóstica si su situación no es grave si o acuden a centros privados

5. El ejercicio de la Medicina en Atención Primaria debe tener un entorno profesional y laboral atractivo: estabilidad, incentivos?

Es urgente garantizar la estabilidad del profesional de Atención Primaria, así como incentivar con criterios profesionales su tarea. Se trata de un colectivo que ha respondido de manera ejemplar en esta crisis, aceptando movilidad y cambio de sus funciones, aumentando su horario de atención, trabajando fines de semana y festivos sin recibir hasta el momento ningún tipo de remuneración o compensación, y que en las próximas semanas se enfrenta a una carga de trabajo aún mayor de la que soportaba, gestionando una avalancha de altas hospitalarias, de pacientes crónicos de segundo nivel con atención demorada y de pacientes críticos sin tratamiento hospitalario. Muchos de estos profesionales lo están asumiendo con contratos precarios, con prórrogas de contratos de formación a R4 de Medicina Familiar y Comunitaria y de Pediatría y Áreas Específicas, cuando ya están perfectamente formados. Realmente es de justicia garantizar estabilidad.

La Atención Primaria española que ha sufrido continuos recortes desde hace años, tal y como lo recomienda la OMS, tiene que reforzarse para hacer frente a esta pandemia.

6. Las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por pacientes

La Atención Primaria está demostrando su gran capacidad de

adaptación y trabajo en grupo en este proceso. En pocas semanas hemos conseguido cambiar nuestra forma de trabajo, incorporar al personal no sanitario a tareas asistenciales y optar por el contacto telefónico, siguiendo con la actividad asistencial, pero evitando la acumulación de los pacientes en los centros de salud y reduciendo el contagio en ellos.

Desde el Foro de Atención Primaria siempre hemos reivindicado que las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, con un tiempo mínimo de 10 minutos por pacientes, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica, facilitando al máximo su realización.

7. La Gestión de la Incapacidad Temporal debe tener un diseño basado en criterios clínicos, evitando la multiplicación de informes y haciéndola extensiva a todos los niveles asistenciales

En plena crisis hemos asistido también a un descontrol en esta materia que ha provocado la generación de diferentes documentos, tanto a nivel de comunidades autónomas como del propio Ministerio. En esta línea abogamos por aunar esfuerzos para una mayor coordinación y trabajo conjunto de todas las especialidades implicadas en una baja laboral, potenciando la formación de todas las especialidades, y mejorando los sistemas de información entre los distintos organismos y niveles implicados.

8. La receta electrónica debe extenderse a todos los niveles asistenciales y a todo el Sistema Nacional de Salud.

La pandemia del coronavirus ha puesto de manifiesto la utilidad para los ciudadanos de la consulta telefónica y su indicación desde todos los niveles asistenciales, tanto el hospital como la urgencia extrahospitalaria o la medicina privada. La receta electrónica permite una prescripción y un seguimiento de la medicación que ha evitado la asistencia de pacientes a los centros sanitarios para la renovación de

medicación crónica. Es necesario cambiar aspectos tan criticados por los médicos de Atención Primaria, como el visado con carácter económico o la incomunicación con los farmacéuticos comunitarios, algo realizado en algunas comunidades autónomas en esta pandemia y que debe continuarse y extenderse a todo el territorio nacional.

9. La formación en Atención Primaria debe empezar en la Universidad, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia y la definición de competencias específicas de Pediatría de Atención Primaria en la formación de grado.

La alerta sanitaria ha hecho visible la casi inexistencia de la Medicina de Familia y de la Pediatría de Atención Primaria en la formación en la Universidad, pero a su vez ha puesto de manifiesto también la importancia que merece su presencia para adquirir competencias imprescindibles para cualquier profesional que ejerza la Medicina. Estas competencias son especialmente necesarias ante una situación de crisis sanitaria como la que vivimos.

La formación en Atención Primaria es fundamental para entender la estrategia de nuestro sistema de salud. La Atención Primaria es la base del sistema y es necesario que los profesionales y la sociedad sean conscientes de ello para no caer en la falsa creencia de que la Medicina solo se hace en los hospitales.

10. Se debe facilitar el acceso de los profesionales de Atención Primaria a las actividades formativas y promover la investigación teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial

El abordaje de la alerta sanitaria del COVID-19 detecta la necesidad de profundizar en la investigación en Salud Pública y en los abordajes de prevención y promoción de la salud, así como la participación de los profesionales de Atención Primaria en las actividades formativas de las mismas, disponiendo de tiempo y estímulo para su presencia en ambas, disponiendo de tiempo en su

jornada laboral y de los estímulos económicos, al igual que sucede en otros niveles asistenciales.

Esta participación en la investigación de la Atención Primaria creemos que puede dar un cambio importante al planteamiento de nuevas situaciones sanitarias y a la organización del SNS.

Desde el Foro de Atención Primaria queremos también manifestar nuestro apoyo a los residentes, que han demostrado un alto nivel de implicación, acudiendo a donde ha sido necesario, y consideramos que prolongar su formación y no contratarles como especialistas es una falta injustificable.

Deseamos que esta crisis sanitaria nos sirva para aprender de la importancia de la Sanidad, sustituyendo la expresión "GASTO SANITARIO" por la de "INVERSIÓN SANITARIA" y de la necesidad de que esta inversión sea suficiente, tanto en recursos humanos como en infraestructura y medios, para garantizar la potenciación de la Atención Primaria como eje que sustenta y alrededor del cual debe orbitar todo nuestro sistema sanitario.

FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Foro de Médicos de Atención Primaria agrupa a sociedades científicas, sindicatos profesionales y a la Organización Médica Colegial bajo un programa de objetivos comunes para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad de Sistema Nacional de Salud. Las entidades y sociedades integrantes son: Asociación Española de Pediatras de Atención Primaria (AEPap); Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM); Conferencia Estatal de Sindicatos Médicos (CESM); Organización Médica Colegial (OMC); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

El Foro para la Investigación de la Cerveza y Estilos de Vida (FICYE) sigue apostando por la investigación a través de las Becas Manuel de Oya



Como cada año, el Foro para la Investigación de la Cerveza y Estilos de Vida (FICYE) acaba de publicar la nueva convocatoria de las Becas Manuel de Oya, una iniciativa cuyo objetivo es fomentar el estudio en torno al consumo moderado de cerveza y su relación con los diferentes aspectos de la salud humana, siempre y cuando no hayan sido realizados ni difundidos con anterioridad en España.

Las becas están dirigidas a estudiantes de último curso de grado de cualquier carrera de ciencias o estudiantes de postgrado, siempre y cuando sean menores de 30 años. Los aspirantes deberán contar con un director de proyecto que pertenezca a una universidad o centro de investigación español y los adjudicatarios contarán con una dotación de 18.000 euros cada una para la realización del trabajo. El plazo para presentar el proyecto termina el 31 de octubre de este año. Se puede encontrar más información en la web www.ficye.es

Además, recientemente se han hecho públicas las investigaciones

ganadoras de la XX edición de las Becas Manuel de Oya. Así, dos jóvenes investigadores de la Universidad de Baleares y del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau pondrán en marcha dos estudios científicos gracias a la colaboración del FICYE.

El primer estudio realizado por la Universidad de Baleares **"Análisis del efecto de la ingesta moderada de cerveza sobre el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento: comparación de cerveza tradicional y cerveza sin alcohol"**, ha sido presentado por Manuel Jiménez, biólogo y será dirigido por el Dr. David Moranta Mesquida. En el mismo se analizará el consumo moderado de cerveza y su posible ayuda a la hora de atenuar el deterioro cerebral y declive cognitivo característico del envejecimiento, analizando si el contenido de alcohol puede reducir su impacto beneficioso. El objetivo de esta investigación es la comprobación de la existencia de diferencias en los efectos del consumo de cervezas entre un consumo diario o un consumo concentrado en fines de semana.

Por otro lado, se desarrollará el estudio **"Efecto del consumo moderado de cerveza sobre la composición de las membranas eritrocitarias en humanos"** del Programa -ICCC Cardiovascular - Institut de Recerca - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, presentado por Natàlia Muñoz García y dirigido por la Dra. Lina Badimon.

Esta investigación se centrará en el impacto de la ingesta moderada y regular de esta bebida fermentada sobre la salud cardiovascular y la prevención de ciertos tipos de patologías, lo que ayudará a comprender mejor algunos mecanismos protectores del consumo moderado de cerveza sobre el sistema cardiovascular. El objetivo es investigar el impacto del consumo moderado de cerveza en el perfil lipídico de las membranas eritrocitarias en individuos obesos sanos, estudiar su relación con marcadores de inflamación plasmáticos y el sistema inflammasoma, así como con parámetros de estrés oxidativo.

11 cosas que debes saber sobre COVID-19 y enfermedades cardiovasculares y renales... y algunas son positivas

Los médicos de Atención Primaria advierten sobre el más que posible incremento en la mortalidad cardiovascular en la población española a medio y largo plazo



Millones de personas en España padecen enfermedades cardiovasculares (ECV) y/o renales, muchas de las cuales están sometidas a un riesgo más elevado de presentar complicaciones o de fallecer si desarrollan la COVID-19. Ante esta situación, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) ha llevado a cabo un especial de SEMERGENVIVO (su plataforma online) para analizar tanto los últimos avances como las consecuencias que produce la COVID-19 en el manejo de los pacientes con patologías cardiovasculares y renales. El webinar completo ya está disponible en en vivo.semergen.es, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.

En la sesión online han participado los doctores José Luis Llisterri (presidente de SEMERGEN), Vicente Pallarés (médico de Familia y coordinador del Grupo de Trabajo -GT- de Hipertensión Arterial

y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN) y José Luis Górriz (jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, y miembro del GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN). En esta ocasión los ponentes participantes han consensuado 11 ideas o mensajes clave, resumiendo la evidencia disponible actualmente y su experiencia en lo que respecta a la COVID-19 y el paciente cardiovascular y/o renal.

1) Idéntico riesgo de infectarse.

Los pacientes con ECV (HTA, diabetes, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, etc.) tienen las mismas probabilidades de desarrollar la infección que causa la COVID-19 que aquellos que no padecen una ECV.

2) Mayor mortalidad y complicaciones.

La mortalidad aumenta con la edad, así como con la coexistencia de enfermedad cardiovascular, en cuyos pacientes alcanza tasas del 13,2% (según los últimos datos

disponibles). Si en estos pacientes se desarrolla la COVID-19, las posibilidades de complicaciones son mayores; son pacientes de riesgo.

3) Mayor riesgo de desestabilización.

La ECV crónica estable puede hacerse inestable como consecuencia de la inflamación sistémica y de los efectos procoagulantes inducidos por la infección vírica. El aumento de la actividad inflamatoria sistémica y procoagulante puede persistir tiempo después de la resolución de la infección respiratoria. A juicio del Dr. José Luis Llisterri, "esto es importante para evaluar el impacto en la morbimortalidad a corto y medio plazo en personas con ECV que han sufrido la infección por SARS-Cov-2".

4) Expectativas de aumento de mortalidad cardiovascular a medio y largo plazo.

Según han expuesto los expertos participantes en este webinar, es plausible inferir que se pueda producir un incremento en la mortalidad cardiovascular a medio y largo plazo (muerte súbita

extrahospitalaria, ruptura cardíaca o infartos). En este sentido, un reciente registro de la Sociedad Española de Cardiología alerta sobre la disminución significativa de la actividad en la cardiología intervencionista, "con una reducción del 40% en el tratamiento del infarto durante el estado de alarma", subraya el Dr. Llisterri.

5) Evitar consultas innecesarias.

Los pacientes con ECV estable (síndrome coronario crónico, insuficiencia cardíaca crónica, fibrilación auricular crónica...) deben evitar acudir a la consulta de Atención Primaria si no es necesario. Deben cumplir con las recomendaciones de protección y de cuarentena y con el tratamiento farmacológico prescrito. No deben abandonar la medicación por ningún motivo sin consejo médico.

6) El autocuidado, la clave.

El autocuidado tiene especial importancia en los pacientes con ECV. Como recomienda el Dr. Vicente Pallarés, "siempre que sea posible, se debe registrar autocontrol de la presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de O₂, glucemia y peso". Además, como complementa el Dr. Llisterri, "se debe consultar siempre ante la aparición de alteraciones en estos parámetros y/o ante signos y/o síntomas de alarma que pueden no deberse a COVID-19".

7) Ante síntomas de alarma, no lo dude.

Los pacientes con una urgencia cardiovascular, con síntomas de angina o infarto de miocardio, arritmias, dolor torácico inexplicable, aumento de la disnea en paciente con insuficiencia cardíaca...deben llamar al 112 para activar el código infarto o establecer la derivación oportuna al hospital. El miedo de los pacientes a contagiarse puede ocasionar la no demanda de asistencia médica en caso de urgencia. Los centros de salud y los servicios hospitalarios siguen funcionando; cuando sea necesario realizar pruebas complementarias (ECG, analítica, Rx,...) deben hacerse.

8) No abandonar tratamientos.

Actualmente se cuenta con tratamientos que consiguen gran beneficio cardiovascular y renal, especialmente en diabetes mellitus tipo 2. En este sentido, como subraya el Dr. José Luis Górriz, "la suspensión de nuevos tratamientos por cualquier motivo o duda en su manejo (como pueden ser los inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2 -iSGLT2-) puede privar a los pacientes de importantes beneficios cardio-renales". En esta situación el contacto con Nefrología por vía telemática puede ayudar a aclarar dudas en dicho manejo, en el caso de que surjan; sin duda, afirma este experto, "es crucial la utilización de los sistemas informáticos oficiales para la interconsulta de cualquier tipo de problema o duda".

9) Apoyo de las técnicas domiciliarias.

En pacientes renales que precisan diálisis, las técnicas domiciliarias (como la diálisis peritoneal o la hemodiálisis domiciliaria) suponen una gran ventaja, "ya que el paciente permanece en casa, tiene menor probabilidad de infectarse y de infectar a los demás, y evita el enorme coste que supone una logística compleja de tratamiento (generalmente en el hospital)", señala el Dr. Górriz. En este sentido, la Sociedad Española de Nefrología ha iniciado un registro de personas con infección por SARS-Cov-2 que, en poco más de dos semanas, ha reclutado a cerca de 700 pacientes.

10) La hora (definitiva) de la telemedicina y las TICs.

«La situación actual relacionada con la crisis de la COVID-19 nos ha enseñado que la asistencia mediante telemedicina se puede utilizar en un porcentaje elevado de pacientes», asegura el Dr. José Luis Górriz, quien aconseja "ver esta situación como una oportunidad para un novedoso y más eficiente manejo de los recursos sanitarios". Por ello, se recomienda definir qué situaciones son más adecuadas para la consulta telemática. Como lo resume el Dr.

Vicente Pallarés, "hay que aprovechar la situación actual y convertirla en oportunidad, sobre todo para promover la consulta no presencial (virtual)".

Por otra parte, la necesaria apuesta por las tecnologías de la comunicación e información que ha impuesto esta pandemia también puede y debe facilitar la asunción definitiva de estos recursos en Atención Primaria, sobre todo para optimizar el manejo de información y datos de los pacientes. "En la era del Big Data, la Inteligencia Artificial y el Machine Learning, no se acaba de entender que no dispongamos de cifras reales y en tiempo real", denuncia el Dr. Pallarés.

Más que nunca, en situaciones de crisis sanitarias, la AP es fundamental. Como resalta el presidente de SEMERGEN, "la Atención Primaria constituye un nivel asistencial clave para el cuidado de la población con ECV y/o renal" quien recuerda también que "el seguimiento domiciliario es crucial en la detección precoz y rápida de los síntomas y/o signos de alarma en estos pacientes". Y es que, a juicio del Dr. José Luis Llisterri, "ninguna máquina o smartphone podrá suplir a estos profesionales del primer nivel asistencial en su función de control o seguimiento de los pacientes con problemas cardiovasculares y/o renales"; sin duda, asegura, "aquí cobra todo su valor la AP, por su cercanía, confianza y accesibilidad". Por eso, como demanda el Dr. Pallarés, "medicina de Familia debe reforzar aún más su papel de director/gestor de la gran orquesta (resto especialidades) que atiende al paciente, en colaboración y asegurando la continuidad asistencial".

Poniendo el acento en los efectos “positivos” para la salud de la pandemia de coronavirus

La hora de la telemedicina, el autocuidado y la revisión de terapias

Aunque resulta complicado atisbar consecuencias positivas de la actual situación de pandemia de coronavirus y del confinamiento domiciliario impuesto, expertos reunidos por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) en un webinar de SEMERGENVIVO (su plataforma online) señalan algunas tendencias y comportamientos que podrían suponer un cambio significativo y positivo en la salud de las personas confinadas que tienen una enfermedad cardiovascular y/o renal.

habituales y con el tratamiento farmacológico prescrito».

El momento de la telemedicina

Motivados por la situación de excepcionalidad, que impone restricciones para abandonar el domicilio, médicos y pacientes han establecido, fomentado y mejorado nuevas formas de relación, basadas en recursos tecnológicos. “Sin perder la esencia de la relación médico-paciente, estamos comprobando que se ha transformado y tecnologizado, y que el cambio puede ser definitivo”, asegura el Dr. Vicente Pallarés.

pacientes y los propios médicos empiezan a confiar mucho más que antes en estas tecnologías, se sienten cada vez más cómodos a la hora de utilizarlas y asumen que pueden resultar necesarias e imprescindibles en la etapa postconfinamiento, sobre todo para hacer seguimientos o controles rutinarios, extender la prescripción de medicación ya establecida o responder dudas sencillas”.

En esta misma línea, el Dr. José Luis Górriz, jefe de Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Uni-

y en la unidad cardiorenal, la teleconsulta ha permitido optimizar la atención. “La clave ha sido una formación previa del paciente, que se hace de forma habitual en colaboración con Enfermería; de esta manera, el paciente conoce los parámetros a monitorizar, así como los signos de alarma, facilitando su manejo (incluyendo el ajuste de fármacos y recomendaciones generales)”, indica el Dr. Górriz.

“Sin perder la esencia de la relación médico-paciente, estamos comprobando que se ha transformado y tecnologizado, y que el cambio puede ser definitivo”

Por lo tanto, se aconseja trabajar con plataformas que incluyan sistemas de monitorización digital (balanzas, podómetros, pulseras/relojes de monitorización) para una adecuada monitorización del paciente; “esto, sin duda, podrá mejorar el pronóstico del mismo y reducir las hospitalizaciones”, destaca el Dr. Górriz. Poniendo como ejemplo su unidad cardiorenal en el Hospital Clínico Universitario de Valencia, los pacientes con insuficiencia cardiaca, ayudados por Enfermería y algunas consultas telemáticas por parte del médico, han mostrado capacidad para un manejo de la enfermedad, con ajuste de diuréticos y otras medicaciones. “Es una oportunidad para implementar el empoderamiento del paciente en su autocuidado, y lo han hecho muy bien; de hecho, no hemos tenido ingresos hospitalarios por descompensación en este periodo”, asegura.

“Esta crisis ha demostrado la gran utilidad de esta estrategia tanto para una optimización de los cuidados como para la eficiencia del sistema”



El refuerzo del empoderamiento y autocuidado

Y es que la mejoría del autocuidado es otro efecto secundario derivado del estado actual. En el ámbito de la Atención Primaria, como revela el Dr. Pallarés, “estamos comprobando como muchos pacientes con enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o renales, llevados sobre todo por el miedo o recelo a experimentar un agravamiento de su enfermedad de base y verse obligados a acudir a su médico de cabecera o al hospital, están siguiendo de forma más estricta las recomendaciones de su médico”. En este sentido, según su experiencia, “aprecio diariamente como mis pacientes no solo van entendiendo mejor que no hace falta que acudan como antes a mi consulta, sino que también han puesto mucho más empeño en realizar actividad física, tomar menos sal. En general, están haciendo las cosas “mejor” y se sienten mejor”.

Sin embargo, como advierte el Dr. José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN, “esto no debe confundirse con evitar acudir al médico de Familia o a Urgencias ante signos claros de agravamiento de la enfermedad cardiovascular o renal; es importante que la población no tenga miedo a acudir a los centros asistenciales ante cualquier sospecha de enfermedad grave, porque se constata un aumento de

complicaciones y fallecimientos al retrasar o eludido esta visita”.

Un buen momento para reevaluar tratamientos prescritos

Otra oportunidad que ofrece la situación de excepcionalidad que existe actualmente es la de revisar algunos tratamientos farmacológicos que se mantienen durante años en pacientes con enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o renales.

“Esto no debe confundirse con evitar acudir al médico de Familia o a Urgencias ante signos claros de agravamiento de la enfermedad cardiovascular o renal”

A juicio del Dr. Vicente Pallarés, “ahora es una excelente oportunidad para reevaluar en nuestros pacientes crónicos todos sus tratamientos farmacológicos y desprescribir los que no sean necesarios u ofrezcan un verdadero beneficio y que, en caso de tener que ingresar por COVID-19, pueden generar interacciones y problemas más o menos graves”.

El webinar completo ya está disponible en envivo.semergen.es, junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos grupos de pacientes o colectivos sociales.



Básicamente, como reseña el Dr. Vicente Pallarés, médico de Familia y coordinador del Grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN, «estamos asistiendo a una transformación de la relación médico-paciente y, por otro, observamos desde Atención Primaria como muchos de estos pacientes con enfermedades cardiovasculares y/o renales cumplen más y mejor con los consejos higiénico-dietéticos

“Muchos pacientes, médicos y gestores han sido hasta ahora reacios a las consultas telemáticas”;

“Ahora empleamos muy a menudo recursos de teleconferencia o telefonía, como Skype, FaceTime o WhatsApp, para hacer un seguimiento de los pacientes”, informa el experto de SEMERGEN, quien apunta también que “lo mejor es que los

versitario de Valencia, reconoce que “muchos pacientes, médicos y gestores han sido hasta ahora reacios a las consultas telemáticas”; sin embargo, atendiendo a su experiencia, “esta crisis ha demostrado la gran utilidad de esta estrategia tanto para una optimización de los cuidados como para la eficiencia del sistema”. En concreto, en el paciente con enfermedad renal crónica, especialmente en estadios avanzados

Cuestionario Covid19 Trends

Todos conocemos la pandemia de [COVID-19](#) que está afectando a nuestra sociedad. Desgraciadamente debido a la falta de pruebas diagnósticas no a todo el mundo se le está haciendo el test para saber si ha sufrido o está tiene la infección.

La fundación IO, con la que trabajamos desde hace varios años,

está llevando a cabo una encuesta que cuenta con el Aval de SEMERGEN para ayudar al sistema sanitario a estimar la distribución espacio-temporal de los casos probables con objeto de frenar su extensión. Por ello pedimos tu colaboración, rellenando este pequeño cuestionario con objeto de poder mejorar las medidas de

control. ¡Muchas gracias por tu esfuerzo y mucho ánimo!

NOTA: OS PEDIMOS UNA RESPUESTA POR PERSONA. SI APARECIERAN SÍNTOMAS NUEVOS TRAS RELLENAR EL FORMULARIO, POR FAVOR VOLVER A COMPLETARLO.

[Enlace directo al cuestionario castellano](#)



“No se dispone de evidencia suficiente para suspender/modificar el tratamiento establecido con IECA o ARA II debido a la probable infección por COVID-19”

Desde el Grupo de trabajo de HTA y ECV de SEMERGEN, ante la gran difusión de noticias alarmantes relacionadas con el posible efecto perjudicial de los bloqueadores del sistema renina angiotensina (IECA/ARA II) muy utilizados en el tratamiento de la HTA, y otras patologías como la ICC, que

pueden aumentar el riesgo de infección por COVID-19 y la severidad de está. En línea con los recientes comunicados publicados tanto por la ESH como por la ESC (1,2), que-remos enviar un mensaje de calma tanto a nuestros compañeros de Atención Primaria como, a sus pacientes, y expresar lo siguiente:

1. En el momento actual no existe suficiente evidencia científica de que la hipertensión per se, esté asociada con un mayor riesgo de infección por COVID-19.
2. Los pacientes con hipertensión deben seguir las mismas recomendaciones y precauciones que el resto de la población.

3. En pacientes estables con infecciones por COVID-19 o en riesgo de infección, el tratamiento con IECA y ARA II, debe mantenerse de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica más recientes (Guías ESC/ESH 2018) (3,4).
4. Los datos disponibles actualmente sobre las infecciones por COVID-19 no respaldan la suspensión o modificación del tratamiento con IECA o ARA II en los pacientes hipertensos o con insuficiencia cardíaca con infección por COVID-19.

Desde el GdT de HTA y ECV de SEMERGEN seguiremos la evolución de nuevos datos y evidencias sobre el impacto de los medicamentos antihipertensivos (IECA / ARA II), en el curso clínico de las infecciones por COVID-19.

NOTA AL PIE.- Esta declaración se basa en el conocimiento publicado a fecha 13 de marzo de 2020 y puede modificarse en función de nuevas evidencias.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://secardiologia.es/institucional/socios/comunicados/comunicados-oficiales/11446-no-hay-evidencia-clinica-ni-cientifica-para-suspender-tratamientos-de-ieca-y-ara-debido-a-la-infeccion-por-covid-19>

dencia-clinica-ni-cientifica-para-suspender-tratamientos-de-ieca-y-ara-debido-a-la-infeccion-por-covid-19

- <https://www.eshonline.org/spotlights/esh-statement-on-covid-19/>
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al., ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of

arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39:3021-104.

- Pallarés-Carratalá V, et al. Posicionamiento para el manejo de la hipertensión arterial en atención primaria a partir del análisis crítico de las guías americana (2017) y europea (2018). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Semergen. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.02.003>



Consejos de salud sobre el coronavirus (COVID-19) para personas con asma

Para reducir su riesgo de síntomas de asma, la mejor acción que puede tomar es seguir estos simples pasos para su manejo:

- Siga usando su inhalador preventivo diariamente según lo prescrito. Esto ayudará a reducir el riesgo de un ataque de asma provocado por cualquier virus respiratorio, incluido el coronavirus.
- Lleve consigo su inhalador de alivio todos los días y en caso de que sus síntomas de asma se agraven, úselo sin demora.
- Siga las instrucciones que le dio su médico cuando tuvo otra crisis de asma (plan de acción) y esté pendiente para reconocer y controlar los síntomas de asma cuando aparezcan.

- No ignore sus síntomas, especialmente si se siente dificultad para respirar o falta de aliento; puede pensar que es “solo un resfriado”, pero recuerde que podría desencadenar un ataque de asma potencialmente mortal especialmente si en otras ocasiones tuvo que acudir a urgencias o necesitó uso de corticoides.
- Si tiene fiebre, utilice paracetamol y no ibuprofeno.

Si su asma está empeorando y existe riesgo de tener coronavirus, contacte por teléfono con su Médico de Familia llamando al Centro de Salud. Si esto no es posible contacte por teléfono con el Servicio de Urgencias. **No acuda a Urgencias o a su Centro de Salud** salvo que sus síntomas sean

muy intensos y/o no respondan a las medidas anteriores.

Cuando contacte por teléfono con su médico o servicio de urgencias sea claro y conciso con lo que tiene que decir:

- Diga que padece asma y que han aumentado sus síntomas
- Explique con qué frecuencia está usando su inhalador de rescate y sobre todo si no mejora tras su uso
- Siga estrictamente las instrucciones que le den por teléfono.

Adaptado de: Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Asthma UK. [Citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.asthma.org.uk/advice/triggers/coronavirus-covid-19/>

‘Tardes Cardiometabólicas’, un ciclo de webinars para actualizar conocimientos y aclarar controversias durante la pandemia en el manejo de pacientes con patologías crónicas cardiovasculares

- Sustituyen a las Jornadas Cardiovasculares de SEMERGEN, que debían haberse llevado a cabo en abril.
- Se celebran todos los martes y jueves, del 26 de mayo al 16 de junio, incluyendo conferencias ya previstas, pero también nuevas sesiones específicas sobre la COVID-19 y su impacto en el manejo de pacientes con patologías crónicas cardiovasculares.
- El especial impacto negativo que tiene la infección por SARS-Cov-2 y la COVID-19 en los pacientes cardiovasculares precisa de una atención mayor y una actualización en la formación de los médicos de AP.

Hacer de la adversidad una oportunidad. Bajo esa premisa, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) ha reconvertido sus jornadas nacionales cardiovasculares, que son un referente desde hace años en la formación de los médicos de Familia. Previstas para el mes de abril en Almería con un formato presencial, se han transformado en una serie de webinars, no solo manteniendo muchos de los temas y ponentes que se habían escogido inicialmente, sino **introduciendo también algunos nuevos**, que aluden a los cambios que la pandemia por COVID-19 puede suponer en el manejo de los pacientes con patologías crónicas cardiovasculares.

Y es que la formación en este ámbito, según la **Dra. María Seoane**, presidenta del Comité Científico de las ‘Tardes Cardiometabólicas’, resulta ahora especialmente crucial. “Debemos realizar el máximo



esfuerzo para que nuestros pacientes con factores de riesgo cardiovascular o que ya presentan una patología cardiovascular, si desarrollan la COVID-19, estén **lo mejor controlados posible**”. Y es que se trata de pacientes especialmente vulnerables a sufrir complicaciones más graves si se infectan; por ello, añade esta experta, “Hay que ofrecerles el mejor tratamiento para su patología según las últimas recomendaciones, para lo cual es clave que sigamos formándonos y actualizando nuestros conocimientos en el ámbito cardiovascular”.

Formación dónde y cuándo se necesita

En este contexto, SEMERGEN, en su afán de procurar al médico de Atención Primaria la formación necesaria y la actualización de conocimientos en estos complicados momentos de la pandemia de coronavirus y adaptándose a las limitaciones actuales para realizar eventos científicos presenciales, ha adoptado un **innovador formato de presentaciones en streaming**. Así nacen las denominadas ‘**Tardes Cardiometabólicas**’, encuentros científicos al más alto nivel que tendrán lugar online todos los **martes y jueves**,

empezando el 26 de mayo y finalizando el 16 de junio.

Como señala el **Dr. Lisardo García**, presidente del Comité Organizador de las ‘Tardes Cardiometabólicas’ “se ha transformado la actividad presencial de las exitosas Jornadas Cardiovasculares en un formato online en un tiempo récord, respetando la parte científica y de debate de cada una de las mesas”. A su juicio, “con este formato, que hemos desarrollado con mucha ilusión, conseguiremos que, a pesar de la situación actual, podamos seguir manteniéndonos al día, debatiendo sobre las últimas novedades, aportando diferentes puntos de vista y buscando soluciones a situaciones nuevas”.

Mayor alcance y difusión

Ahora, incluso, “tenemos el aliado de tratar de llegar a un número mucho mayor de profesionales que de forma presencial”, indica la Dra. Seoane. Como continúa explicando, “este cambio de formato nos permite transmitir información y conocimientos a un mayor número de compañeros interesados en la patología cardiovascular que, por determinadas circunstancias, no podrían haber asistido de forma presencial a nuestras jornadas”.

Además, las **sesiones estarán disponibles en la web de SEMERGEN** y podrán visualizarse a posteriori si en la fecha y hora de emisión no es posible acceder a ellas. “Llegaremos a un número mayor de profesionales, que podrán visualizar los contenidos de las sesiones en días y horarios que se adapten mejor a la situación personal y profesional de cada uno”, apunta el Dr. Lisardo García, quien admite que los asistentes virtuales “**van a obtener un doble beneficio: información actualizada sobre los últimos avances en la patología cardiovascular y la posibilidad de aplicar inmediatamente a sus pacientes todo lo aprendido**”.

Estas sesiones, que tienen un **enfoque eminentemente clínico y práctico**, van dirigidas a todos los profesionales de Atención Primaria, tanto médicos como residentes de Familia, que quieran formarse y estar al día en las últimas novedades en patología cardiovascular, así como a todos los médicos y residentes de otras especialidades que comparten con los médicos de AP el manejo de estos pacientes.

“Van a obtener un doble beneficio: información actualizada sobre los últimos avances en la patología cardiovascular y la posibilidad de aplicar inmediatamente a sus pacientes todo lo aprendido”

Temas clásicos y nuevos problemas

Temas como la **insuficiencia cardíaca**, el manejo práctico y futuro de la **anticoagulación** en Atención Primaria o el abordaje de la diabetes y el riesgo cardiovascular asociado componen el programa científico, donde también se incluirán sesiones monográficas sobre tromboprolifaxis en la COVID-19, anticoagulación en el paciente crónico, la obesidad y la dislipemia, o el tratamiento farmacológico en la deshabitación tabáquica. Se adopta un formato

didáctico, visual e interactivo, tratando de aunar la actualización de evidencias y consejos con el debate y puesta en común de controversias.

“Los temas elegidos recogen las últimas novedades en patologías cardiovasculares tan prevalentes como la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la diabetes y el riesgo cardiovascular, la anticoagulación, la dislipemia y la obesidad o el tabaquismo”, destaca la presidenta del Comité Científico. En total, se han fijado **casi una decena de sesiones** de más de una hora de duración, a modo de charla-debate, con un moderador y dos ponentes expertos en cada uno de los diferentes temas, “*intentado que sea lo más dinámico posible, estableciendo al final de ellas un turno de preguntas que las personas que están viendo las sesiones pueden dirigir a los ponentes*”, detalla la Dra. Seoane. Respecto a los ponentes, “*muchos de ellos son médicos de Atención Primaria de referencia que integran los distintos grupos de trabajo de SEMERGEN relacionados con la patología cardiovascular, aunque también se contará con expertos de otras especialidades médicas que aportarán su particular visión sobre cómo debe ser el manejo de dichas patologías en AP*”.

Empezando por la insuficiencia cardíaca

La **primera tarde cardiometabólica**, que se celebra **hoy de 18:00 a 19:50 h**, tiene como protagonista a la **insuficiencia cardíaca**, estructurándose en dos bloques temáticos: la insuficiencia cardíaca (IC) en tiempos de pandemia y el manejo compartido del déficit de hierro en la IC.

La insuficiencia cardíaca no solo es una de las enfermedades más prevalentes en la edad más adulta, sino que supone el **estadio final del continuo cardiovascular**. “Esta enfermedad refleja el agotamiento del corazón, y suele marcar el estadio final de la enfermedad cardiovascular, asociándose tradicionalmente con un mal

pronóstico y una deficiente calidad de vida”, informa el **Dr. Vicente Pallarés Carratalá**, ponente en una de estas sesiones y coordinador del Coordinador del Grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Esta grave afección tiene en estos momentos, además, unas connotaciones aún más preocupantes, dada su vinculación con una mayor tasa de mortalidad en pacientes que, además, ha desarrollado la COVID-19. Con todo, el Dr. Pallarés es optimista, puesto que “**actualmente contamos con muchas herramientas para evitar este agotamiento del corazón y retrasar su final**”.

Respecto a la asociación entre COVID-19 e IC, este experto aclara que “**un paciente con IC no tiene un mayor riesgo de infectarse por SARS-Cov-2, y si desarrolla la enfermedad, su pronóstico no tiene por qué empeorar si logramos que esté bien controlado y se mantenga estable**”. Para lograr este objetivo, en opinión del Dr. Vicente Pallarés, la figura del médico de Atención de Primaria es esencial: “*debe ser el director de orquesta*”.

“Los temas elegidos recogen las últimas novedades en patologías cardiovasculares tan prevalentes como la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la diabetes y el riesgo cardiovascular, la anticoagulación, la dislipemia y la obesidad o el tabaquismo”

Las ‘Tardes Cardiometabólicas’, como destaca el Dr. Lisardo García, “**son fruto de la colaboración del grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN, participando también 4 grupos de trabajo más: Lípidos, Nutrición, Vasculopatías y Tabaquismo. La alta calidad científica está asegurada**”, concluye.

Gestiona la EPOC. Curso online SEMERGEN

Una formación para la gestión clínica integral del paciente con EPOC

Con este curso de formación online de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) se pretende poner en valor los principales aspectos de la gestión del paciente con EPOC en la consulta del médico de Atención Primaria.

El contenido docente se presenta en 4 módulos con un total de 14 temas elaborados por miembros del Grupo de Trabajo de Respiratorio de la SEMERGEN. Cada tema incluye material teórico, caso de práctica clínica y test de evaluación.

COORDINADOR:

Dr. J Tomás Gómez Sáenz

OBJETIVOS

1. Potenciar las habilidades clínicas del médico de familia referentes al diagnóstico y tratamiento global del paciente con EPOC.
2. Actualización y ampliación de conocimientos sobre aspectos relacionados con su calidad de vida, el ejercicio, comorbilidades, adherencia al tratamiento o motivación.

DURACIÓN

Ampliación hasta final de año.

CRÉDITOS

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias

RANKING DE ACIERTOS

Durante la realización del curso se mostrará un ranking de aciertos anónimo entre los participantes, y en donde cada participante podrá saber el número de aciertos que lleva obtenidos en cada momento.

PROGRAMA

• MÓDULO 1

- Tema 1. Diagnóstico de EPOC ¿Qué hago para que no se me escapen pacientes? ¿Es necesario detectar precozmente?
Dr. José Manuel Helguera Quevedo
- Tema 2. Espirometrías, ¡otra vez!
Dr. Daniel Rey Aldana
- Tema 3. ¿Cómo clasifico a mi paciente con EPOC y qué pruebas iniciales le debo solicitar?
Dr. Daniel Rey Aldana

• MÓDULO 2

- Tema 4. Tratamiento de la EPOC estable ¿Qué fármacos tenemos?
Dr. José Antonio Quintano Jiménez
- Tema 5. Tratamiento de la EPOC estable ¿Cuántos fármacos? ¿A quién?
Dr. José Antonio Quintano Jiménez
- Tema 6. Lo que siempre se nos olvida: lo que no es un inhalador.
Dr. Enrique Rodríguez Guerrero
- Tema 7. Tabaquismo y nuevas formas de vapeo.
Dr. Enrique Rodríguez Guerrero

• MÓDULO 3

- Tema 8. ¿A quién tratar con corticoides inhalados?
Dr. J Tomás Gómez Sáenz
- Tema 9. A este paciente le pasan muchas cosas: las comorbilidades en la EPOC.
Dr. J Tomás Gómez Sáenz
- Tema 10. Este paciente se acatarrar mucho: las agudizaciones.
Dr. Antonio Hidalgo Requena

• MÓDULO 4

- Tema 11. ¿Y si lo que falla es la adherencia? La importancia del dispositivo.
Dra. Milagros González Béjar
- Tema 12. Motivación del paciente y su entorno.
Dra. Margarita Pinel Monge
- Tema 13. Intervención en tabaquismo.
Dra. Milagros González Béjar
- Tema 14. El final de la vida. Medidas paliativas en EPOC.
Dr. J Tomás Gómez Sáenz

Accede a:

www.gestionalaepoc.es

Código de registro: SEM225

Para contactar con el soporte técnico diríjase al correo electrónico:

cmc@cuquerellamedical.com

