



Mayo 2022

# axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



*Cuatro años más al servicio de los colegiados y de la profesión*

La Junta Directiva del ICOMVA jura sus cargos tras su reelección

## El Colegio al Día 4

- Actividades de la Junta Directiva
- VII Jornadas de Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición
- Reelección del Dr. José Luis Almudí como Presidente del ICOMVA
- Toma de posesión de la Junta Directiva
- Debate sobre la situación y los puntos de mejora del paciente anticoagulado en fibrilación auricular

## Estudios 22

- Aspectos relativos al paciente crónico complejo.

Por el Dr. Luis Inglada Galiana y las Dras. Elena Izquierdo Delgado y Mari Cruz Pérez Panizo, de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del HURH de Valladolid

## Arte 30

- Las enfermedades de Goya y retrato con el Dr. Arrieta.

Por el Dr. Ciriaco Casquete.

### CONSEJO EDITORIAL

**Presidente:** José Luis Almudí Alegre

**Vicepresidenta I:** Raquel Blasco Redondo

**Vicepresidenta II:** Rosa M<sup>a</sup>. Ibán Ochoa

**Secretario General:** Raúl de la Cruz Marcos

**Vicesecretario:** Alberto Verrier Hernández

**Tesorera:** Ana M<sup>a</sup>. Serrador Frutos

**Vocales:** M<sup>a</sup>. Isabel Gutiérrez Pérez

Mercedes Coloma Pesquera

Roberto Pesquera Barón

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Jesús María Díez Rodríguez

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

Guillermo Cabezudo Molleda

Dirección, producción y edición de la revista:

Elsa García García

Colegio de Médicos de Valladolid.

C/ Pasión 13, 3º.

47001 Valladolid

983.355.488/ 983.351.703

[www.medicosva.es](http://www.medicosva.es)

ISSN: 1132-4678

Dos meses de espera tras las elecciones autonómicas y por fin vemos un nuevo Gobierno de la Comunidad de Castilla y León.

Desde el 13 de febrero no hemos escuchado ninguna manifestación relacionada con la sanidad regional por parte de ningún partido político, dando la impresión de que, tras el debate, la sanidad ha dejado de ser un tema de importancia, cuando todos sabemos que nuestro sistema sanitario necesita soluciones y decisiones.

La pandemia ha tensionado nuestro sistema y puesto en evidencia muchas debilidades encubiertas hasta ahora, pero ya conocidas y denunciadas.

En la actualidad, una vez superado el punto crítico pandémico, las autoridades sanitarias y no sanitarias afrontan el reto de conjugar las dificultades financieras con las necesidades sanitarias de la población.

La crisis económica que arrastramos desde el año 2008 ha sufrido un agravamiento con la pandemia, y la guerra en Ucrania, justo en el momento en el que se implementaban las ayudas europeas para la recuperación, ha frenado en seco las previsiones optimistas de los Gobiernos nacionales y autonómicos.

Ahora, más que nunca, es necesario abordar de forma valiente los problemas con las soluciones que todos conocemos y se comparten fuera del debate partidista.

No hacer nada será la peor solución mientras nuestro modelo de asistencia sanitaria se desangra poco a poco.

El compromiso de los médicos ya se conoce. No dejen que la desmotivación se extienda. Solo necesitamos que los responsables políticos consensuen y se pongan a trabajar en diseñar el modelo sanitario que resuelva de manera eficaz, sostenible y suficiente los problemas de salud de los ciudadanos de Castilla y León.



Dr. José Luis Almudí Alegre  
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
13 / 01	Pleno extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
13 / 01	Reunión publicación Guía Urología con el Dr. Jesús Díaz	Presidente, Dr. José Luis Almudí Alegre; y Dra. Isabel Gutiérrez
18 / 01	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
20 / 01	Encuentro responsables Cooperación Internacional de la OMC de los Colegios Médicos (Madrid)	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
20 / 01	Pleno extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
25 / 01	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
26 / 01	Pleno extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL (Facultad de Medicina)	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL**

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
26 / 01	Pleno extraordinario de la Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
27 / 01	Presentación de la Alianza Médica contra el Cambio Climático (AMCC) - Seminario: Medio Ambiente y Salud: Cambio Climático	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
28 / 01	Asamblea General de CGCOM (Madrid)	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
04 / 02	Asamblea de los Representantes Provinciales de la Sección de Médicos de Ejercicio Privado	Rep. Junta Directiva: Dra. Rosa M <sup>a</sup> Pérez Nava y Dr. Sergio García Collado
04 / 02	Asamblea de la Vocalía de Administraciones Públicas	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera
08 / 02	Reunión con Manuel Escarda, Senador por el PSOE	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
08 / 02	Reunión Comisión Evaluación Médicos Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera y Dra. Verónica González-Pinto

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
08 / 02	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
10 / 02	Asamblea de la Vocalía de Médicos Tutores de y Docentes	Rep. Junta Directiva. Dra. Rosa M <sup>a</sup> Ibán Ochoa
11 / 02	Asamblea de la vocalía de Médicos de Hospitales	Rep. Junta Directiva. Dra. Rosa M <sup>a</sup> Ibán Ochoa
15 / 02	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
18 / 02	Asamblea de los Representantes Provinciales de la Sección de Médicos de Atención Primaria Rural	Rep. Junta Directiva. Dra. Mercedes Coloma
23 / 02	Reunión grupo de trabajo Hospitales	Presidente, Dr. José Luis Almudí Alegre; y Dra. Rosa M <sup>a</sup> Ibán
24 / 02	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL**

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
24 / 02	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
25 / 02	Asamblea General de CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
26 / 02	Pleno extraordinario de la Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
02 / 03	Reunión con la Federación Alzheimer CyL-AFACAYLE	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
02 / 03	Reunión con la Coordinadora Autónoma de UNICEF (Rocío Gutiérrez Ruiz)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
03 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados	Rep. Junta Directiva. Dr. Benito Cortejoso
04 / 03	Asamblea de la Vocalía de AP Urbana	Rep. Junta Directiva. Dra. Isabel Gutiérrez

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
08 / 03	Reunión Comisión Evaluación de Médicos Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera
17 / 03	Reunión Tesoreros	Rep. Junta Directiva. Dra. Ana M <sup>a</sup> Serrador
18 / 03	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jóvenes y Promoción Empleo. Cádiz.	Rep. Junta Directiva. Dra. Verónica González-Pinto
22 / 03	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
23 / 03	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
23 / 03	Asamblea General de Colegiados	
25 / 03	Junta de Patronos de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
25 / 03	Asamblea General de CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
29 / 03	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
31 / 03	Pleno Ordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León (León)	Presidente. Dr. José Luis Almodí Alegre
05 / 04	Reunión Comisión Evaluación Médicos Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva. Dr. Roberto Pesquera

# MASTER ONLINE

XVII EDICIÓN

## Máster Online en Cuidados Paliativos

El Máster se desarrolla íntegramente en modalidad online, con un sistema innovador de evaluación, contenido multimedia y videoaulas, lo que permite a los profesionales sanitarios obtener el conocimiento, la especialización y la conciliación de sus estudios con su vida profesional, social y familiar.



Universidad  
Pontificia  
de Salamanca

DISFRUTA DE 250€  
DE DESCUENTO  
HASTA EL 31 DE MAYO

[www.paliativos.es](http://www.paliativos.es)

 [mastercp@enclaveformacion.com](mailto:mastercp@enclaveformacion.com)

 983.140.650

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ENERO A ABRIL

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
06 / 04	Reunión de la Comisión de Control de Santander Asociados RFM, Fondo de Pensiones	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
18 / 04	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
20 / 04	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León (León)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
20 / 04	Asamblea de la Vocalía Atención Primaria Rural y Urbana	Rep. Junta Directiva. Dra. Mercedes Coloma y Dra. Isabel Gutiérrez Pérez
21 / 04	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados	Rep. Junta Directiva. Dr. Benito Cortejoso
22 / 04	Asamblea General del CGCOM (Madrid)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
29 / 04	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León (León)	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
23 / 04	Asamblea extraordinaria de vocales provinciales de las Secciones de Médicos de A.P. Urbana, Médicos de Ejercicio Privado, Administraciones Públicas, Hospitales y Jubilados	Rep. Junta Directiva. Dra. Isabel Gutiérrez, Dra. Rosa M <sup>a</sup> Pérez Nava, Dr. Roberto Pesquera y Dr. Roberto Cortejoso



DESCUBRE CÓMO  
TE QUIERES sentir

## Vente a disfrutar DOS SEMANAS en Alicante en media pensión por 778€\* por persona

Del 20 de mayo al 3 de junio 2022



### Incluye:

- 14 noches en media pensión en habitación doble.
- Autocar de ida y vuelta desde Valladolid.
- Autocar a disposición durante toda la estancia para las excursiones y los traslados a la playa de San Juan.
- Cóctel de bienvenida el día de llegada.

### Excursiones:

- Excursión de un día completo a Aspe, Novelda y Monforte del Cid con almuerzo en la bodega Casa Cesilia.
- Excursión de medio día a Benidorm.
- Excursión de medio día a Villena.
- Excursión de medio día a una fábrica de zapatos.
- Espectáculo y cena en el Benidorm Palace, opcional. (Coste 53€/persona iva inc.)



**Oferta para colegiados, amigos y familiares del  
Colegio Oficial de Médicos de Valladolid**

**Reservas: 965 94 20 50**

\*Suplemento habitación individual: 238 euros. Precio por persona compartiendo habitación doble en Pensión Completa. Todos los precios arriba mencionados incluyen el IVA y se mantendrán siempre que el grupo esté formado por un mínimo de 40 personas. Entradas a museos no incluidas. Oferta sujeta a disponibilidad de plazas.

C/ Doctor Pérez Mateos, 2 - 03550, San Juan (Alicante) Email: [info@complejosanjuan.com](mailto:info@complejosanjuan.com) · [www.complejosanjuan.com](http://www.complejosanjuan.com)



**Para resolver cualquier duda acerca de este viaje, puede llamar al  
Colegio de Médicos para solicitar información al 983.355.488.**

## El Colegio de Médicos acoge, por séptimo año, sus jornadas de Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición

Los días 2 y 9 de marzo tuvieron lugar, en el Colegio de Médicos de Valladolid, las “VII Jornadas de Actualización en Endocrinología, Diabetes y Nutrición”, organizadas por el Servicio de dicha especialidad del Hospital Clínico Universitario y por el Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Es bien sabido por todos que muchas de las patologías más tratadas en este servicio tienen un gran impacto en la sociedad española.

En jornadas anteriores ya se han tratado algunas de las enfermedades endocrinas más relevantes a nivel nacional, como el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico, el hígado graso o la obesidad; además de varias actualizaciones acerca de las consecuencias sanitarias para cualquier usuario de padecer diabetes, una de las enfermedades no contagiosas más frecuentes del mundo que en España afecta a casi seis millones de personas (los datos recogidos por las



La Dra. Esther Delgado, el Dr. Juan José López y la Dra. Ana Ortola fueron los encargados de abrir la primera jornada de este curso

encuestas nacionales de salud reflejan una tasa de cerca de 8 de cada 100 personas) y a 537 millones en todo el

mundo, lo que supone un incremento del dieciséis por ciento (cerca de 74 millones) desde las estimaciones anteriores, que fueron realizadas por la FID en 2019, según recoge en su 10ª Edición del Atlas de la Diabetes.



La Dra. Beatriz Torres, la Dra. Emilia Gómez y el Dr. Gonzalo Díaz durante la segunda jornada

En esta ocasión han sido las Dras. Ana Ortola, Esther Delgado, Emilia Gómez y Beatriz Torres y a los Dres. Juan José López y Gonzalo Díaz, todos ellos del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de ofrecer, desde un punto de vista asistencial, los últimos avances en temas tan variados como la “diabetes gestacional y su diagnóstico en la consulta no presencial”, “la importancia de valorar la desnutrición en Atención Primaria” o “el manejo rápido del hipotiroidismo”; además de responder preguntas tales como “¿cómo actúo ante un informe de radiología con un incidentaloma hipofisario?”, “¿cuándo tengo que derivar un nódulo tiroideo a endocrinología?” o “¿qué me aporta el sistema de monitorización de glucemia capilar Flash en Atención Primaria?”.

## El Dr. José Luis Almudí es reelegido como presidente del Colegio de Médicos de Valladolid durante cuatro años más

El pasado viernes, 18 de marzo, se cerraba el plazo estipulado para la inscripción de nuevas candidaturas a la Presidencia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, siendo la del Dr. José Luis Almudí Alegre, actual presidente del ICOMVA, la única presentada.

Así, el Dr. Almudí renueva su puesto durante una nueva legislatura y se pone a disposición de todos los médicos de la provincia.

“Para la Junta Directiva que presido, renovar la confianza de los colegiados durante los próximos cuatro años es una excelente oportunidad para recuperar los objetivos que por la pandemia no pudimos desarrollar, completar otros y emprender nuevos”, explicó el Dr. Almudí, quien quiso destacar algunas de sus próximas líneas de trabajo tales como el emprendimiento

de mejoras dirigidas al funcionamiento interno del Colegio, como son la reforma de las instalaciones de atención a los colegiados y la implementación de la operativa telemática en prácticamente todos los procedimientos administrativos y formativos mediante la nueva página web. <http://medicosva.com/>; o la identificación continua de los problemas que nos afectan en nuestro modelo de asistencia sanitaria, mediante la continuación de los grupos de trabajo, el análisis crítico y la propuesta de soluciones constructivas realistas.

El reelegido presidente aseguró que su Junta “se posicionará, inequívocamente, en defensa de los colegiados y/o ciudadanos en los conflictos que puedan ocurrir en cualquier ámbito, además de enarbolar la evidencia y el método científico como la única vía para gestionar la salud de nuestros pacientes”.

El refuerzo constante de la identidad del Colegio, la mayor potenciación de la Formación Continuada en todas las especialidades médicas a través de la Fundación para Formación, la ampliación de las actividades culturales y sociales para todo el espectro de colegiados y sus familias, y la identificación y seguimiento de los problemas sociales y/o de salud de los colegiados o familiares más vulnerables continuarán siendo un objetivo prioritario para esta Junta Directiva que, durante cuatro años más, se pone a disposición de todos sus compañeros de profesión en la provincia de Valladolid.

Solo unos días después, el 30 de marzo, los miembros de la Junta Directiva juraban sus cargos y tomaban posesión de los mismos en un acto oficial al que únicamente acudieron familiares y amigos.



El Dr. Almudí, Presidente del ICOMVA, jura su cargo el 30 de marzo



La Dra. Raquel Blasco, Vicepresidenta Primera del Colegio



Dra. Rosa Mª Iban Ochoa, nueva Vicepresidenta Segunda



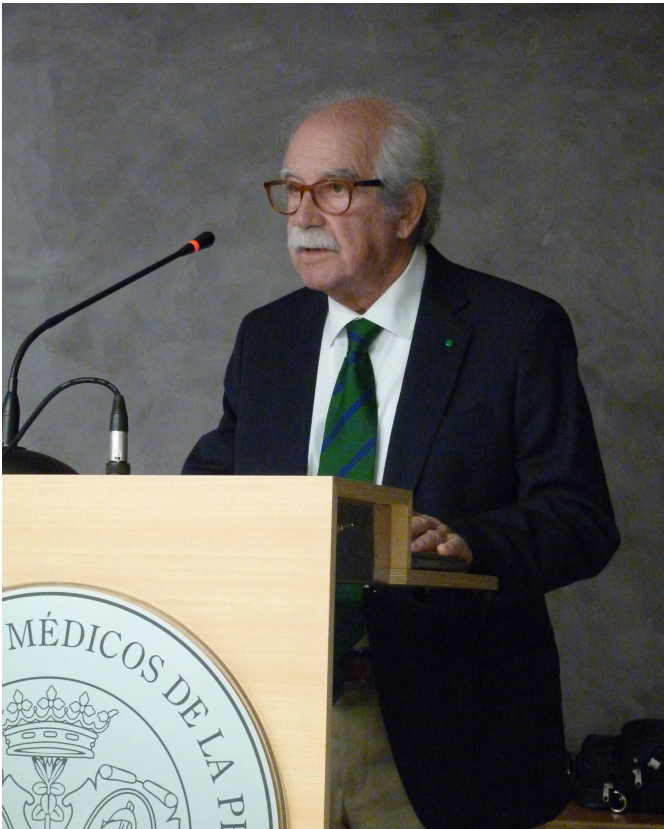
El Dr. Raúl de la Cruz Marcos, Secretario General del ICOMVA



El Dr. Alberto Verrier Hernández continúa como Vicesecretario del Colegio



La Dra. Ana Mª Serrador Frutos, Tesorera del Colegio de Médicos



El Dr. Benito Cortejoso Gonzalo, representante de médicos jubilados



La Dra. Mª Isabel Gutiérrez Pérez, de la sección de médicos de A.P. Urbana



La Dra. Mercedes Coloma Pesquera, representante de los médicos de A.P. Rural



El Dr. Roberto Pesquera Barón repite como representante de la sección de médicos de Administraciones Públicas



La Dra. Rosa Mª Pérez Nava es la representante de médicos de Medicina Privada por cuenta propia



Mientras que el Dr. Sergio García Collado es el representante de médicos de Medicina Privada por cuenta ajena



El Dr. Jorge Teso Fernández, de la sección de Medicina del Trabajo



El Dr. Guillermo Cabezado Molleda es el nuevo representante de médicos en formación y/o postgrado

“De esta junta directiva los colegiados pueden esperar que siempre estemos en el lugar en el que se nos espera, posicionándonos inequívocamente en defensa de la profesión, de los médicos y de la salud de los ciudadanos”

## ENTREVISTA AL DR. JOSÉ LUIS ALMUDÍ, REELEGIDO PRESIDENTE DEL ICOMVA

### ¿Qué balance hace de los cuatro años de su legislatura anterior?

Han sido cuatro años muy extraños. Empezamos con mucha ilusión y arrancamos muy fuerte, aprovechando la oportunidad que nos dio posicionarnos inequívocamente a favor de la evidencia científica.

Siempre que hemos tenido la oportunidad, nos hemos manifestado poniéndonos del lado de los médicos y de los ciudadanos en temas tan importantes como son la situación de la Atención Primaria, el déficit de médicos, la insuficiente tasa de reposición en algunas especialidades, la problemática de los médicos en formación

o la vacunación COVID de los médicos con ejercicio privado.

Varios miembros de la junta directiva han participado activamente en grupos de expertos y hemos creado en el Colegio varios grupos de trabajo para analizar la problemática en las diferentes áreas de actuación de los médicos, proponiendo a partir del análisis de la situación actuaciones constructivas y realistas.

La pandemia nos ha obligado a ralentizar nuestros objetivos e incluso a aplazar la celebración del 125 aniversario de la constitución del Colegio de Médicos, pero también ha sido una oportunidad para potenciar las actividades formativas no

presenciales o mixtas mediante la puesta en marcha de nuevas herramientas informáticas y crear un programa de formación propio bajo el título “Claves en ...”.

Al final de la legislatura pudimos culminar uno de nuestros objetivos primordiales: la modificación de los estatutos colegiales en varios aspectos, entre los que podemos destacar que las candidaturas se presentarán en listas cerradas conjuntas, la supresión de la vocalía de terapias alternativas, la limitación de mandato del presidente a dos mandatos consecutivos y la posibilidad de celebrar sesiones y adoptar acuerdos, tanto de forma presencial como de forma telemática, por





La toma de posesión de la Junta Directiva tuvo lugar en el Colegio de Médicos el pasado 30 de marzo

videoconferencia o cualquier otro medio de comunicación remota.

### **¿Cómo se le presenta el inicio de esta nueva andadura como presidente del Colegio de Médicos de Valladolid?**

Puesto que es una candidatura de continuación, la confianza renovada de los colegiados nos permite completar y recuperar todos aquellos objetivos que la pandemia no nos ha permitido desarrollar.

Con carácter prioritario, vamos a abordar una reforma integral del espacio de trabajo y atención a los colegiados de las oficinas de la Calle de la Pasión y a implementar a través de la nueva página web la operativa que permita realizar todas las gestiones de manera telemática.

### **¿Cuáles son los mayores problemas a los que cree que tendrá que hacer frente?**

El principal problema al que se enfrenta la profesión médica en estos momentos está relacionado con el estado de ánimo.

Sobre esto ha influido el agotamiento físico y emocional por la pandemia, pero también la ausencia de un proyecto de modelo sanitario regional que contribuya a mejorar las aspiraciones personales

y profesionales de los médicos y la atención sanitaria a los ciudadanos de la Comunidad.

Desde el Colegio no podemos tomar medidas directas que permitan solucionar estos problemas, pero sí podemos contribuir y participar en el análisis y las propuestas de solución, siempre desde un punto de vista crítico/constructivo.

Cuidar a los médicos y exigir medidas de fidelización para los más jóvenes es también un objetivo prioritario, ya que la demografía médica y la insuficiente tasa de reposición de algunas especialidades van a comprometer la viabilidad de muchos servicios hospitalarios y centros de salud.

### **¿Tiene en mente algún proyecto nuevo para el Colegio?**

En este momento no tenemos un proyecto estrella; queremos consolidar y reforzar las bases que permiten convertir al Colegio de Médicos en una referencia para la sociedad civil, los ciudadanos y, por supuesto, los colegiados.

### **¿En qué punto cree que se encuentra la sanidad vallisoletana y sus médicos tras estos años de pandemia?**

La pandemia ha puesto en evidencia las debilidades de nuestro Sistema Sanitario. No teníamos el mejor sistema, pero sí los mejores médicos.

Para corregir estas deficiencias, considero fundamental sacar la sanidad del debate político.

El diagnóstico está hecho y el tratamiento es conocido y compartido por todos, lo único que falta es llegar a un consenso político y contar con todos los que tienen algo que ver en esto; es decir, los profesionales, las corporaciones que los representan, los sindicatos, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, las corporaciones locales...

Sin este pacto, será imposible establecer la hoja de ruta que permita definir el modelo sanitario que pueda resolver los problemas de salud de nuestros ciudadanos.

### **¿Qué pueden esperar los colegiados de Valladolid de su Colegio y de su junta directiva?**

Que siempre estemos en el lugar en el que se nos espera, posicionándonos inequívocamente en defensa de la profesión, de los médicos y de la salud de los ciudadanos.

# La situación de los pacientes anticoagulados en fibrilación auricular y cómo mejorar su situación, a debate en el Colegio de Médicos

El pasado 18 de abril se organizó, en el Colegio de Médicos de Valladolid, una jornada en la que presentar y debatir la “Situación y puntos de mejora en el manejo del paciente anticoagulado en fibrilación auricular”.

La tarde comenzó con la presentación del Dr. José Luis Almudí, recién reelegido Presidente del ICOMVA, de las ponentes protagonistas de esta jornada: la Dra. Ana María Serrador Frutos, adjunta Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Tesorera del Colegio, quien presentó su “Atlas del Paciente mal anticoagulado”; La Dra. Mercedes de Lera Alfonso, adjunta del Servicio de Neurología del mismo hospital que su compañera, que habló del “Ictus isquémico secundario a fibrilación auricular: prevención de recurrencias”; y la Dra. Gloria Sánchez Antolín, Directora General de Planificación y Asistencia Sanitaria en Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León, que presentó a los asistentes a su charla datos acerca del “Código Ictus en CyL: Implicación de la Atención Hospitalaria y Atención Primaria”.

**SITUACIÓN Y PUNTOS DE MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN F. A.**

**CONCLUSIONES I**

**Efectos mal control anticoagulación con AVK**

- ✓ Tratamos la FA con ACO para prevenir el ictus isquémico.
- ✓ Hay ictus prevenibles (80%); el mal control del TRT es clave.
- ✓ Para una adecuada anticoagulación con AVK en pacientes con FANV se requiere INR entre 2.0 y 3.0 y TTR >70%.
- ✓ Existen diferencias en las CCAA en la situación de la ACO en España con un TRT medio en torno a 54.
- ✓ En los 30 días al iniciar tratamiento AVK aumenta 71% el riesgo de ictus isquémico
- ✓ Pacientes con TTR individuales <=70% o con alta variabilidad INR presentan mayor tasa complicaciones tromboticas y sangrados.

**Carga y coste mal control anticoagulación en España**

- ✓ El mal control de la anticoagulación con AVK tiene una importante repercusión socioeconómica.
- ✓ El mal control de la ACO-AVK en España se asocia a un coste sanitario anual de más de 96 millones de € y más de 72 millones de costes sociales.
- ✓ Varios estudios de vida real en España muestran que aproximadamente la mitad de pacientes con AVK, no tienen adecuado control de anticoagulación
- ✓ Los pacientes con ACOD vs AVK presentan tasas más bajas de eventos y resultan coste-efectivos. Sin embargo, en España se utilizan poco vs otros países

**Dra. Ana Mª Serrador Frutos**  
Adjunta servc. Cardiología HCUV

**SITUACIÓN Y PUNTOS DE MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN F. A.**

**IMPACTO SOCIO ECONÓMICO DEL ICTUS**

- Primera causa de discapacidad adquirida.
- Segunda causa de demencia después de la Enf. Alzheimer.
- Importante carga sanitaria, familiar y personal.
- En España se estima que mueren anualmente 27000 personas a causa de un ictus.

Rubi-Gómez M, et al. Int J Geriatr Neurol. 2002  
Bennett K et al. London: World Alzheimer Report 2017  
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Portal estadístico. Área de Inteligencia de gestión

**Dra. Mercedes De Lera Alfonso**  
Adjunta Serv. Neurología.  
Unidad Ictus HCUV

Dos momentos de las charlas ofrecidas durante la jornada celebrada el 18 de abril



De izquierda a derecha: El Dr. Almudí y las Dras. de Lera, Antolín y Serrador.

En este momento, pueden visionar las tres conferencias completas en la página de Youtube del Colegio de Médicos de Valladolid para escuchar las conclusiones de la Dra. Serrador acerca de los efectos del mal control de la anticoagulación con Antivitamina K, los beneficios del uso de ACOD frente a iniciar en AVK a determinados pacientes con anticoagulación, las deducciones de la Dra. de Lera acerca del impacto socio económico de esta patología, las fases en el proceso de atención a estos pacientes, los datos expuestos por la Dra. Antolín acerca de las tasas de mortalidad y la evolución de los pacientes de ictus en nuestra Comunidad, o la necesidad de tratar a los pacientes anticoagulados con un equipo de especialistas multidisciplinar que trabajen unidos para dar al paciente la mejor atención sanitaria posible.

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ de enero a abril

### ALTAS

Zeus Emiliano Aray Delpino	Traslado de Salamanca
Blanca Rosa Arenas García	Traslado de Segovia
Alina Ortega Briones	Traslado de Madrid
Alicia Sierra Gómez	Traslado de Salamanca
M <sup>a</sup> . Elena Delgado Martín	Traslado de Palencia
Ana Benito Benito	Alta Nueva
Verónica Gallego Puentes	Traslado de Zamora
Enrique Prieto Poveda	Traslado de Salamanca
M <sup>a</sup> . del Carmen Olmedo Ríos	Traslado de Palencia
Milton Henry Merizalde Torres	Traslado de Lleida
Carlos Narváez Palazón	Traslado de Madrid
Paula Casas Rodríguez	Traslado de Zamora
Elena García Alonso	Traslado de Segovia
Abel González González	Traslado de Ciudad Real
M <sup>a</sup> . del Carmen Santiago Martín	Traslado de Madrid
Ana Isabel Velasco Gregorio	Traslado de Zamora
José Ignacio Eguizábal Aguado	Traslado de Segovia
José Luis González Peláez	Traslado de Zamora
M <sup>a</sup> . del Carmen García Fernández	Traslado de Zamora
Luis María Garrachón Pérez	Traslado de Zamora
Belén Álvarez Villar	Traslado de León
Rodrigo Arquiza Thireau	Traslado de Palencia
M <sup>a</sup> . Luisa Díaz González	Traslado de Ávila
M <sup>a</sup> . Rosario Rodríguez Guerras	Traslado de León
M <sup>a</sup> . Belén Benito Pérez	Traslado de León
Raquel Urueña Gutiérrez	Traslado de Segovia
Julio de la Puente Callejo	Traslado de Cáceres
Jesús Silva Pérez	Traslado de Zamora
María Carrascal Martín	Traslado de Palencia
Miryam Ortega Herrero	Traslado de Zamora

### ALTAS

María Areños Camarero	Traslado de Segovia
José Valentín del Canto Villoria	Traslado de Ávila
M <sup>a</sup> . del Pilar Miguel Flores	Traslado de Palencia
Ana Rosa Santamaría Hoyos	Traslado de Segovia
M <sup>a</sup> . de la Cruz Fuente Hurtado	Traslado de Palencia
Sara de Francisco Velasco	Traslado de Segovia
Cristina Pérez Pastor	Traslado de Segovia
Patricia Rodríguez Fernández	Traslado de Zamora
Carolina Loriente Lobo	Traslado de Zamora
Belén García Medrano	Traslado de Málaga
Miriam Rodríguez Viñuelas	Traslado de Asturias
Luis Miguel Briceño Fernández	Alta Nueva
Sara Blasco Turión	Traslado de Cádiz
Silvia María Franco Hidalgo	Traslado de Palencia
M <sup>a</sup> . José Pérez Velesar	Traslado de Zamora
Ana María Cuellar Martín	Traslado de Burgos
Esteban Gil Simón	Alta Nueva
Mariana Rebeca Zambrano Fernández	Alta Nueva
Martha Elena Arrijoja Albornoz	Alta Nueva
Claudio Soru	Alta Nueva
Rebeca Hernández Román	Alta Nueva
Diana Jissel Pulgarín Zuloaga	Alta Nueva
María Arribas	Traslado de Murcia
José Luis Lastras Arévalo	Reingreso - Cese
M <sup>a</sup> . Isabel Fernández Sánchez	Reingreso - Cese
Eva María Diez Pastor	Reingreso - Cese
Marta Teresa Campo San José	Alta Nueva
María Terán Sánchez	Alta Nueva
Daniela Carolina Plata Bello	Alta Nueva
Edwin Marino Nolasco Aquino	Alta Nueva

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ de enero a abril

### BAJAS

M <sup>ra</sup> . Mercedes de la Flor García	Traslado a Palencia
Isabel Lorenzo Romo	Traslado a Salamanca
Roberto Jiménez Gómez	Cese de Actividad
Juan Carlos García Calvo	Traslado a Burgos
Marta Izquierdo Millán	Cese de Actividad
Natividad Cuesta Sánchez	Traslado a Segovia
Cristina Luisa Rivas Fernández	Traslado a Cádiz
Patricia Moro Longoria	Traslado a Baleares (Mallorca)
Jesús Eduardo Ramírez Salas	Traslado a León
Cristian Hernández Crespo	Cese de Actividad
Rocío Sobejano de Pablo	Traslado a Cádiz
M <sup>ra</sup> . del Carmen Aller Aparicio	Traslado a Madrid
Ana Claudia Farias Gorbea	Traslado a Ávila
Miriam García Revuelta	Traslado a Ávila
Marta Palomares Cardador	Traslado a Madrid
Irene Abad Pérez	Traslado a Vizcaya
Manuela Manso	Traslado a León
Lucía Lázaro Martín	Traslado a Asturias
Isabel María Crespo Gracia	Traslado a Segovia
M <sup>ra</sup> . del Mar Aguirre Balmori	Traslado a Zamora
Beatriz Bendito Guilarte	Traslado a Barcelona
Laura Cotillas García	Traslado A Cuenca

### BAJAS

M <sup>ra</sup> . del Carmen Salas Butrón	Traslado a Toledo
Anatoly Ramírez Guzmán	Traslado a Tarragona
Humiana Marcos Andrés	Traslado a León
Laura Pescador Pérez	Traslado a Palencia
Sergio González Miguélez	Traslado a León
Luis Renier Goncalves Ramírez	Traslado a León
Sonia Cecilia Labrador Velandia	Traslado a León
Marta Cano Pazos	Traslado a Palencia
Sara García Vaquero	Traslado a Burgos
Violeta Esmeralda García Vesga	Traslado a Burgos
Irene García Álvarez	Traslado a León
Marina Morante Silva	Cese
Miguel Dura Gil	Traslado a Vizcaya
Elka Jesarela San Martin Arrieta	Cese
Naysa Melissa Villota González	Traslado a Barcelona
María Pilar Altozano Moreno	Traslado a Ávila

### FALLECIMIENTOS:

Jerónimo Diez Fernández  
 José Carlos Mínguez Villar  
 Miguel Aragón Espeso  
 Federico Velasco Gutiérrez

## Aspectos relativos al paciente crónico complejo

Por el Dr. Luis Inglada Galiana y las Dras. Elena Izquierdo Delgado y Mari Cruz Pérez Panizo, de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del HURH de Valladolid

España es el tercer país más longevo después de Japón e Italia.

- En 2030, el 26,7% de la población es >65 años. Para 2050 la previsión es que el 34,1% de la población sea >65 años.

- Acercándonos a nuestro ámbito, debemos señalar que Castilla y León es la tercera Comunidad Autónoma con mayor Esperanza de vida al nacer.

- Se estima que las enfermedades crónicas pueden originar aproximadamente el 70% del gasto sanitario.

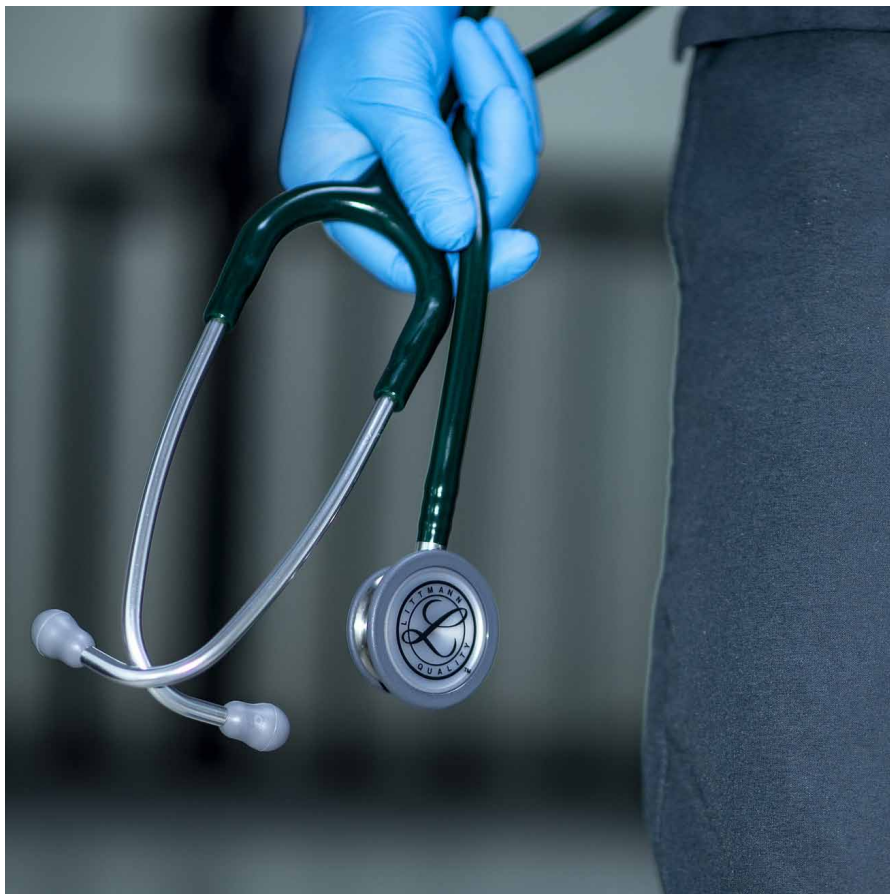
- El Departamento de Salud del Reino Unido estima que un 5% de los pacientes, pacientes con enfermedades crónicas, consumen el 42% de las estancias hospitalarias.

- Este mismo Departamento también ha identificado algunas experiencias de gestión de pacientes crónicos que han obtenido resultados positivos, como son: la reducción del 15% en ingresos hospitalarios de personas mayores, la disminución de la estancia media en un 31% y la disminución del número de camas utilizadas por este grupo en un 41%.

Según datos de la doctora Carolina Burgos Díez del grupo ATDOM Un reto para los servicios sanitarios es conseguir la mejor gestión de la atención de la población que es cada vez más clínicamente compleja como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, puesto que conlleva más comorbilidad, discapacidad y dependencia de la población .

El porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 19,6% del total de la población, alcanzaría un máximo del 31,4% en torno al año 2050 .

En España, los pacientes con multimorbilidad atendidos en atención



primaria representan el 1,38% de la población total y el 5% de los mayores de 65 años. Ello origina un importante uso de los recursos sanitarios, incluidas las citas médicas, las visitas al servicio de urgencias, la hospitalización y la medicación .

Múltiples estudios han analizado diferentes propuestas de atención domiciliaria para la gente mayor. Se ha comprobado que las actuaciones basadas en la valoración geriátrica integral, dirigidas a pacientes mayores son beneficiosas que los equipos multidisciplinares ofrecen una mejor calidad de la atención y una reducción en la utilización de la atención aguda entre un grupo de alto riesgo, disminuyen el número de días de ingreso acumulados

y facilitan seguir viviendo en casa, en gran parte mediante la prevención de la necesidad de ingreso en residencias y reducción de caídas .

En nuestro país, los pacientes que presentan dificultades para acudir al Centro de Atención Primaria, son incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM). La atención sanitaria ofrecida por este programa es realizada por los equipos de Atención Primaria y conlleva la realización de actividades de promoción para la salud, preventivas, control de patologías crónicas y agudas, tratamiento y rehabilitación con el objetivo de que los pacientes consigan una buena calidad de vida, junto con sus familias y consigan mayor autonomía .

En España, tradicionalmente la atención domiciliar de un paciente se gestiona desde la unidad básica asistencial (UBA) compuesta por un médico de familia y un enfermero que han atendido al paciente desde el inicio de su contacto con el equipo de atención primaria a partir de los 15 años. Sin embargo, existen otros modelos de atención domiciliar basados en la atención por enfermería con el soporte del médico de familia, basados en equipos sanitarios hospitalarios que se desplazan a la comunidad o bien basados en una reorganización del equipo de Atención Primaria que conlleva la creación de un equipo de atención domiciliar (médico de familia y enfermero) con dedicación exclusiva a la atención del Programa ATDOM y que denominamos Modelo Funcional (también denominado Modelo dispensarizado), como es el modelo que valoramos en este estudio. No está claro cuál es el mejor modelo para atender al paciente en su domicilio.

- En España, las experiencias pioneras en la gestión de pacientes crónicos se han desarrollado en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (Dr. Manuel Ollero) y en el Hospital 12 de Octubre de Madrid (Dr. Jesús Medina).

Parece claro que para mejorar la calidad de la atención que prestamos a los pacientes con enfermedades crónicas, y de paso mejorar la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios que ponemos a su disposición, estos pacientes requieren nuevas formas de gestionar su asistencia.

La Unidad de Pacientes Crónicos Pluripatológicos Organización se trata de un conjunto de profesionales sanitarios, que ofrecen atención multidisciplinaria mediante distintas modalidades asistenciales a pacientes crónicos con pluripatología que, además, cumple una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia para realizar esta actividad.

**Al hablar de pacientes crónicos pluripatológicos pretendo aclarar una serie de puntos.**

La Misión del proceso de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos

es: proporcionar a los pacientes crónicos pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, ágil, eficaz y sobre todo coordinada entre los profesionales de atención primaria y atención especializada.

El Alcance del proceso de Atención a pacientes crónicos es: pacientes con procesos crónicos y pluripatológicos, debidamente identificados, que acuden a recibir atención sanitaria por desestabilización de dichos procesos (habitualmente a su médico de Atención Primaria, menos frecuentemente al Servicio de Urgencias Hospitalarias). Paciente estabilizado que acude nuevamente a la consulta de su Médico de A.P.

La Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos (UCA) en el HURH se caracteriza (debo dejar constancia que somos internistas y nuestra experiencia se ciñe mas al ámbito hospitalario) :

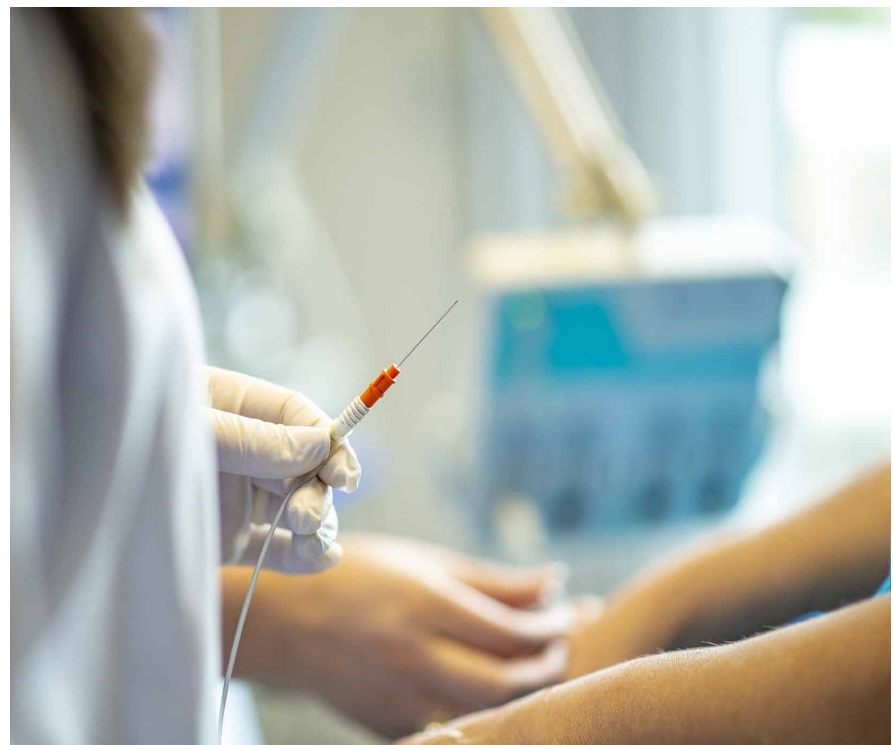
- Por ser prestada a pacientes crónicos pluripatológicos adultos (mayor o igual a 14 años).
- Por ser una asistencia integral, ágil y coordinada ,compartida por los profesionales de Atención Primaria y

de Atención Especializada. En muchas ocasiones precoz, anticipándose a las posibles complicaciones.

- Procurando que sea una atención de calidad, tanto en aspectos científico-técnicos, como de trato y comodidad.
- Prestada a los pacientes que cumplen criterios en el Área.
- Se excluyen los pacientes que estén siendo tratados por otra patología que no sea ninguna de las de base (así el paciente pluripatológico estable que consulta de forma aguda por fractura de cadera).
- Se deberían excluir aunque en la practica es difícil los pacientes que estén siendo tratados en programas específicos, como puede ser trasplantes, diálisis, paliativos, VIH,...
- La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención a pacientes crónicos.

#### **Pacientes crónicos pluripatológicos:**

Pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más de las siguientes categorías clínicas.



## Categoría A:

1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA(1).
2. Cardiopatía isquémica.

## Categoría B:

1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria<sup>2</sup>, mantenidas durante tres meses.

## Categoría C:

1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC(3), o FEV1<65%, o SaO<sub>2</sub>(2) ≤ 90%.

## Categoría D:

1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular(4) o hipertensión portal(5).

## Categoría E:

1. Ataque cerebrovascular.
2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).

## Categoría F:

1. Arteriopatía periférica sintomática.
2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

## Categoría G:

1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

## Categoría H:

1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

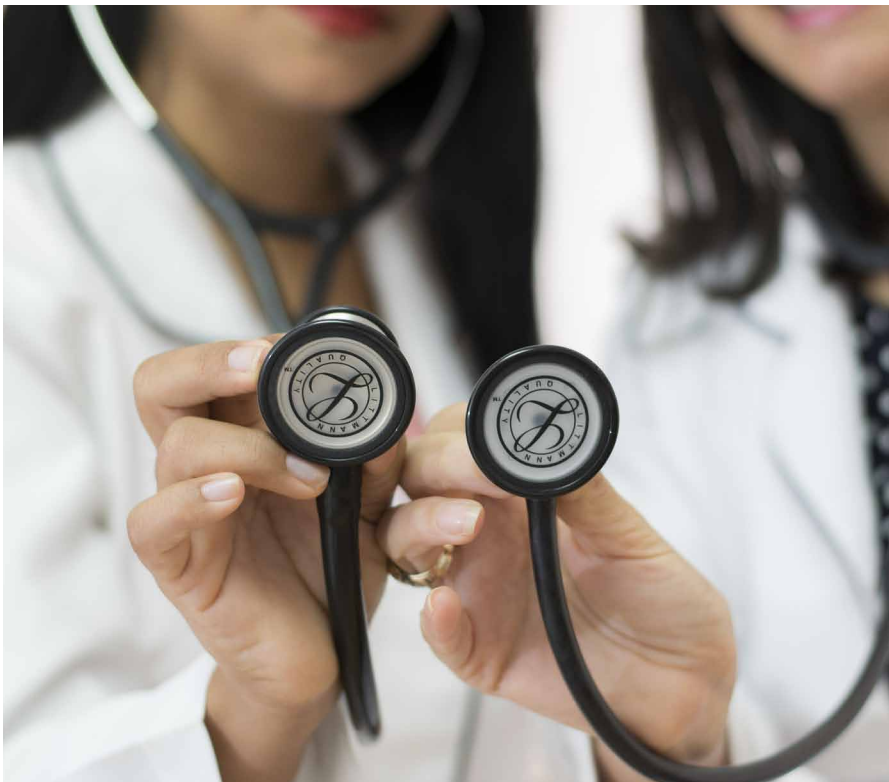
Pero la realidad va más allá y actualmente debemos encarar la asistencia de agudizaciones del enfermo **FRÁGIL**.

La fragilidad física es definida, según el último consenso desarrollado por diferentes entidades destinadas al estudio del envejecimiento, como "un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su exitus". Sin embargo, no hay un acuerdo sobre la mejor forma de medir y dar operatividad el diagnóstico de fragilidad.

Dentro de las diversas escalas existentes para realizar el diagnóstico de fragilidad, las principales son el fenotipo de fragilidad de Linda Fried y el índice de fragilidad Rockwood y Mitnitsky. Linda Fried, en el año 2001, describió un fenotipo clínico de fragilidad que comprendía los siguientes criterios: pérdida intencional de peso de al menos el 5% en el último año, cansancio, baja actividad física, lenta velocidad de la marcha y debilidad muscular; considerando que un sujeto es frágil si cumple tres o más criterios, prefrágil si cumple uno o dos, y no frágil si no cumple ninguno de ellos.

Este estudio demostró que algunos adultos mayores pueden ser frágiles y no tener discapacidad (compromiso en actividades de la vida diaria) ni comorbilidad (dos o más enfermedades). Así pues, la fragilidad permite la evaluación de una dimensión que va más allá de lo que es medido apenas por el análisis de comorbilidades y capacidades funcionales. Rockwood y Mitnitsky elaboraron un constructo de fragilidad de acuerdo a la acumulación de déficits a diferentes niveles, incluyendo 70 ítems que corresponden a enfermedades, condiciones de salud, síndromes geriátricos o medidas de discapacidad.

El envejecimiento es heterogéneo y es necesario determinar cuáles son



**Tabla 1. Cuestionario FRAIL para detección de fragilidad en el adulto mayor**

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil

¿Está usted cansado?

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de cinco enfermedades?

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?

FRAIL: *Fatigue, Resistance, Aerobic, Illnesses, Loss of weight*

Adaptado de: Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.

los adultos mayores más débiles o vulnerables. En la práctica diaria nos preguntamos, por ejemplo, por qué un paciente adulto mayor presenta complicaciones durante la hospitalización debido a una infección aguda o poscirugía, y por qué no lo hacen otros.

Se recomiendan algunos instrumentos de cribado desarrollados y validados para identificar personas frágiles, entre ellos tenemos la escala FRAIL (Clinical Frailty Scale) (Tabla 1), que de dar un resultado positivo obligan a una evaluación más profunda del paciente.

La fragilidad está asociada a eventos adversos en los adultos mayores, por lo que es necesario que todos los profesionales de salud, especialmente los de atención primaria, identifiquen este grupo de adultos mayores para poder intervenir. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. Es necesario realizar estudios de investigación para validar instrumentos de cribado que sean aplicables en nuestro país. En el adulto mayor con enfermedades crónicas identificar la fragilidad es muy importante para la toma de decisiones, individualizando el manejo y de acuerdo con sus valores y preferencias de cuidado.

La pandemia ha supuesto una interrupción o ralentización de la atención

a los pacientes crónicos complejos, pluripatológicos y frágiles, los más vulnerables, y de haberse implantado la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS, del año 2012, el impacto de la COVID-19 hubiera sido menor entre estos enfermos.

Los pacientes crónicos suponen alrededor de un tercio de las altas de los servicios de Medicina Interna, casi un 2% a nivel poblacional, utilizan el 42% de los recursos sanitarios y necesitan que el sistema sanitario se reestructure, con la interconexión real de la atención primaria hospitalaria y un control estrecho de la enfermería de primaria.

Es clave detectar las competencias digitales de los pacientes crónicos para adecuar su atención clínica, aprovechando al máximo las TICs, como el email, los portales virtuales de pacientes, la videollamada, los chatbots o las redes sociales, en vez de ceñirse solo al control telefónico, como en la pandemia.

El 52% de las altas de los servicios de Medicina interna corresponden a pacientes de más de 80 años y el 50% de estos desarrollan síndromes confusionales agudos tras el ingreso, por lo que se deben potenciar alternativas a la hospitalización convencional como la atención en el hospital de día médico o la hospitalización en el domicilio.

“Los pacientes crónicos suponen alrededor de un tercio de las altas de los servicios de Medicina Interna y casi un 2% a nivel poblacional, pero además utilizan el 42% de los recursos sanitarios. Son pacientes generalmente de edad avanzada, frágiles, con frecuentes descompensaciones e ingresos hospitalarios y con un deterioro funcional importante y un elevado índice de dependencia; de lo que se deriva un importante impacto social, mortalidad elevada y consumo de recursos.

El propio proceso de la hospitalización puede agravar su fragilidad, produciéndose un deterioro funcional en el 40% de los casos y llegando a desarrollarse durante el ingreso cuadros confusionales agudos en el 50%. Todo esto contribuye a una peor evolución clínica, con mayor número de complicaciones y una mayor probabilidad de reingreso.

La pandemia COVID-19 deja tras de sí un fuerte impacto en los pacientes crónicos porque los servicios de salud se han visto interrumpidos o ralentizados. Y son los pacientes crónicos, al ser los más vulnerables, los que más se han visto afectados durante este último año. Por todo esto “es imprescindible potenciar las alternativas a la asistencia convencional en estos pacientes:

La atención a pacientes crónicos complejos en hospital de día médico permite evitar visitas a urgencias e ingresos hospitalarios a los pacientes con descompensaciones leves de sus patologías crónicas. Y en caso de precisar un ingreso la hospitalización a domicilio es una alternativa igual de eficaz que el ingreso hospitalario, que disminuye las complicaciones asociadas al ingreso mejorando la calidad de la asistencia y la calidad de vida de los pacientes crónicos”.

En lugar de implantar la Estrategia, elaborada ahora hace ya nueve años, las comunidades autónomas se han preocupado de elaborar su propia Estrategia, “lo que ha supuesto una pérdida de tiempo y dinero y lo que tenemos son papeles en el cajón, cuando solo hace falta implantar la Estrategia que ya estaba hecha. No es necesario cambiarla”.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud que data del año 2012 aún no se ha implantado y que, de haberse implantado, el impacto de la pandemia hubiera sido menor entre los pacientes crónicos, crónicos complejos, frágiles, pluripatológicos y de edad más avanzada, con los que la COVID-19 se ha ensañado especialmente de haberse implantado esta estrategia de abordaje a la cronicidad el impacto de la pandemia hubiera sido mucho menos fuerte entre los pacientes mayores y crónicos: hubiera golpeado mucho menos en las residencias, a los pacientes frágiles y crónicos complejos.

Pero, para eso, se tendría que haber desarrollado un plan individualizado para el cuidado de estas personas, desde la primaria, con el apoyo de la enfermería, el uso de las TICs, para poder seguirlos a través de estas tecnologías y poder atenderles a todos antes de que empeorasen. Si hubiéramos tenido pacientes más educados en salud, controlados de forma activa, periódicamente y que supieran a dónde dirigirse, si hubiéramos considerado las residencias exactamente igual que un domicilio” estos pacientes no se hubieran visto tan afectados por la pandemia, lamenta la internista Dra. Román.

Por ahora, el único aspecto de la Estrategia en el que se ha logrado avanzar es en que los médicos de atención primaria tengan bien estratificados a los pacientes crónicos. Se debe “reestructurar el sistema sanitario”, de manera que la atención primaria y la hospitalaria no se encuentren desconectadas y aisladas, a modo de compartimentos estanco, sino interconectadas, y que la aplicación de la atención a la cronicidad, como se ha planteado en la Estrategia no dependa del voluntarismo de algunos profesionales. Para ello, se debe estructurar la atención primaria de otra manera.

La primaria está exhausta” y “la pandemia nos ha demostrado que deberían despertar aquellos que tienen la obligación de estructurar la atención primaria”, donde faltan médicos, pero aún más acuciante es la falta de enfermeras. “Tenemos el mismo ratio de médicos por 100.000 habitantes que Europa, pero nos faltan muchas enfermeras para atender a los enfermos crónicos complejos. La

enfermería tiene un papel fundamental en su atención”, se insta a las autoridades competentes a ponerse en marcha para cambiar esta situación.

En 2018 los pacientes pluripatológicos “son responsables del consumo de hasta un 30 por ciento de los recursos de Atención Primaria y hospitales en España”, ¿cuál sería el porcentaje de consumo de hoy de este colectivo en medio de la pandemia del Covid-19?

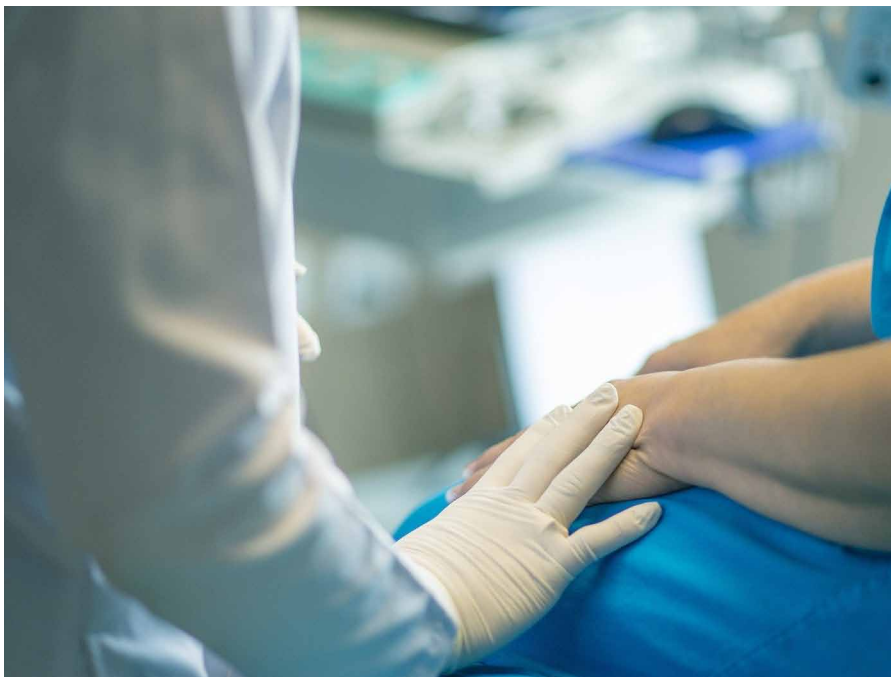
No tenemos datos oficiales, pero sin lugar a dudas este año el consumo de recursos se lo ha llevado prioritariamente el Covid-19. Estos son pacientes no es que determinen tal consumo de recursos sanitarios por sí mismos, sino que nuestro sistema no está perfectamente organizado para su atención. Es muy probable que este año sean menor porque no han venido a los hospitales por miedo y porque también se ha priorizado la atención de pacientes Covid-19.

Estamos asistiendo a nivel internacional a ver como el elemento de mayor peso en la transformación de los sistemas de salud es la evolución hacia sistemas que ofrezcan una atención más integrada con modelos de salud menos aislados y fragmentados, superando tradicionales barreras entre niveles asistenciales y facilitando el trabajo entre equipos de Atención

Primaria y recursos especializados, avanzando hacia una combinación de los servicios sanitarios y sociales. En muchos países se está poniendo el foco ya en diversas alternativas que hagan evolucionar la oferta actual de servicios fragmentados y aislados, descoordinados y parciales, basada en eventos, hacia una oferta unificada de atención integrada de servicios.

La enfermedad por COVID-19 está suponiendo, sin embargo, un retroceso en esta línea en nuestro país. De hecho, está significando la coartada perfecta para bajo el amparo de la insuficiencia de recursos reivindicar la consolidación (sino la potenciación) de la fragmentación asistencial, en contra de la necesaria reorientación de nuestros SNS hacia lo “sociosanitario” potenciando los programas de atención hacia la población mayoritariamente subsidiaria de atención así personas con enfermedades crónicas, con edad avanzada y por tanto más vulnerables y frágiles... Todo ello articulándolo en base a la atención comunitaria.

En realidad el Covid-19 no ha hecho sino evidenciar la resistencia de la integración asistencial por parte de los propios sectores interesados. Tantos años de debate sobre la intensidad en la que Atención Primaria y Atención especializada debieran



entenderse coordinarse o integrarse debe llegar a su fin y avanzar hacia la misma en los sectores sanitario y social. No hay otra opción.

Los cambios en nuestra realidad demográfica y en el perfil de las enfermedades crónicas, exigen cambios en profundidad organizativos y asistenciales para la adecuada gestión del presente y la atención al pronóstico demográfico del futuro y lo exigen a nivel local. Ahí es donde de nuevo adquiere especial relevancia la capacidad y autonomía de gestión, porque es lo único que permitirá que la organización y vertebración de las actuales organizaciones sanitarias puedan evolucionar.

Nuestros sistemas actuales son rígidos y configurados en base a la oferta de servicios y no diseñados según las necesidades reales de las personas, los pacientes y sus cuidadores. El cambio de paradigma consiste precisamente en que las ofertas de servicios deberán estar configuradas combinando los servicios sanitarios y sociales disponibles y adaptando los paquetes de soluciones a las necesidades de cada persona en el entorno local.

Al final guste o no será la Atención Integrada quien permita legitimar las reorganizaciones estructurales que necesitan nuestras organizaciones sanitarias y nuestro propio sistema de salud.

Al final no nos queda otro camino que redefinir los modelos de servicios de salud (en su más amplio concepto) reorientándolos hacia formas diferentes de organización que dispongan de mayor autonomía y capacidad de gestión y que reformulen la articulación de servicios de Atención Primaria y Hospitalaria, servicios comunitarios, servicios sociales y servicios asistenciales a personas mayores y a personas dependientes.

Y no, esto no es sólo un problema de presupuestos, de recursos humanos, de direcciones generales etc... sino que va más allá. Es un problema de concepto, de transformación, de implicación y de compromiso. Si no logramos avanzar en este cambio de concepto lo otro no serán más que parches sin futuro.

El colectivo de pacientes pluripatológicos y los mayores han sido de los grupos más golpeados por la pandemia del Covid-19. Si bien, previamente se estaba trabajando en líneas para el control y el seguimiento de estos pacientes como en la 'Estrategia España 2020', el Sistema Nacional de Salud se ha visto colapsado por la presencia del coronavirus y en la inmediatez ha tenido que destinar los recursos de forma prioritaria en la atención de los contagiados con el virus Covid-19.

Ante este escenario la evolución del tratamiento de los pacientes pluripatológicos y mayores así como las estrategias de prevención y los retos de la atención sanitaria para estos colectivos ante la crisis del Covid-19 ha creado una complejidad añadida. El control de pacientes pluripatológicos a lo largo de la pandemia ha sido bastante irregular. El problema de estos pacientes es que al tener problemas crónicos de salud son muy dependientes de la asistencia sanitaria del hospital y la Atención Primaria.

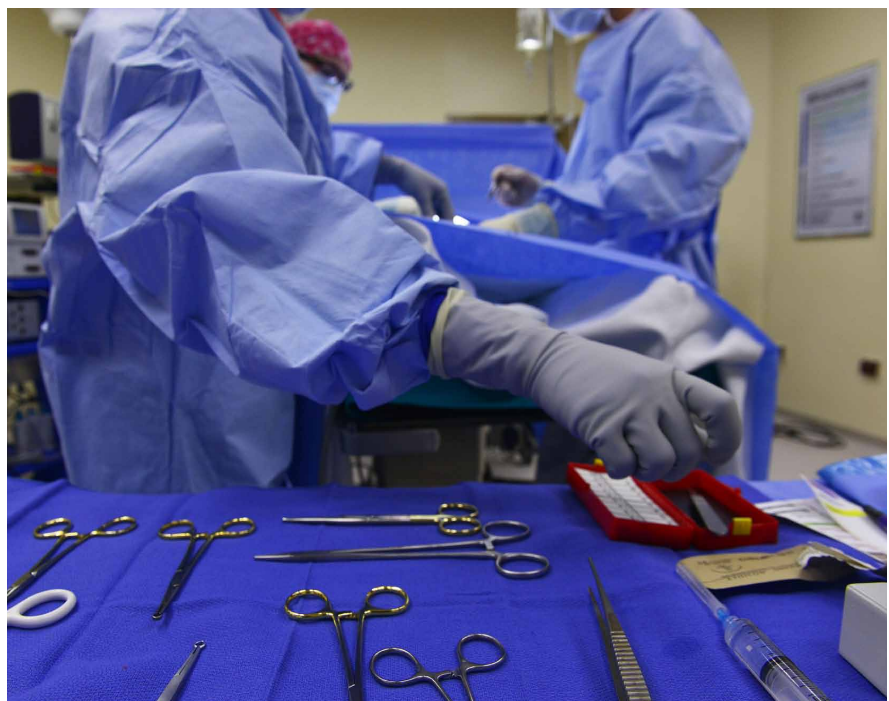
En el escenario de la pandemia hemos tenido que destinar muchos recursos a la atención de los pacientes Covid-19, mientras que el grupo de los pacientes pluripatológicos se ha visto desprovisto de estrategias necesarias para que

se mantengan estables. Además, el confinamiento a este colectivo le ha afectado en el deterioro de su salud. Ha sido una circunstancia que no nos ha permitido tener un buen control.

### ¿Cuáles han sido las principales estrategias de prevención en medio de la pandemia?

Hemos intentado mantener con los pacientes líneas de comunicación. Al igual que en Atención Primaria, hemos usado el recurso de la llamada telefónica. Sabemos que tiene limitaciones, que no es una herramienta que vale para todos los pacientes, pero nos ha servido para tener contacto con aquellos enfermos más inestables o para orientar a aquellos que se podían acondicionar en los domicilios. También hemos intentado vehicular consultas presenciales con aquellos que necesitaban venir a los hospitales intentando complementar las dos cosas.

Todas las enfermedades de los pacientes pluripatológicos han sido más o menos afectadas por igual. Nosotros vemos muchos pacientes con patologías crónicas como insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la propia edad avanzada. Estos pacientes necesitan conocer constantemente





sus síntomas de descompensación, establecer su medicación crónica y las medidas higiénico dietéticas propias de cada situación, y les ha costado llevar un control durante la pandemia, sumado al miedo de venir a los hospitales por el virus.

Cuando la curva de los contagios por Covid-19 empezó a estabilizarse, empezamos a ver la llegada de los pacientes crónicos muy descompensados, muy deteriorados por las circunstancias y por la imperfección del sistema sanitario.

En nuestro caso, en el HURH, la enfermera de la consulta UCA ( Unidad Continuidad Asistencial, ) ha ido a ver a los pacientes a su domicilio ante descompensaciones durante la pandemia por Covid-19.

Afortunadamente como muchos de están vacunados contra el Covid-19 han perdido el miedo a venir a los hospitales y a las urgencias. Gracias a ello ahora abrimos la

atención de consultas presenciales y eso nos permite recuperar la línea de trabajo asistencial que teníamos con ellos.

Como retos de la pandemia de Covid-19 en la atención de pacientes pluripatológicos y mayores tenemos por una parte, el reto de la atención sociosanitaria.

El problema de las residencias para mayores no se le escapa a nadie. Ha sido un frente delicado que nos tiene que plantear la necesidad de reorientar la atención en estos centros. Por otra parte, tenemos que retomar las estrategias de cronicidad.

La Estrategia España 2050 aborda, entre otros temas, la cronicidad al hablar del quinto desafío de preparar a nuestra sociedad para una población más longeva.

Antes de la pandemia del Covid-19 ya contábamos con otra pandemia que era la de los problemas crónicos de la salud y las enfermedades no transmisibles. Todas

las estrategias que vayan de la mano en la ayuda de los pacientes crónicos son favorables por su enorme importancia sociosanitaria aparte del acto médico en si. Donde más tenemos que insistir es en aumentar recursos en la Atención Primaria, más que en hospitales.

En este contexto, el paciente crónico está habituado en su entorno con el seguimiento de un Médico de Familia, que es el verdadero pivote sobre el que gravita el paciente crónico pluripatológico y el paciente frágil, convirtiéndose en una herramienta muy potente para que este grupo pueda estar lo más compensado y controlado.

Hay condicionantes que están asociados a la pandemia en nuestros pacientes: el dolor crónico y la salud mental. La inmovilización por el confinamiento ha incrementado ambos problemas, por lo que tendremos que pensar cómo vehicular y reflexionar sobre las estrategias para tratar a estas personas que llevan un tiempo esperando para ser atendidos.

La Sociedad Española de Medicina Interna en la moderación de la mesa “Best practices” de adaptación de la consulta de Medicina Interna mediante telemedicina, como una de las formas de respuesta a la pandemia Covid-19”, en la que Carlos Hernández expuso los datos del Ensayo Clínico ATLANTIC y el doctor Javier García Alegría abordó la ponencia “La Medicina Interna del futuro”.

Según los datos del Ensayo Clínico ATLANTIC, el 63,1 por ciento de los pacientes incluidos tenían insuficiencia cardíaca, el 13,9 por ciento EPOC y el 22,9 por ciento ambas patologías (como criterios de inclusión). La edad media fue de 76 años, la mayoría hombres, y en un 72% requerían cuidador (mitad de los casos cónyuge). Con dicho ensayo clínico se constató “el beneficio de la telemonitorización en la reducción del requerimiento de ingreso/urgencias, en el aumento del empoderamiento del paciente, la alta satisfacción con el uso de la tecnología y la disminución de los requerimientos asistenciales”.

Por su parte, García Alegría indicó que la cronicidad y la continuidad asistencial son el gran reto. Afirmó que “tras la Covid-19 es una necesidad perentoria e ineludible cambiar la estructura y la organización de

la atención médica en los hospitales” y que “la Medicina Interna es una especialidad fundamental en el presente y que lo será todavía más en el futuro”, así como que los Servicios de Medicina Interna serán esenciales en el hospital del futuro y deben ser el eje principal de la atención médica”. También que “que el Covid-19 ha sido una oportunidad de aprendizaje e innovación que ha reforzado el papel de la especialidad, por su visión integral y global del paciente”.

#### Bibliografía

- 1.- SEMI Informe de evaluación Estrategia Cronicidad. 16 julio 2019
- 2.- Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and recovery after hospitalization for medical illness among community-living older persons: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:486--95, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16350>.
- 3.- Zisberg A, Shadmi E, Gur-Yaish N, Tonkikh O, Sinoff G. Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:55--62, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13193>.
- 4.- Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9:CD006211, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>.
- 5.- Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *J Am Dir Med Assoc.* 2017;18:192.e1--11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.004>.
- 6.- Marco J, Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, et al. Características clínicas del delirio y sus implicaciones pronósticas en los servicios de medicina interna españoles: análisis de una gran base de datos clínico-administrativa. *Rev Clin Esp.* 2019;219:415--23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2019.02.005>.
- 7.- Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA.* 2017;318:1161--74, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.12067>.
8. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. *Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2013.4*
9. WHO. Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Nota descriptiva nº 310. Mayo de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
10. TINEM ME, FRIED TR, BOVO CM. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition-Multimorbidity. *JAMA.* 2012 June 20; 307(23): 2493-2494. doi:10.1001/jama.2012.5265.
11. SAUSBURY CH. The Lancet, Early Online Publication, 10 May 2012. doi:10.1016/S0140-6736(12)60482-6.
12. Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities, OECD Publishing (2011). <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en> ISBN 978-92-64-12231-4(PDF).
13. Blog Avances de Gestión Clínica. Jordi Varela. 22 de mayo 2017. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/>
14. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&k=docview&gid=22257+&Itemid=99](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&k=docview&gid=22257+&Itemid=99)
15. Naciones Unidas. Asamblea General. Septiembre 2011. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. [www.un.org/es/ga/ncdmeeting.2011](http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting.2011)
16. [ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/)
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
18. Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud del SNS. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/trategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
19. SACYL. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
- 20.- La atención al paciente crónico en el contexto post COVID-19 Lecciones aprendidas y propuestas de mejor. Cronicidad Horizonte 2025
- 21.- “Burgos Diez, C, Sequera Requero, R, Tarazona-Santabalbina FJ, Contel-Segura JC, Monzó Planella, M, Santaegüenia-González SJ. Study protocol of a quasi-experimental trial to compare two models of home care for older people in the primary setting. *BMC Geriatr.* 2020 Mar 12;20(1):101. doi: 10.1186/s12877-020-1497-0”.



## Las enfermedades de Goya y retrato con el Dr. Arrieta

Por el Dr. Ciriaco Casquete Román

La obra fue pintada en 1820 y se encuentra en el Museo de Minneapolis, en Estados Unidos (ver figura 1). Para la enfermedad de Goya y las noticias de sus amigos, los documentos están reunidos en Canellas López en 1981. De todas formas, la vida que se cuenta de Goya es un tópico. En su vida no se puede separar su alma atormentada, obsesiva e irracional de su sentido agudo de la realidad; por eso, con esta dualidad, hay grotescas caricaturas y otras que, sin serlo tanto, expresan fuerzas del inconsciente.

Goya ya enfermó de forma más leve en 1777 y en 1790, pero parece que se recuperó sin secuelas. Sin embargo, en enero de 1773 escribe a Zapater confesándole que había estado “dos meses en cama con dolores cólicos”.

En marzo del mismo año, Sebastián Martínez escribe que “estaba en mal estado y no podía salir de casa... ¿Es en la cabeza donde tiene su mal?”. Él mismo escribe el 31 de marzo que “Goya está ausente, sufriendo una parálisis”.

La primera noticia que tenemos de su enfermedad por parte de Uriarte, y nos dice que Goya adquirió su sordera en su primer viaje a Andalucía, cuando el coche en el que viajaba se rompió y, tardando en arreglarlo, cogió tal resfriado que perdió su oído (otitis); aunque hay biógrafos de Goya que dicen que se quedó sordo a los 30 años.

En 1792 abandona Madrid y en Sevilla cae gravemente enfermo. Aquí están las cartas de Zapater y Martínez. En marzo de 1794 escribe Goya a Zapater para informarle de que sigue igual. En marzo de 1793, hay carta de Zapater a Bayeu: “A Goya le ha precipitado su poca reflexión”. Ello hace especular sobre su origen venéreo, ya que tuvo muchas amantes. Esta teoría es la más aceptada desde el 2008. También se habla de infarto de la arteria cerebelosa antero-inferior con vértigo, sordera, ataxia y parálisis



Figura 1

parcial; pero todo esto produciría secuelas permanentes, que no parecieron darse con posterioridad. En el 96 y primeros del 97, está en Cádiz, enfermo, y allí se encuentra a la Duquesa de Alba, a la que ya conoció en 1795, haciendo varios cuadros a la familia. Ella tiene 34 años, separándose de él a los 36, llenos de discusiones.

El autorretrato de Goya del 95 al 97 es un dibujo a la aguada de tinta china (Metropolitan de Nueva York - Ver figura

2). Lo vemos introvertido y agobiado, con la mirada algo tormentosa. Nos recuerda Goya en este cuadro al también sordo Beethoven. En 1798, se encuentra muy bien y quizás sea el año más fecundo de su vida. Volvemos atrás en el tiempo, la teoría que en 1972 se barajó acerca de su enfermedad apuntaba a intoxicación por plomo, pero Goya no tuvo alteraciones de conciencia ni deterioro cognoscitivo (no fue una encefalopatía plúmbica). Además, tenía un operario, Pedro Gómez,

que le preparaba los materiales de las pinturas y durante 27 años nunca se intoxicó. Se especuló también que fuera una laberintitis vírica que le provocó la sordera, aunque recuperase el equilibrio. Desde 1771 a 1790 seguían los síntomas pero menos intensos.

También se barajó la intoxicación por quinina, ya que en casos de malaria eran frecuentes los síntomas que él tenía: pérdida de visión, pérdida auditiva, cefalea, confusión... Podría ser que dañara la cóclea y eso trajera la sordera permanente, aunque hay dudas al respecto.

Otra teoría que se tuvo en cuenta fue una posible esquizofrenia con tres brotes de apatía y de excitación después. No puede ser este diagnóstico dada su evolución posterior favorable.

¿Una depresión reactiva? Puede ser, al quedar sordo. Se recupera hasta 1819, apareciendo otra enfermedad grave que provoca un decaimiento de su ánimo, cambiando su trabajo hasta llegar a su época de "Las pinturas negras" ("Saturno", por ejemplo, sería una alegoría del Santo Oficio o del poder absolutista de Fernando VII. El dios sería la encarnación de una



Figura 2

revolución que acabó comiéndose a sus propios hijos).

**CONCLUSIÓN: NINGUNA DE LAS TEORIAS PUEDEN DEMOSTRARSE.**

En la base del cuadro con el Dr. Arrieta, Goya escribe: "Goya, agradecido a su amigo Arrieta por el acierto y esmero con que le salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad producida a fines de 1819, a los 73 años de su edad. Lo pintó en 1820". El pintor tiene mal aspecto, con agotamiento.

Dice Serraller que "el doctor parece el ángel que consuela a Cristo en el huerto de los Olivos". Hay muchos retratos de él en España y también fuera, de presencia desgarradora, extraña o doliente. Es un rostro vigoroso pero cansado; es un viejo inteligente con aciertos y desaciertos en su vida, con la aparición de diversas enfermedades.

Goya murió y resucitó. Su cabeza se encuentra justo en el instante en el que se va a desplomar definitivamente sobre el hombro de Arrieta. Después de esta fase empezó a trabajar con ímpetu en "Los Desastres", "La Tauromaquia" y "Los Disparates". Sus facciones envejecidas y macilentas se repiten en los retratos de 1815 de la Academia de San Fernando, uno; y en el Prado, el otro. En este último está serio y con un toque nostálgico.

En el autorretrato de 1826, a los 80 años, pintado por Vicente López y también ubicado en el Prado, se le nota la edad, pero tiene una excelente expresión y presencia; aún tiene pelo y una mirada directa, observante, y se le distingue un labio inferior "saliente" pero firme. Predomina la belleza que impone Vicente López; Goya está sentado con su tabla y pinceles y bellamente vestido. Él es el pintor de la belleza y de la brutalidad del hombre y sus desaciertos en la ciudad civil.

Daniel Sánchez de Rivera afirmó en 1943 que Goya tenía sífilis y lo explica diciendo que llegó a tener veinte hijos y que solo se salvó uno, Javier, su heredero, que llegó a la edad adulta. La mayoría morían de embriones o poco después de nacer. Sánchez de Rivera se apoya también en cartas con su amigo Zapater, en las que nunca cita la enfermedad que tenía antes

de matrimoniar. Goya dice a Zapater en carta de 1777: "Ya estoy bueno. Gracias a Dios me he escapado de buena", por lo que Sánchez supone que el pintor sabía que su enfermedad era incurable.

Se citan dos cartas de Bayeu a Zapater: "Como la naturaleza de su enfermedad es de las más terribles, me hace desconfiar de su restablecimiento". Contesta a Zapater: "A Goya le ha pasado eso por su poca reflexión y hay que compadecerle con toda la compasión que exige su desgracia". Pero con todo esto no se puede dar la razón a Sánchez del todo. Parece que existió una hemiplejía más trombótica que hemorrágica y que, según algunos, se produce en sus años juveniles, con infección sifilítica. De todas formas, las dos cartas son muy sobrias.

En estos años hay otra teoría y es que tuvo una parafrenia, que es una forma intermedia entre la paranoia y la demencia precoz. El diagnóstico es de Vallejo Nájera. Algunos piensan como Ortega y Gasset: "No se comprende cómo pinta estos cuadros anormales y pinta a la vez cuadros normales en esta época y también cuadros intermedios de brujas, cárceles y degollaciones". Por lo tanto no son muy posibles estos diagnósticos.

La versión de Niederland, psiquiatra norteamericano, es que entre 1792 y 1793, a sus 46 años, tuvo una encefalopatía por tener cantidad de plomo en sangre, pues tenía los siguientes síntomas: ceguera parcial, paralización de un lado del cuerpo, vértigo, alucinaciones y estados de coma. La enfermedad cesó cuando dejó de crear porque usaba muchas cantidades de pintura blanca compuesta de carbonato de plomo por su excesivo trabajo a diario. Al superar todo esto, llegó a vivir otros 40 años más. En 1819 recayó casi enfermo mortal y fue cuando le trató el Dr. Arrieta. Goya murió de una apoplejía en Burdeos.

Hoy en día se sigue pensando que la causa fue la sífilis, que le llevó a la larga a la apoplejía. Otros piensan que tuvo la enfermedad de Meniere. Parece bastante cierto que la enfermedad de 1819 fue la misma que la de 1792 (sífilis) que permaneció hasta 1795. Y se pensó en todas las enfermedades que se citan, demasiado graves para un hombre de 50 años, pues enseguida surgió una época muy fructífera en obras.

# club AMA

Ya puedes disfrutar, por ser mutualista, de un Club con más de 300 marcas a tu disposición.  
Y todas ellas con descuentos o promociones.

**¡Regístrate y comienza a ahorrar en tus compras habituales!**

Estas son algunas de las marcas que ofrecen descuentos a los mutualistas como tú:

#### Alimentación y supermercados



#### Perfumería y cosmética



#### Movilidad



#### Restaurantes



#### Artículos deportivos



#### De compras



#### Cuidado personal



#### Ocio y actividades



#### Tecnología y entretenimiento



#### Hogar



#### Para tu familia



#### Tarjetas regalo



#### Electrodomésticos



#### Vacaciones y viajes



#### Motor



#### Conciliación



## ¿CÓMO PUEDES UTILIZAR EL CLUB AMA Y AHORRAR EN TUS COMPRAS?



### CUPÓN

Imprimiendo el cupón descuento para enseñarlo en la tienda o bien accediendo desde tu móvil.



### ONLINE

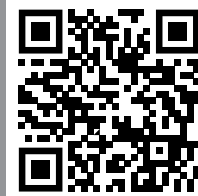
Descuento directo a través de un código promocional que deberás introducir en el proceso de compra.



### CUENTA VIP

Ingresando directamente en tu cuenta (sin gastos ni comisiones) el dinero ahorrado en tus compras.

**A.M.A. VALLADOLID**  
Doctrinos, 18; bajo  
Tel. 983 35 78 99  
valladolid@amaseguros.com



[www.amaseguros.com/club-a.m.a.](http://www.amaseguros.com/club-a.m.a.)

