



Octubre 2022

# axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



*El Colegio de Médicos hace entrega de sus galardones a los ganadores del IV Premio Félix Heras al mejor trabajo de investigación publicado en los años 2020 y 2021*

## El Colegio al Día 4

- Actividades de la Junta Directiva
- Mesa redonda sobre la medicación sin daño
- Acto de entrega de los IV Premios Félix Heras al mejor trabajo de investigación publicado entre los años 2020 y 2021
- Presentación de los trabajos premiados en las categorías Senior y Junior
- Inauguración del Ciclo “Encuentros con el Colegio”, con Dña. María Luisa Segoviano
- Celebración de las II Jornadas Neurológicas castellano-leonesas para Atención Primaria

### CONSEJO EDITORIAL

**Presidente:** José Luis Almodí 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

## Opinión 18

◦ D. Ramón Velasco. Médico vallisoletano de recuerdo inolvidable.

Por el Dr. Carlos Vaquero

## Arte 20

◦ La Sagrada Familia huye a Egipto y la Virgen alimenta al Niño

Por el Dr. Ciriaco Casquete

## Estudios 22

◦ Reacciones de hipersensibilidad a la vacuna Covid.

Por la Dra. Alicia Armentia, el Dr. Daniel Arévalo; la Dra. Aurora Sacristá, el Dr. Ramón Betancort y la Dra. Ana Cano.

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  
ISSN: 1132-4678

Una vez pasado el verano, y con la incidencia del COVID-19 en cifras aceptables, la recuperación de la actividad asistencial debería transcurrir con normalidad si se hubiese iniciado la corrección de los problemas latentes de nuestro Sistema Sanitario, que la pandemia se encargó de poner aún más en evidencia.

Sin embargo, la realidad se impone a los buenos deseos y las listas de espera en consultas, pruebas diagnósticas y cirugías en Atención Hospitalaria y en algunas consultas de Atención Primaria, superan lo deseable para los responsables, sanitarios y políticos, suponiendo un motivo de insatisfacción para los pacientes y de frustración para los médicos.

En Atención Primaria, y en algunos servicios de Atención Hospitalaria, el déficit de médicos se ha convertido en un problema endémico de muy difícil solución. El reciente estudio del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León así lo demuestra.

Las medidas a tomar son complejas, ya que dependen de decisiones tanto a nivel autonómico como nacional, y otras que será necesario tomar y que pueden resultar difíciles de explicar y entender.

La incertidumbre por la crisis económica, energética y política derivada del conflicto en Ucrania y la proximidad de algunos procesos electorales, nos hacen pensar en unos próximos meses un tanto convulsos.

Cada vez se hace más difícil mantener el nivel óptimo en la prestación de los servicios sanitarios; los médicos siempre estamos en primera línea para trabajar, pero también para ser escuchados.



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

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A SEPTIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
01 / 07	Asamblea de la Vocalía de Administraciones Públicas del CGCOM	Rep. Junta Directiva Dr. Roberto Pesquera
08 / 07	Desayuno informativo con D. Alejandro Vázquez Ramos (Consejero de Sanidad Junta de CyL) en Segovia	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
12 / 07	Reunión Com. Evaluación Med. Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva Dr. Roberto Pesquera y Dr. Guillermo Cabezudo
12 / 07	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión
13 / 07	Pleno Extraordinario Junta de Gobierno Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
15 / 07	Asamblea General del CGOM	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A SEPTIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
22 / 07	Asamblea General del CGOM	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
22 / 07	Reunión Junta Permanente	Miembros de la Comisión Permanente
02 / 08	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente. Dr. José Luis Almudí
22 / 08	Pleno Extraordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
02/ 09	Acto de inauguración oficial de la Feria y Fiestas de Nuestra Sra. San Lorenzo 2022	Presidente. Dr. José Luis Almudí
09 / 09	Asamblea General del CGOM	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A SEPTIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
13 / 09	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros Junta Directiva
13 / 09	Reunión Comisión Deontológica	Miembros Comisión Deontológica
14 / 09	Entrega premios IV edición del Premio Félix Heras	Miembros Junta Directiva
15 / 09	Reunión Extraordinaria de la Comisión de Control del Plan de Pensiones de Médicos de Salamanca, Valladolid y Palencia	Presidente. Dr. José Luis Almudí Alegre
16 / 09	Asamblea de la Vocalía de Médicos Jubilados	Rep. Junta Directiva Dr. Benito Cortejoso
16 / 09	Acto de apertura del curso académico de las Universidades de CyL 2022-2023 (Paraninfo de la Uva)	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A SEPTIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
16 / 09	Mesa Redonda sobre Seguridad del Paciente en el Hospital Universitario Río Hortega	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
16 / 09	Reunión de Tesoreros del CGOCM	Rep. Junta Directiva Dra. Ana María Serrador Frutos
21, 22 y 23 / 09	2º Seminario de Verano de la Escuela de la Profesión Médica del CGOM	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre Secretario Gral. Dr. Raúl de la Cruz Marcos
28 / 09	Pleno ordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente Dr. José Luis Almudí Alegre
30 / 09	Celebración del 50 aniversario de presencia de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús en la ciudad de Valladolid	Rep. Junta Directiva Dra. Rosa M <sup>a</sup> Ibán Ochoa
30 / 09 y 01 / 10	III Jornada Nacional de la Medicina Privada y Asamblea de la Vocalía de Ejercicio Privado del CGCOM (Sevilla)	Rep. Junta Directiva Dra. Rosa Pérez Nava y Dr. Sergio García Collado

## Una medicación sin daño es posible

*El Hospital Universitario Río Hortega celebra una Mesa Redonda en la que debatir “La Medicación sin Daño” en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2022*

Los medicamentos a veces causan graves daños si se almacenan, prescriben, dispensan o administran de forma incorrecta o si se controlan de forma insuficiente.

Las prácticas de medicación poco seguras y los errores de medicación figuran entre las principales causas de daños evitables en la atención de salud en todo el mundo. Los errores de medicación se producen cuando las deficiencias de los sistemas de medicación y diversos factores humanos como el cansancio, las malas condiciones ambientales o la escasez de personal afectan a la seguridad del proceso de utilización de los medicamentos. Esto puede provocar al paciente graves daños, discapacidad e incluso a la muerte. La actual pandemia de COVID-19 ha exacerbado significativamente el riesgo de que se produzcan errores de medicación y daños conexos.

Por todos estos motivos, “La Medicación sin daño” ha sido el lema seleccionado por la OMS para su visibilización en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2022.



Fueron muchos los invitados a la Mesa Redonda celebrada el 17 de septiembre

Este día es celebrado por la organización mundial cada 17 de septiembre y, para mostrar su apoyo a la causa, la Comisión de Seguridad del Paciente del Área de Salud Valladolid Oeste organizó una mesa redonda en la que debatir acerca de la medicación sin daño y a la que se invitó a nuestro Presidente, el Dr. José Luis Almudí.

El Dr. Almudí, acompañado de la Presidenta del Colegio de Enfermería, Silvia Sáez y el Presidente del Colegio de Farmacéuticos, Alejandro García Nogueiras, así como de representantes de los servicios de Farmacia del HURH y de Atención Primaria Valladolid Oeste, de las Direcciones Médicas y de Enfermería, de la Unidad de Calidad y de la propia comisión de seguridad, presididos todos ellos por el Gerente del HURH y la Directora Médica de Atención Primaria Valladolid Oeste y moderados por la Dra. M<sup>a</sup>. José Garea, como Presidenta de la Comisión de Seguridad del Paciente, comentó junto a todos los demás asistentes la conveniencia de la actualización.

También se habló de la necesidad de una revisión de la hoja de medicación de los pacientes, sobre la importancia de trasladar a los pacientes la relevancia de su compromiso con la adherencia a la medicación que tienen prescrita, así como de la como mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y las oficinas de farmacia para conseguir entre todos una medicación sin daño para beneficio de nuestros pacientes.



El Dr. Almudí durante la mesa redonda celebrada en el HURH

## ENTREGA DE LOS PREMIO FÉLIX HERAS

### El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid premia la investigación un año más

*Los Premios Félix Heras, que recompensan el mejor trabajo publicado en los años 2020 y 2021, alcanzan su cuarta edición*

El pasado 14 de septiembre tuvo lugar, en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, el acto de entrega de los galardones a los ganadores del IV Premio Félix Heras al mejor trabajo de investigación publicado, unos galardones ideados con la idea de fomentar y premiar la investigación entre los médicos de nuestra provincia por considerar este campo de nuestra profesión fundamental para el avance de la Medicina.

Con una total de 40 trabajos presentados, publicados entre los años 2020 y 2021, la decisión del jurado no fue nada sencilla, ya que la calidad científica y el impacto

internacional de los casos expuestos eran altísimos.

Tras mucha deliberación, acordaron conceder el primer premio de la categoría Senior al Dr. Ignacio J. Amat Santos por su "Ramipril in High-Risk Patients With COVID-19".

El accésit de esta categoría recayó en el Dr. David García-Azorín, que presentó un trabajo llamado "Clinical characterization of delayed alcohol-induced headache".

Por su parte, la Dra. Sandra Santos-Martínez, que no pudo acudir al acto de

entrega de los premios, se llevó el primer puesto en la categoría Junior gracias a su estudio "Transcatheter Aortic Valve Replacement for Residual Lesion of the Aortic Valve Following "Healed" Infective Endocarditis".

La Dra. Marina de Benito Sanz le pidió al su colega y coautor de su trabajo, "Efficacy and safety of cold versus hot snare polypectomy for small (5–9 mm) colorectal polyps [...]", el Dr. Francisco Javier García Alonso, que acudiese al evento en su lugar para recoger el accésit de la categoría Junior al serle también imposible acudir al mismo.



El Dr. Ignacio Amat recibe su premio de manos del Presidente del ICOMVA, el Dr. José Luis Almudí



El Dr. Almudí hace entrega de su premio al Dr. David García-Azorín



El Dr. Francisco Javier García recibe, en nombre de la Dra. Marina de Benito, el accésit de la categoría Junior de manos de la Dra. Rosa Ibán

## ENTREGA DE LOS PREMIO FÉLIX HERAS

## PRIMER PREMIO DE LA CATEGORÍA SENIOR

*“Ramipril in High-Risk Patients With COVID-19”, del Dr. Ignacio J. Amat Santos*

Durante el comienzo de la pandemia por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) algunas voces de alarma sugirieron que la toma de fármacos como inhibidores del sistema renina angiotensina (IECA) o bloqueadores del receptor de angiotensina-2 (ARA-2) podían predisponer a la infección y a cuadros más graves de COVID-19.

Dado que millones de pacientes toman estos medicamentos en el mundo, cundió la alarma trascendiendo el ámbito sanitario y no fueron pocos los pacientes que por iniciativa propia o aconsejados por sus médicos, abandonaron estas medicaciones pese al riesgo de descompensaciones en sus patologías cardiovasculares subyacentes.

La base fisiopatológica para explicar este potencial riesgo se basaba en que la toma de IECA/ARA-2 incrementa la producción endógena de esta enzima convertidora de angiotensina (como mecanismo compensatorio), y a su vez el SARS-CoV-2 se une precisamente a esta enzima para penetrar en la célula.

La puesta en marcha de un estudio aleatorizado para demostrar si la toma de estos fármacos tenía ese efecto deletéreo o no en esa fase aguda de la pandemia era logísticamente muy compleja y además eran necesarias respuestas rápidas. En ese preciso momento, el Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR) del Hospital Clínico Universitario estaba desarrollando un estudio multicéntrico (14 centros españoles) abalado por el Centro de investigación biomédica en red de enfermedades cardiovasculares (CIBERCV) y gracias a un proyecto FIS denominado

RASTAVI trial (NCT03201185) que aleatorizaba a pacientes con estenosis aórtica sometidos a recambio protésico transcatóter a recibir o no ramipril para analizar si este fármaco ayudaba a un mejor remodelado del ventrículo izquierdo tras solucionar la estenosis aórtica con la prótesis implantada por los cardiólogos intervencionistas. Los pacientes incluidos presentaban edad avanzada y alta carga de comorbilidades cardiovasculares (más del 70% hipertensión arterial, casi el 50% diabetes mellitus) y por tanto eran un subgrupo de pacientes con elevado riesgo de infección grave por SARS-COV2. En abril de 2020 un total de 102 pacientes habían sido aleatorizados a recibir Ramipril (n=50) o no (n=52), de modo que pudimos analizar si uno u otros grupo, que por lo demás eran comparables, presentaban mayor predisposición a contraer COVID-19 o a una peor evolución.

Un total de 11 pacientes (el 10,8% de los pacientes incluidos en el estudio) presentó infección por SARS-CoV2, 5 de ellos tratados con Ramipril y 6 en el grupo sin Ramipril (sin diferencias significativas en tasa de infección). Se objetivó que los pacientes de mayor edad, con menor hematocrito, con mayor riesgo operatorio o con fibrilación auricular tenían un mayor riesgo de infección. Un total de 5 pacientes precisó ingreso por infección grave y 4 de ellos fallecieron (dos en el grupo tratado con ramipril y dos en el grupo sin ramipril). El único factor predisponente para mortalidad fue un mayor índice de masa corporal.

Aunque se trata de un número reducido de pacientes, este fue el primer estudio aleatorizado a nivel mundial en ofrecer datos de seguridad en lo referente

al riesgo de COVID-19 con el uso de IECA en pacientes con patologías cardiovasculares y por ello fue publicado en una de las mejores revistas científicas cardiovasculares (Journal of the American College of Cardiology) y mereció múltiples editoriales en prensa especializada y no especializada que insistieron en la importancia de no retirar los IECA/ARA-2 a nuestros pacientes.

Sucesivos estudios posteriores confirmaron todos los hallazgos de nuestro análisis, no sólo en lo referente a la seguridad de los IECA y ARA-2 sino también en el mayor riesgo de curso grave de COVID-19 en pacientes ancianos y obesos.



## ENTREGA DE LOS PREMIO FÉLIX HERAS

### ACCÉSIT DE LA CATEGORÍA SENIOR

*“Clinical characterization of delayed alcohol-induced headache”,  
del Dr. David García-Azorín*

La cefalea es un síntoma que el 99% de las mujeres y 93% de los hombres experimentará a lo largo de su vida. En España, una de las causas de cefalea que ha experimentado un mayor porcentaje de la población es la cefalea causada por la resaca.

Algunos autores sugerían que durante la resaca, el dolor de cabeza es similar al de una migraña, mientras que otros investigadores sugerían que podría deberse a una deshidratación corporal y a nivel del líquido cefalorraquídeo, causando una cefalea por hipotensión de este.

En este estudio, se invitó a los estudiantes y al personal de la Universidad de Valladolid a rellenar una encuesta que describiese las características de su cefalea y sus factores asociados durante un episodio de resaca. Causalmente el estudio fue difundido coincidiendo con el final de exámenes, lo que contribuyó a que 1108 personas participasen en el mismo.

En la muestra, aproximadamente un tercio de los participantes había padecido cefalea con anterioridad.

El consumo de alcohol previo al episodio fue de unas 11 unidades de bebida estándar de media. El fenotipo de la cefalea más frecuente fue frontal, bilateral, de cualidad opresiva.

Algunos síntomas típicos de migraña, como fonofobia, fotofobia o empeoramiento con la actividad física fueron frecuentemente reportados por los participantes, hasta el punto de que un 36% cumplía criterios fenotípicos



de migraña según la Clasificación Internacional de las Cefaleas.

Dos tercios de los sujetos describieron como precipitante de la cefalea el pasar del decúbito a la bipedestación y la mejoría al retornar al decúbito, datos sugestivos de hipopresión de líquido cefalorraquídeo.

Curiosamente, no hubo dos patrones diferenciales, sino que las características típicas de migraña y aquellas sugestivas de hipopresión aparecían combinadas, sin que el tener antecedentes personales de cefalea o de migraña se asociase más a una o a otra.

Pensamos que la inhibición de la secreción de hormona antidiurética causada por el consumo de alcohol

favorece la deshidratación sistémica y la hipopresión de líquido cefalorraquídeo. Esto puede suponer por sí solo un estímulo que active los nociceptores meníngeos y propicie la aparición de una cefalea con rasgos migrañosos. Además, el alcohol es un vasodilatador, y como tal, puede también favorecer la aparición de episodios de cefalea de características migrañosas.

Como líneas de investigación a desarrollar, no pudimos aclarar qué factores se asociaban a una menor gravedad de la resaca, especialmente si el consumo de alimentos coincidente con el consumo de alcohol y previo al descanso nocturno se asociaba a una menor probabilidad de tener resaca o a una menor gravedad de esta, lo cual pretendemos esclarecer en futuros estudios.

## ENTREGA DE LOS PREMIO FÉLIX HERAS

### PRIMER PREMIO DE LA CATEGORÍA JUNIOR

*“Transcatheter Aortic Valve Replacement for Residual Lesion of the Aortic Valve Following “Healed” Infective Endocarditis”. de la Dra. Sandra Santos-Martínez*



previa con lesión valvular residual tras resolver la infección.

Tenían una mayor tasa de enfermedad multivalvular y mayores puntajes de riesgo quirúrgico. Que la lesión residual severa precisara de TAVR fue más frecuente sobre una prótesis valvular previa que sobre una válvula nativa (50% vs. 7.5%;  $p < 0.001$ ).

Las tasas de mortalidad intrahospitalaria y a un año fueron 5.6% y 11.1%, respectivamente, comparables a la cohorte de control.

Después del emparejamiento, la insuficiencia aórtica significativa (definida como grados III y IV) en el ecocardiograma al año fue del 27.9% (frente al 10%;  $p = 0.08$ ) y se asoció de forma independiente con una mayor mortalidad.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la seguridad y la eficacia a medio plazo del reemplazo valvular aórtico transcatóter (TAVR, por sus siglas en inglés) en el contexto de la endocarditis infecciosa de la válvula aórtica con lesión residual tras el tratamiento antibiótico exitoso.

#### ANTECEDENTES

Los pacientes con endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica que presentan lesión residual a pesar del tratamiento antibiótico exitoso a menudo son rechazados para cirugía cardíaca por alto riesgo.

De acuerdo a la evidencia recogida en las guías de práctica clínica, no se recomienda el uso de TAVR después de una endocarditis infecciosa.

#### MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes de 10 hospitales, recopilando información sobre las características basales, del ingreso hospitalario y a los doce meses de seguimiento de los pacientes con endocarditis aórtica curada y tratados con TAVR. Se realizó análisis pareado según sexo, EuroSCORE, enfermedad renal crónica, función ventricular izquierda, tipo de prótesis y procedimiento valve-in-valve con una cohorte de pacientes sin endocarditis previa tratados con TAVR (46 parejas).

#### RESULTADOS

De 2920 pacientes tratados con TAVR, 54 (1.8%) presentaron endocarditis aórtica

Solo se encontró un caso de recidiva de endocarditis infecciosa (1.8%). Sin embargo, el 18% de los pacientes se complicó con sepsis y el 43% reingresó por insuficiencia cardíaca.

#### CONCLUSIONES

- El TAVR es una alternativa terapéutica segura para la lesión valvular residual después de una endocarditis infecciosa aórtica curada con éxito.

- En el seguimiento a 1 año, el riesgo de recaída de endocarditis fue bajo y la tasa de mortalidad no difirió de los pacientes TAVR sin antecedentes previos de endocarditis, pero una cuarta parte presentó insuficiencia aórtica significativa y más de un cincuenta por ciento requirió reingreso.

## ENTREGA DE LOS PREMIO FÉLIX HERAS

### ACCÉSIT DE LA CATEGORÍA JUNIOR

*“Efficacy and safety of cold versus hot snare polypectomy for small (5–9 mm) colorectal polyps [...]”, de la Dra. Marina de Benito Sanz*

Para realizar este trabajo, comenzamos marcando los antecedentes y objetivos.

#### ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Las técnicas de resección actualmente disponibles para pólipos pequeños incluyen la polipectomía con asa fría (CSP) y la polipectomía con asa caliente (HSP).

Nuestro objetivo fue comparar CSP versus HSP en pólipos de 5-9 mm en términos de tasas de resección completa, síntomas posteriores a la colonoscopia y eventos adversos.

#### MÉTODOS

Ensayo aleatorizado multicéntrico realizado en 7 centros españoles entre enero y noviembre de 2019. Los pacientes con  $\geq 1$  pólipo de 5-9 mm fueron aleatorizados a CSP o HSP, independientemente de la morfología o el patrón óptico.

Después de la resección del pólipo, se enviaron dos biopsias marginales a un solo patólogo ciego.

Se definió resección completa como el único hallazgo de mucosa normal o artefactos de quemadura en las biopsias.

El dolor abdominal solo se estudió en pacientes sin pólipos  $< 5$  mm o  $> 9$  mm.

#### RESULTADOS

Entre 1538 pacientes, 496 sujetos que presentaban 791 pólipos fueron aleatorizados.

Las tasas de polipectomía completa fueron del 92,5 % en el grupo CSP y del 94 % con HSP (diferencia 1,5 %, IC del 95 %: 4,9 % a -1,9 %).

El sangrado intraprocedimiento que requirió clipaje endoscópico apareció en 3 (0,8%) casos de CSP y 7 (1,8%) de HSP.

Una lesión (0,3%) en cada grupo presentó hemorragia tardía.

El dolor abdominal postcolonoscopia se presentó de manera similar en ambos grupos 1 hora después del procedimiento (18,8% vs 18,4%), pero 5 horas después

del procedimiento fue mayor en el grupo HSP (5,9% vs 16,5%,  $p=0,02$ ).

La CSP presentó una mayor proporción de pacientes asintomáticos a las 24h del procedimiento que la HSP, 97% vs 86,4% ( $p=0,01$ ).

#### CONCLUSIONES

No observamos diferencias en las tasas de resección completa y eventos adversos entre CSP y HSP.

La CSP reduce la intensidad y la duración del dolor abdominal postcolonoscopia



## El ICOMVA inaugura su ciclo de “Encuentros con el Colegio” de la mano de Dña. María Luisa Segoviano

*La Magistrada del Tribunal Supremo nos habló de las nuevas tecnologías y de cómo estas pueden afectar, sin que seamos conscientes por completo, a nuestro trabajo y al control que nuestros superiores pueden ejercer sobre el mismo*

El pasado 3 de octubre dio comienzo la primera charla mensual del Ciclo «Encuentros con el Colegio» promovido por el Colegio de Médicos de Valladolid, que contó, en esta inauguración, con la presencia de Dña. María Luisa Segoviano Astaburuaga, vallisoletana y Magistrada del Tribunal Supremo (desde 2006), así como presidenta de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo (desde el 2020). Nuestra invitada ha sido la primera mujer en ser elegida presidenta de Sala en el Tribunal Supremo por primera vez, después de más de 200 años de historia, del Alto Tribunal, obteniendo el voto de 19 de los 21 miembros del Pleno.

Además, estudió Derecho en la Universidad de Valladolid e inició su trayectoria de jurisdicción laboral en 1974, antes de su ingreso en la Carrera

Judicial. Aprobaría la oposición como secretaria de Magistratura de Trabajo, ejerciendo en Barcelona, Palencia y Valladolid hasta 1987.

Ese año, ingresó como magistrada en la Carrera Judicial, comenzando en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Bilbao. En 1989 fue destinada al Juzgado de lo Social número 1 de Valladolid, donde ejerció hasta 1996, año en el que fue nombrada presidenta de la Sala de lo Social del TSJCyL (Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León).

Tras diez años ejerciendo dicho cargo, llegó en 2006 al Tribunal Supremo, siendo magistrada de la Sala Cuarta. Casi tres lustros más tarde, el 30 de septiembre de 2020, fue nombrada, por el Pleno del Consejo General del Poder

Judicial, presidenta de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, sucediendo en el cargo a Jesús Gullón.

La charla de Dña. María Luisa Segoviano Astaburuaga, que llevó por título «Trabajo y Nuevas Tecnologías», se centró en algunos de los aspectos legales menos conocidos de nuestra profesión. “Las nuevas tecnologías nos han cambiado mucho la vida, y más que nos la va a cambiar”, aseguró la conferenciante, que centró su charla en la posibilidad que tiene, por ejemplo, un gerente de hospital o un jefe de servicio (o cualquier superior de un profesional médico) de tener una injerencia en el correo electrónico de sus trabajadores, en las visitas que estos han hecho en Internet o lo que ha consultado con su móvil si es de empresa, si podrían usar cámaras de videovigilancia para tratar de controlar la actividad de los empleados, si es legal que usen instrumentos de geolocalización con fines similares, etcétera; es decir, “en todas esas cuestiones que a veces pueden inquietarnos mucho y que no siempre conocemos”, apuntó.

El ICOMVA acogió esta charla con la intención de que sea la primera de varias que se sucederán en los siguientes meses y en las que traeremos a la provincia a personas ilustres en diferentes campos que compartan con los asistentes su visión profesional y vital. Así, en noviembre y diciembre a este Ciclo de Encuentros en el Colegio se le sumarán los nombres de D. Gustavo Martín Garzo, escritor vallisoletano, Licenciado en Filosofía y Letras en la especialidad de Psicología y D. Antonio Pelayo Bombín, uno de los periodistas más veteranos y más respetados de cuantos están en Roma, con una trayectoria de décadas cubriendo la información del Vaticano.



De izquierda a derecha: El Dr. Benito Cortejoso (coordinador del ciclo de conferencias), Dña. María Luisa Segoviano y el Dr. José Luis Almudí

## El Colegio de Médicos de Valladolid celebra sus segundas Jornadas Nefrourológicas castellano-leonesas para A.P



El Dr. Miramontes y las Dras. Alaguero, Gutiérrez y Pérez en la inauguración de los cursos

El 19 y 20 de octubre han tenido lugar, en el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, las II Jornadas Nefrourológicas castellano-leonesas para Atención Primaria, coordinadas por la Dra. Isabel Gutiérrez, LE M. Familiar y Comunitaria, presidenta de SocalemFYC y coordinadora del Grupo de trabajo de Nefrourología de SocalemFYC.

La Dra. Gutiérrez, que además de coordinar los dos días de charlas que compusieron estas jornadas, ofreció, durante el primero de ellos, la charla "Presentación del documento de información y consenso para la detección y el manejo de ERC", destacó la importancia de que profesionales de diferentes especialidades se unan para "atender lo mejor posible a nuestros pacientes".

Junto a ella, en la inauguración de estas jornadas estuvieron la Dra. Begoña Alaguero del Pozo, Nefróloga en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y Profesora Asociada en la Facultad de Medicina de la Uva; el Dr. José Pablo Miramontes, del servicio de

Medicina Interna del HURH; y la Dra. Sagrario Pérez Garrachón, Médico de Familia y Coordinadora de Equipos del Área Este de la Gerencia de Atención Primaria, así como miembro del grupo de trabajo de Nefrourología de SocalemFYC y miembro del Grupo Nacional de la SemFYC.

Todos ellos abordaron temas relacionados con una de las principales patologías tratadas en la Nefrourología: la enfermedad renal crónica, que conlleva la pérdida de la función de los riñones con el paso del tiempo y que afecta a uno de cada siete adultos en nuestro país. Por ello, el día 19, los invitados a estas charlas tocaron asuntos como el proceso asistencial integrado y el manejo integral de la ERC, el manejo del paciente diabético con ERC y el manejo práctico del paciente con ERC.

El día 20, las ponencias tocaron temas más variados, como el cáncer de próstata, los cólicos renales y su posible prevención o el manejo integral de los STUI tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como de la Urología. Todo ello, de la mano del Dr. Jesús Calleja Escudero, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid; el Dr. Marcos Cepeda Delgado, Jefe del Servicio de Urología del HURH; el Dr. José María Molero García, Médico de Familia y Miembro del Grupo de Trabajo Nacional de Nefrourología de la SemFYC y el Dr. Jesús María Díez Rodríguez, Vicepresidente de la ACLU y miembro del Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario.



El Dr. Molero, la Dra. Gutiérrez y los Dres. Cepeda, Calleja y Díez en la jornada del día 20

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ julio, agosto y septiembre

### ALTAS

Diego Ignacio Sánchez Chicharro	Traslado de Badajoz
Ana María Comasolives Arumi	Traslado de Barcelona
Pablo Valle de Frutos	Traslado de Barcelona
Ana Echavarría Íñiguez	Traslado de Burgos
Cristhian Humberto Aristizabal	Traslado de Barcelona
Ana María Fernández Villoslada	Traslado de León
José Javier Vengoechea Aragoncillo	Traslado de Lleida
Liliana Filipa Invencio da Costa	Traslado de Lleida
Beatriz Pintado Cort	Traslado de Madrid
Andrea Rouco Fernández	Traslado de Madrid
Daniel Alejandro Suárez Rouco	Traslado de Madrid
Miriam Gutiérrez Jimeno	Traslado de Navarra
Marta Justel Nuevo	Traslado de Ouenze
Raquel Melero Lerma	Traslado de Palencia
Jennifer Fernández de los Muros	Traslado de Cantabria
Andrea Cardona Hernández	Traslado de Segovia
Petra Friedova	Traslado de Segovia
Julio Ordax San José	Traslado de Palencia
Juan Antonio Gascón Rivas	Traslado de Islas Baleares
Laura Pérez-Hickman Diez	Traslado de Zamora
Cristian Hernández Crespo	Cese - Reingreso

### ALTAS

Daniel Leonardo Sánchez Carmona	Alta Nueva - Mir
Gerardo Javier Rodríguez Saltos	Traslado de Madrid
Laura González Bazán	Traslado de Segovia
Yaylem Andrea Rodríguez Zambrano	Alta Nueva
Adrián Garcóa Elbal	Alta Nueva
Paula Andrea Rodríguez Ducuara	Alta Nueva
María Luisa de Fuentes	Traslado de Barcelona
Mario Sergio Espinoza Fernández	Alta
Jazmín Frago Bravo	Alta
Oliver Mérida Zapata	Alta Nueva - Mir
Andrea Muñoz Basoco	Alta Nueva
Oliver Mérida Zapata	Alta Nueva - Mir

### FALLECIMIENTOS

Rafael Centeno Escudero  
 Antonio Cebrián Riñón  
 Enrique Ortega Fernández  
 Luis Miguel Castrillo Álvarez  
 Juan Ignacio Álvarez García

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ julio agosto y septiembre

## BAJAS

María Carolina Quevedo Villegas	Cese
Najaty Suliman Ali Jabary	Traslado a Cantabria
Francisca Larruscain León	Cese
Salvatore di Stefano	Cese
María del Mar Blanco Magdaleno	Traslado a Burgos
Helena Sofía Marcos Martín	Traslado a Zamora
María José Fora Romero	Traslado a Burgos
Mariana Gabriela Roldán Contreras	Traslado a Valencia
Isabel Teresa Estévez Fernández	Traslado a Huesca
Claudia Martín Monclus	Traslado a Tarragona
Sira Rodríguez Conchoso	Traslado a Burgos
Cristina Laserna del Gallego	Traslado a Burgos
María Cristina Gutiérrez Lora	Traslado a Burgos
Raisa Álvarez Paniagua	Traslado a La Rioja
José Ignacio Santos Plaza	Traslado a La Rioja
Clara Bolaño Pérez	Traslado a Palencia
Sonia Belén Paredes Gómez	Traslado a León (Ponferrada)
Francisco Javier Valentín Bravo	Cese

## BAJAS

Sheila Cenzano Ruiz	Traslado a La Rioja
Marta Benito Moscoso	Traslado a Cádiz
David Gómez Villarejo	Traslado a Cádiz
Fernando Gómez Cornejo Díaz	Traslado a Las Palmas
Laura Cuadrado Clemente	Traslado a Valencia
Daniela Romero Espinoza	Traslado a Barcelona
Ana Rodríguez González	Traslado a Salamanca
María García Duque	Traslado a León
Lydia Pérez Fernández	Traslado a Pontevedra
Violeta Martín Martínez	Cese de actividad
Ana Marcos González	Traslado a Barcelona
Zahira Gómez Carmona	Traslado a Almería
Ismael Calcerrada Alises	Traslado a La Rioja
Juan Martín Viteri Estévez	Traslado a Barcelona
Ángel Gutiérrez Merino	Traslado a Asturias
Silvia Miranda Anta	Traslado a Logroño (Rioja)
María Isabel Fernández Sánchez	Cese de actividad

## D. Ramón Velasco. Médico vallisoletano de recuerdo inolvidable

Por el Dr. Carlos Vaquero Puerta

Sin lugar a dudas, uno de los Presidentes más prestigiosos que ha tenido el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid a lo largo de su historia ha sido el Profesor Ramón Velasco Alonso. Su periodo de mandato se alargó por un espacio de catorce años, realizando interesantes e importantes aportaciones, como la fundación y puesta en marcha de la revista colegial *Axis*, después de haberlo hecho inicialmente de una hoja informativa colegial que llevó el nombre de *Pulso*; además, instauró el Seguro de Responsabilidad Civil, complementando el Seguro de Defunción Colegial, la elección Democrática de la Junta Directiva del Colegio y la puesta en marcha, en colaboración con su esposa, de la Sección Colegial Femenina. A él también le debemos el haber desarrollado el proceso de obtención de una moderna sede colegial, que se mantiene en la actualidad y que culminó el 3 de mayo de 1969, fecha de su inauguración.

Nació, don Ramón, en la localidad vallisoletana de Medina del Campo en la fecha del 20 de julio de 1917. Hijo de médico, habiéndolo sido también su abuelo, realizó su formación en estudios primarios en Valladolid y los secundarios

en Madrid. En el año 1934 inicia sus estudios médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, que concluye en el año 1940, coincidiendo toda su Licenciatura con el periodo bélico de la Guerra Civil Española. Obtuvo plaza en la prestigiosa, en aquel momento, Academia de Alumnos Internos durante este periodo de licenciatura como Alumno Interno de Clínicas en fecha 3 de abril de 1936. Tras su finalización de los estudios médicos, obtiene el Premio Extraordinario de la Licenciatura acompañado de un brillante expediente académico. Recién licenciado, se incorpora en el curso 1940 a 1941 a la Cátedra de Histología y Anatomía Patológica, ocupando el puesto de Profesor Adjunto Interino como encargado de Cátedra. Sin embargo, en esta época seguía vinculado a la Cátedra de Patología Médica que regentaba el que fue su maestro, Misael Bañuelos García, para posteriormente iniciar su formación en el extranjero, por lo que optó y obtuvo una Beca en concurso nacional: la Alexander Von Humbolt.

Se desplazó con esta ayuda a Viena para incorporarse a la Clínica Universitaria que regentaba el prestigioso internista, el Profesor Hans Eppinger. Durante

su permanencia en Viena, su labor fue excepcionalmente reconocida, otorgándole una subvención especial de la Reichartztekamer para becarios extranjeros; y, por otra parte, realizó los trabajos pertinentes para elaborar su tesis Doctoral. Se leyó y se defendió esta en la Universidad Complutense de Madrid en 1944, soportándola en un trabajo que llevaba por título "El mieloma en las gastropatías" y que fue codirigida por el Profesor Eppinger y el Profesor Bañuelos, sus dos maestros.

Una vez de regreso en España, pudo obtener una plaza como Profesor Adjunto Interino de Patología General, impartiendo esta materia en los cursos 1944, 1945, 1946 y 1947. En el año 1947 es cuando oposita y obtiene una plaza de Profesor Adjunto en la materia de Patología Médica. También es en este año cuando obtiene por oposición plaza de médico ayudante del Patronato Nacional Antituberculoso para el tratamiento de las enfermedades del tórax.

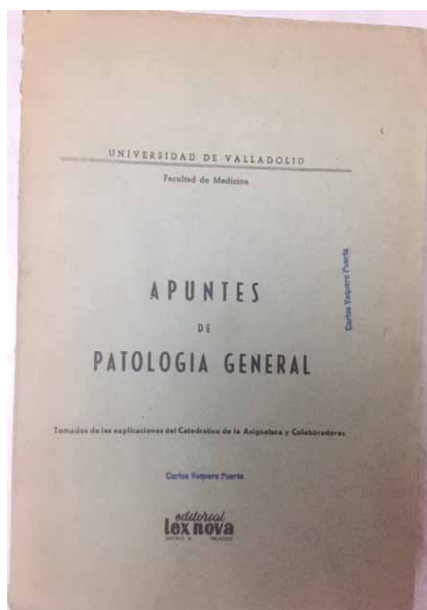
Dos años más tarde en 1949, obtiene la de Director Médico de este mismo Patronato.

Es doce años después, en 1959, cuando vuelve a opositar, obteniendo la plaza de Catedrático de Patología General y Propedéutica Clínica en la Universidad de Granada. A los pocos meses obtiene el traslado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid para ocupar, en fecha 23 de marzo de 1960, la Cátedra también de Patología General y Propedéutica Clínica, al haber pedido la excedencia de este puesto su predecesor, el Profesor Rodríguez Candela Marzanega.

En el año 1962, es nombrado Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, después de haber sido propuesto el año anterior y cuya entrada tuvo lugar el 29 de marzo de 1962 con un discurso que llevaba por título "Fisiopatología



Don Ramón Velasco en su despacho en los tiempos que ostentaba la Presidencia del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Valladolid



Portada de su libro "Apuntes de Patología General"

de la Hipertensión pulmonar" y que fue contestado por el entonces Presidente de la Corporación, D. Vicente González Calvo. La docencia la ejerció en la Facultad de Medicina y la asistencia en las dependencias del Hospital Provincial y Clínico de la Resurrección, a la vez que puso en marcha diversos laboratorios de investigación en distintas facetas y donde les permitió trabajar de forma intensiva a muchos de sus colaboradores.

En el año 1978, con la apertura del nuevo Hospital Clínico Universitario de Valladolid pasa a ocupar el puesto de Jefe de Departamento de Medicina, en el que cesa por jubilación de la misma forma que de la Catedra el 30 de septiembre de 1985.

Desde el punto de vista personal, salvo el periodo vienes, su vida estuvo ligada a Valladolid donde ejerció la mayor parte de su actividad profesional. Aquí se casó con D<sup>a</sup>. Felisa Domínguez Moncada y aquí tuvo a sus cuatro hijos: Sofía, Ramón, Pilar y Patricia.

Su actividad profesional y académica traspasó los límites de la Facultad de Medicina recordando su ejercicio como Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Valladolid, sin lugar a dudas uno de los periodos más relevantes de la vida de esta corporación.

Muchos han sido los profesionales que se han considerado discípulos suyos

formando parte de la Cátedra en donde los integrantes se consideraban una familia, encontrándose entre ellos, Tomás Caro-Patón Gómez, Luis Corporales López, Jesús María Prieto Valtueña, Eugenio Jover Sanz, Agustín Caro-Patón Gómez, Miguel Ángel del Pozo Pérez, Fernando del Pozo Crespo, Julián Para Cabello, María Teresa Arranz Santos, Ayer Álvarez y José María Manso Martínez, entre otros. El Profesor Ramón Velasco fallece el 20 de marzo de 1990 en la ciudad de Pamplona donde se había trasladado por motivos de atención médica.

Sus campos de trabajo fueron muy variados, pero tuvo una especial predilección por la genética médica, el metabolismo de los lípidos, la coagulación sanguínea y la inmunología, aspectos en los que posteriormente siguieron trabajando algunos de sus discípulos, llegando a ser muchos de ellos reconocidos especialistas.

Fue autor de unos Apuntes de Patología General, auténtico tratado, aunque su publicación se realizó de una forma austera por la Editorial Lex Nova, ofertándose al alumnado en un formato informal, siendo portador su contenido de extensa y profunda información de la materia de la que, como catedrático, fue responsable y que fueron utilizados no solo por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Valladolid, sino por los de otras Universidades.

Publicó numerosos trabajos, algunos como único autor, otro en colaboración con sus discípulos y donde podríamos destacar "La fosfatasa alcalina de los granulocitos neutrófilos en pacientes con fracturas", Revista Clínica Española (1961), Fisiopatología de la Hipertensión Pulmonar, Valladolid, Editorial Sever Cuesta (1962), "Ideas Actuales en Medicina", Valladolid, Editorial Sever Cuesta (1962), "Diferencias entre los cultivos de linfocitos estimulados con fitohemaglutinina y los estimulados con antígenos" Revista Clínica Española (1968), Patología General, Barcelona, Editorial Toray, (1970), "Aspectos inmunológicos de la enfermedad hepática crónica" Revista Española de aparato Digestivo (1984), "Posible intervención del glucagón en la génesis de algunas hiperlipemias primarias" Revista Clínica Española (1984), "Lípidos hepáticos en

pacientes con colelitiasis" Revista Clínica Española (1989) o "La inmunidad en el envejecimiento", Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid (1989).

Fueron muchas las ponencias y conferencias que impartió, pero quizá recordar por su carácter especial, la conferencia inaugural que dictó en la Universidad de Valladolid en el curso 1973-1974 cuya lección llevó por título "Bases y mecanismos de la senescencia". Los que le conocieron, entre los que me incluyo como alumno, coincidimos en que fue un excelente clínico de acuerdo al patrón de los tiempos que le tocó vivir; y, desde el punto de vista docente, transmitía de forma clara, precisa y concisa el conocimiento, siendo sus lecciones magistrales precisamente eso: una forma de transmitir la información excepcional que hacía vivir al oyente de una manera especial sus clases, dando la impresión, en ocasiones, de que al explicar los diferentes procesos estaba viviendo los mismos, lo que impactaba en el estudiante, haciéndole asimilar de una forma más intensa y profunda los conocimientos. Una forma de vivir la profesión en sus diferentes facetas, pero en especial la asistencia, la docente e investigadora con un perfil clásico, pero en absoluto peor que las actuales, puesto que, aunque es necesaria la innovación, esta por principio no tiene por qué ser mejor, sobre todo si lo anterior era excelente.

#### Referencias:

- Berzal de la Rosa E. *El Colegio de Médicos de Valladolid 125 años de historia (1894-2019)*. Graficas Eujoa . Valladolid 2020
- Díaz-Rubio M. *Médicos españoles del siglo XX*, Madrid, 2008.
- García Muñoz, M (Coord.), Riera Palmero J, López de Letona C. *Historia del Colegio de Médicos de Valladolid (1895-1995)*. Colegio de Médicos de Valladolid. 1996
- Izquierdo Rojo JM. *Las clases de Don Ramon Velasco. 4 abril 2007*
- Manso Martínez JM. *Ramon Velasco Alonso. Biografías. Real Academia de la Historia*. 2008
- Vaquero Puerta C. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid 40 años de Historia*. Graficas Gutiérrez Martín 2018

# La Sagrada Familia huye a Egipto y la Virgen alimenta al Niño

Por el Dr. Ciriaco Casquete



Imagen 1

La Sagrada Familia huye a Egipto pues Herodes decide matar al Niño defendiendo su reinado y, al no encontrarlo, decide ejecutar a todos los niños menores de dos años, ya que había nacido el Rey de los Judíos: Jesús.

Para cualquier familia en aquella época era imposible soslayar a los soldados en busca del Niño, pero esta Sagrada Familia tiene la protección del Espíritu Santo encima de su cabeza y por encima está el Santo Padre; además, no faltan uno o dos ángeles, muy

próximos en el camino como guías en todas sus acciones diarias.

José, con sus viandas y el asno, los dirige y la Virgen lleva al niño en brazos y lo amamanta, pues la Virgen María ha sido escogida como madre.

Esta huida empezó al amanecer y caminaron la noche y el día, cruzando dos ríos, senderos de barrancos con descensos y ascensos y el temor no solo a los soldados de Herodes, sino también a los bandoleros, en trayectos tan largos.

El silencio de San José le conmueve a sí mismo ante este hecho especial. ¡Cuántas dificultades y peligros! Seguro que encontrarían alguna caverna donde recogerse uno o dos días.

Tuvieron cerca el mar y llegaron después a las murallas de Gaza, y apareció el extenso desierto que veían invencible, pero al fin llegaron a Heliópolis de Egipto. Como allí abundaban los judíos encontraron ayuda rápidamente, consiguiendo José una casita mínima y un taller en el que empezó a trabajar rápidamente. La Virgen de la Leche es el acto de amamantar al Niño en Belén, Palestina y Egipto; por eso es la patrona de los matrimonios.

Entre los cristianos, la abdicación se hizo muy popular en la Edad Media. Se utilizó mucho en la Escuela de Siena en el siglo XIV, extendiéndose por toda Europa. En el Concilio de Trento, en el siglo XVI, se limitó por pudor, evitando el pecho desnudo como hacía en sus cuadros Luis de Morales, el Divino, aunque expresando en sus cuadros gran espiritualidad. Se prologa, además de a España, a Portugal y a América Latina hasta el siglo XVII. En el arte Bizantino se llamó "galactotrofusa", siendo famosa la gruta de la leche en que se apareció a Santos y que se nutrían con su leche, como a San Bernardo. Y en los iconos rusos también



Imagen 2



Imagen 3

aparece la Virgen amamantando al Niño. La Virgen de la Humildad es una modalidad de Madona, estando María sentada en el suelo o en un cojín cogiendo al Niño bebiendo y con sus dos manos apretando la salida de la leche. Es famosa la Virgen de Saydnaya, del siglo XI, de la ciudad siria de Saydnaya.

PARET Y ALCÁZAR, Luis (1746-1799). Intelectual y pintor del siglo XVIII y muy activo en dibujo. Se le ha llamado el "Watteau español", destacando en el Rococó español. Recibió castigo del Rey, siendo Paret pintor de cámara del infante Luis de Borbón, al que ayudó a buscar aventuras amorosas, cayéndole destierro durante diez años en Puerto Rico; a los tres años se le conmutó parte del destierro yendo a vivir a 222 kilómetros de Madrid, a Bilbao, frenándose su carrera, recuperándola poco a poco, alcanzando más tarde el título de académico en la escuela de San Fernando. Paret fue hombre culto pues llegó a dominar siete idiomas.

Paret: "La Virgen de la Leche" o "Descanso de la Huida a Egipto", ver figura 1. De 1780 - 1782, de pincel y aguada en negro sobre papel, de cuadro ovoideo de 279 x 196 milímetros. Madrid. Museo Nacional de Artes Decorativas. La obra la hizo desterrado en Bilbao. Es una escena nocturna en la que la Virgen amamanta al Niño delante de San José, ambos sentados y el Niño sujeto por su madre al pecho. Arriba un pequeño grupo

de ángeles y una palmera abocetada. A la derecha asoma, en parte, la cabeza de un asno.

La Iconografía de la Virgen de la Leche se basa en los Evangelios Apócrifos y se remonta al siglo IV. En España se difundió hasta el siglo XIII, con alta mortalidad infantil, que a veces se compensaba con nodrizas, pero lo mejor era la lactancia materna, que no disminuía la cantidad de leche a tomar.

Tras el Concilio de Trento (1543-1545) cambió la sociedad y la Iglesia destacó más a San José en la Sagrada Familia, prohibiéndose la lactancia materna de la Virgen en las obras de arte para que no se viera el pecho desnudo. En el siglo XVIII se destacó de nuevo los beneficios de la leche materna. En la obra, San José y La Virgen observan encantados al Niño durante la lactancia. La Virgen tiene amplios pliegues en su manto. Destaca la unión de la Virgen con su hijo que aprieta con su mano izquierda separando los dedos segundo y tercero. Aún hay sitio para una jarra de agua y un cuenco. Destaca en la obra el movimiento de los personajes, que es más estático, en general, en los cuadros religiosos de su época.

Hay muchas obras de este tema y abundantes copias. Algunos ejemplos de las mismas serían:

"Monasterio de Rigatell", del Museo de Arte de Barcelona anónima del siglo XIII. Es frontal del altar del monasterio, obra sintética y divulgadora de La Virgen de la leche.

"Descanso de la Huida a Egipto", de Zurbarán. Ver figura 2. 1659. Museo de V.A. de Budapest. Son más pequeñas estas obras que las sevillanas, pues estaban pensadas para oratorios privados. En el 60, muere su amigo Velázquez. Ambos, María y José, están muy atentos viendo al Niño succionar. La Virgen tiene ropa roja y San José y hasta el Niño la lleva parda. Todos son jóvenes.

De Murillo hemos seleccionado tres obras:

"Descanso de la huida a Egipto", de la colección del Conde Strafford en que el Niño extiende su mano buscando el pecho de la Virgen.

"Virgen con el Niño", del Museo de Dresde, Gemaldegaleri. Es obra de 1670-1680, O.s. lienzo de 166 x 115 centímetros. María está sentada frente al espectador con el Niño en sus brazos. Ella mira al cielo y el Niño al

espectador, y con ambas manos agarra el pecho de su madre por encima de la túnica roja de ella. Es un cuadro muy famoso de Murillo que, por desgracia, recibió tres tiros en 1849, en tiempo de inquietudes revolucionarias en Alemania.

"La Virgen y el Niño", de galería Antica de Roma, ver figura 3, de 164 x 108 centímetros. La Virgen muestra el pecho izquierdo y el Niño nos mira sentado con su madre. Es de la última época, 1675. El cuadro está al aire libre, superando el tenebrismo de la primera época. Hay una arquitectura ruinosa que invade la vegetación. Ambos personajes miran al espectador, interrumpidos, y la Virgen detiene la lactancia, pero el pecho está fuera de la ropa. Es obra excepcional, hay muchas copias de ella, como "La Virgen de la leche con el Niño", que recuerda a su madre su deseo, de Luis de Morales, o "El Divino" (ver figura 4), una obra de 1568, de 84 x 64 centímetros que está en el Museo del Prado y en la que la Virgen sujeta al Niño con su brazo derecho y la mano izquierda. El Niño también actúa con su mano izquierda, tirando del velo transparente de su madre y con la derecha pide el seno izquierdo origen de la lactancia. Es leche que llega del cielo. Las figuras llenan un triángulo y hace esfumato para los contornos. La luz del grupo es destacada por el fondo oscuro, el claro-oscuro. Las figuras son escultóricas y los colores fríos. Hay en la obra una influencia de Rafael. La Virgen mira al Niño con tristeza y el Niño busca el pecho. Las obras de Morales son muy espirituales. A partir del 1660 hizo grandes retablos en tamaño y calidad, y en 1680 viene la decadencia física y económica.



Imagen 4

## Reacciones de hipersensibilidad a vacunas Covid

Por la Dra. Alicia Armentia (del Servicio de Alergia del HURH); el Dr. Daniel Arévalo (tutor E.I.R. Familiar y Comunitaria. C.S. Delicias); la Dra. Aurora Sacristán (de la Unidad de Medicina Preventiva del HURH); y el Dr. Ramón Betancort y la Dra. Ana Cano (de la Facultad de Medicina de la UVA)

### INTRODUCCIÓN

Por lo general, los efectos secundarios conocidos de las vacunas contra la COVID-19 han sido leves o moderados y de corta duración en nuestra área sanitaria (ASVAO). Entre ellos, se incluyen los siguientes: Fiebre, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular escalofríos, náuseas, diarrea y dolor en la zona de la inyección.

La probabilidad de que se dé cualquiera de estos efectos secundarios depende de cada vacuna contra la COVID-19. Es posible que se den efectos secundarios más graves o duraderos, pero son extremadamente infrecuentes. Las vacunas se monitorizan constantemente para detectar los efectos adversos inusuales.

En el momento de redactar este trabajo (enero 2022) se han administrado en España 92 millones de dosis, y han recibido la vacuna completa 38 millones de personas, lo que supone un 80,3% de la población.

De los 511 pacientes citados a vacunación en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) del Área de salud Valladolid Oeste (ASVAO), sólo acudieron 459 (89,8%). De los cuales, 93,7% (IC 91,3-96) no padecieron/notificaron reacciones de hipersensibilidad.

En el presente estudio, que es un resumen de un proyecto de Trabajo Fin de Grado (TFG) que se presentará en la convocatoria de TFG de la Facultad de Medicina de Valladolid en este año 2022, valoramos las pruebas realizadas en nuestra Unidad de Alergia a los pacientes remitidos para descartar una reacción de hipersensibilidad que pudiera poner en peligro la siguiente dosis.

### 2. ANTECEDENTES:

Los casos de reacciones adversas a las vacunas contra el coronavirus en España han sido muy reducidos y en ningún

caso graves. Hasta el 14 de noviembre de 2021, se han administrado en España 71.746.002 dosis de vacunas frente a la COVID-19, habiéndose registrado 50.824 notificaciones de acontecimientos adversos, entendiéndose como tal cualquier acontecimiento adverso que requiera o prolongue la hospitalización, dé lugar a una discapacidad significativa o persistente, o a una malformación congénita, ponga en peligro la vida o resulte mortal, así como cualquier otra condición que se considere clínicamente significativa.

El 71% de las dosis administradas correspondieron a Pfizer Comirnaty, el 13% a Vaxzevria (antes COVID-19 Vaccine AstraZeneca), el 13% a Spikevax (antes COVID-19 Vaccine Moderna) y el 3% a COVID-19 Vaccine Janssen (*Fuente: Registro de Vacunación, Ministerio de Sanidad*).

Las reacciones adversas notificadas son leves, de corta duración y no todas las personas las sufren.

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la *Emergency Use Authorization* (EUA) ha considerado que una reacción alérgica grave o anafiláctica a la primera dosis de vacuna o a cualquier componente de la misma sea una contraindicación para su uso. No obstante, en España la vacuna no está contraindicada en personas con alergias alimentarias, a medicamentos, animales, insectos, alérgenos del ambiente o látex. Sólo existe un caso en el que sí se contraindica, y es la alergia específica al POLIETILENGLICOL (PEG).

Esto se debe a que, pese a que aún se desconocen los mecanismos inmunogénicos de anafilaxia, parece existir implicación de esta molécula en el proceso, la cual está presente en las vacunas sintetizadas con ARNm, hasta la fecha Pfizer-BioNTech y Moderna.





Este ARNm genéticamente modificado, aporta a las células del organismo receptor de la vacuna, la información necesaria para sintetizar una sustancia, la proteína S, presente en la superficie lipídica del virus COVID19. Esto permite al organismo presentar dicha proteína a las células del sistema inmune, simulando una infección por el virus, estimulándolas para que generen anticuerpos, de manera que quede preparado para combatir una posible infección real por el virus futura.

El vector viral de la vacuna contiene Polisorbato, que está estructuralmente relacionado con el PEG, y que también parece haberse visto implicado en reacciones de tipo anafiláctico. Si bien es cierto que en la mayoría de casos registrados existían antecedentes de alergia a una gran variedad de otros alérgenos.

Los casos de anafilaxia tras la administración de estas vacunas notificados hasta la fecha se estiman en torno a los 5 casos por cada millón de habitantes 0,005% (*Reports of Anaphylaxis After Receipt of mRNA COVID-19 Vaccines in the US-December 14, 2020-January 18, 2021.*)

### 3. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

En la consulta de Alergia de nuestro Hospital Universitario Río Hortega hemos probado excipientes similares a los contenidos en la vacuna Pfizer, particu-

larmente hemos usado Moviprep (usado normalmente en la preparación del intestino previo a una colonoscopia), que contiene PEG. En esta línea, la vacuna Moderna contiene Trometolol, componente común al ketorolaco (un AINE) en ampollas, por lo que también se ha planteado la hipótesis de posibles asociaciones alergológicas y por ende, se ha advertido a los pacientes hipersensibles a este grupo de analgésicos.

El PEG es usado en moléculas de diferentes pesos en multitud de productos. Recientes estudios sugieren que pacientes alérgicos a esta sustancia pueden reaccionar ante nanopartículas PEGiladas, pero no frente a PEG sólo. (*In vivo and in vitro testing with PEGylated nanoparticles. Kelso JM. SO. J Allergy Clin Immunol. 2021;148(3):902. Epub 2021 Jun 26.*)

Lo que se pretende con este estudio es evaluar los posibles efectos adversos de la población vacunada en nuestra área de salud. Hasta el momento, las reacciones por esta vacunación son menores a las observadas con Penicilinas (0,002%). Analizar todas las variables implicadas puede permitir obtener información objetiva y veraz acerca de la seguridad de las vacunas y, junto con los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, seleccionar el tipo de vacuna óptimo para pacientes pertenecientes a grupos de riesgo.

Nuestro estudio está conforme con los objetivos RIS3 del proponente y/o con la

Estrategia Estatal de Ciencia, Tecnología y de Innovación.

### 4. JUSTIFICACIÓN.

Nuestro estudio pretende evaluar las reacciones de hipersensibilidad a la vacuna del COVID, concretamente a la primera dosis de la creada por el laboratorio Pfizer Comirnaty.

Esto es interesante desde dos puntos de vista: el médico (alergológico en nuestro caso), y desde una perspectiva social.

Por un lado, la evaluación del impacto de la vacunación sobre la población pone de manifiesto la eficiencia y riqueza de los medios de los que dispone, al mismo tiempo que permite extraer conclusiones acerca de los cambios a realizar ante una situación similar en un escenario futuro, es decir, la aparición de una nueva enfermedad que requiera de un proceso de vacunación similar al vivido con el virus SARS-CoV-19.

Por otra parte, se necesitan indicadores objetivos de la seguridad de las vacunas, que permitan establecer unas directrices sobre las que actuar en casos de pacientes alérgicos a determinados componentes de la vacuna, o a otras sustancias.

Es decir, en definitiva, evaluar la interacción entre factores relacionados con las reacciones postvacunales.

#### ¿Por qué a la vacuna COVID?

En primer lugar, la administración de la vacuna a una gran población en un período corto de tiempo hace que la detección de reacciones adversas adquiera un carácter especialmente importante en términos de seguridad y eficacia.

Esto hace necesaria la obtención de datos objetivos y sensibles, que permitan hacer comparaciones en cualquier momento y espacio, como los que se derivan de nuestro estudio.

Al mismo tiempo, la novedad del asunto es relevante tanto por su impacto bibliométrico como asistencial, clínico y/o de desarrollo tecnológico y la hace especialmente susceptible de ser difundido a la sociedad sensibilizada y preocupada por los posibles efectos secundarios a la administración de estas vacunas.

## ¿Por qué reacciones de hipersensibilidad?

Para empezar, el estudio molecular desde el punto de vista inmuno alérgico permite analizar su implicación en los diferentes procesos clínicos. E

El estudio de pacientes vacunados en nuestra Área de Salud complementa a los datos recogidos por el Servicio de Farmacovigilancia y el Servicio de Vacunación del Ministerio de Sanidad, lo cual contribuye a la correcta selección de vacunas administrables a pacientes pertenecientes a determinados grupos de riesgo.

A este respecto, son de especial interés, desde el punto de vista epidemiológico y alergológico, los casos de antecedentes alérgicos, reacciones a AINES o intolerancia a contrastes o polietilenglicol, dado el potencial riesgo alérgico que padecen estos pacientes.

## 5. LIMITACIONES

El tamaño muestral al incluir sólo pacientes vacunados en el HURH ha podido comprometer la representatividad de la muestra, de forma que los resultados obtenidos puedan distar de las características de la población de referencia y puedan corresponderse menos con las recogidas por el Servicio de Farmacovigilancia de Valladolid.

Ello también ha podido estar acentuado por las pérdidas en el procesamiento de casos. Del mismo modo, lo anteriormente mencionado ha podido comprometer la significación estadística de las variables



incluidas en el análisis univariante y multivariante.

Una posible causa del estrecho tamaño muestral es la ausencia de notificación por parte de los pacientes objeto de estudio debido a la levedad de los mismos, o las molestias derivadas de la movilización hasta el hospital para informar de sus síntomas.

La situación de pandemia ha desbordado las capacidades de los centros de registro del HURH y de los centros de Farmacovigilancia, por lo que no se ha podido obtener el registro numérico de dosis administradas de la vacuna Pfizer en el HURH, ni tampoco el número de notificaciones de reacción adversa al servicio de Farmacovigilancia diferenciado por áreas en la provincia de Valladolid.

## 6. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Este proyecto de investigación se configura como un estudio descriptivo observacional de tipo transversal.

Comenzó en enero de 2021 y ha finalizado en octubre del mismo año, previamente a la llegada de la variante ómicron.

### Sujetos del estudio

La población de estudio proviene de la base de datos de los sanitarios vacunados en el HURH, con un tamaño de 459 personas (511 citados pero 52 no acudieron).

De todos ellos, se ha obtenido una muestra de 29 pacientes, diagnosticados de hipersensibilidad a la vacuna, sin diferenciación por sexos ni edad.

El grupo control, concurrente, lo conforman 29 personas sanas, que nunca han acudido a consulta de alergia, elegidos de forma aleatoria por la Unidad de Alergia del HURH.

### Variabes

Las principales variables objeto de estudio fueron las que siguen a continuación:

- Resultado de las pruebas Prick Test
- Presencia de antecedentes de tipo inmunoalérgico, considerando como



tales reacción anafiláctica a la vacuna triple vírica y alergia a contrastes.

- Presencia o ausencia de los siguientes síntomas, junto con su graduación de intensidad (de 1 a 5 en escala Likert): Linfadenopatía, insomnio, cefalea, náuseas, abdominalgia, diarrea, artralgia, mialgia, dolor punción, inflamación, eritema punción, prurito punción, braquialgia, limitación funcional, parestesia mano, astenia, Distermia, malestar general, febrícula, fiebre, parálisis facial, pesadillas, hipersensibilidad, anafilaxia.

- Presencia de otros síntomas

### Recogida de datos

En la recogida de datos se emplearon los programas informáticos Jimena® IV y Gestor de Informes Clínicos para acceder a la historia clínica y recopilar la información pertinente, que se organizó en una base de datos anonimizada.

La realización del estudio fue aprobada por el Comité Ético correspondiente del Área de Salud de Valladolid Oeste.

Para el cálculo del tamaño muestral se aceptó un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

En primer lugar se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica (*Clinical queries, SUM Search, Grade, Cochrane Library*) sobre la información relevante publicada al inicio del estudio.

Se aplicaron los criterios de la normativa CONSORT de febrero 2009 y de CALIDAD 2011 del Hospital Universitario Río Hortega, prevaleciendo siempre la seguridad y comodidad de los pacientes objeto de estudio, atendiendo a la Declaración de Helsinki y UNESCO, así como ofreciendo información verbal del proceso y un consentimiento informado por escrito.

Inicialmente, se detectaron los pacientes con hipersensibilidad a la vacuna, para proceder al diagnóstico de tipo alergológico, con técnicas avanzadas del Servicio de Alergología. Entendiendo como hipersensibilidad la clasificación de Gells y Coombs, que establece 4 tipos.

Se entiende por hipersensibilidad toda aquella respuesta del organismo exagerada, frente a antígenos extraños inofensivos para el organismo. El primer contacto con el Ag no genera ninguna reacción alérgica, pero sí células memoria.

A continuación, tras ofrecer su consentimiento informado, se realizó a los pacientes una encuesta clínico epidemiológica que incluía: datos sobre la vacuna administrada (Pfizer-Comirnaty), sobre la enfermedad pasada (fecha de inicio de sintomatología, fecha de PDIA positiva si la hubiere, y fecha de alta). Así como una lista de efectos secundarios tras la vacunación, a marcar señalando intensidad en escala Likert, tiempo transcurrido desde la administración de la vacuna hasta la aparición de efectos adversos y de estos hasta su completa remisión.

Se llevaron a cabo exclusivamente pruebas "in vivo" con vacunas Covid y excipientes, siguiendo las normas de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC).

Para las pruebas "in vivo", se utilizaron los siguientes productos:

- VACUNAS (excedentes del día, 6 horas de actividad. Lectura inmediata. Prick 1:1 e intradérmico 1:100 y 1:10

- PEG (Polietilenglicol), preparado en el Servicio de Farmacia: Se utilizaron dos productos: MOVICOL 3.350 disuelto en 250 ml a 1:2 y CASENLAX 4000 disuelto en 250 ml a 1:2

- Pruebas intradérmicas: sólo en pacientes sin anafilaxia o sin comorbilidades previas, con vía IV.

- TWEEN 80 en prock e ID: 0,004 mg/ml en agua (SIGMA)

- TROMETAMOL (contenido en vacunas de MODERNA) en agua (SIGMA). Prick 1:1 e ID (1:1000, 1:100, 1/10)

Pruebas cutáneas con alérgenos ambientales y alimentos: Se realizaron con técnica convencional de prick para el caso de alérgenos comercializados. Para la realización de las pruebas de prick se procedió de acuerdo con las normas de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI). Así, tras depositar una gota de cada alérgeno a testar en la zona volar del antebrazo, se realizó una mínima punción, que no debía alcanzar la dermis, a través de la gota con una lanceta. El exceso de extracto se retiró a continuación y tras un tiempo de espera de 30 minutos, se procedió a la lectura del resultado, considerando positiva aquella prueba que produjera un habón cuyo diámetro mayor sea igual o



superior a 3 mm. Cada alérgeno se probó por duplicado y los resultados se registraron en una hoja de recogida de datos para su posterior digitalización.

A los controles se les administró suero fisiológico e Histamina para evaluar su resultado en la prueba Prick, el cual fue negativo en todos los casos.

### Análisis de datos

Para el análisis estadístico y la creación de la base de datos, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics. El grado de asociación existente entre las variables cualitativas (resultado de la prueba Prick y los síntomas) se determinó a través de la prueba de Pearson, con el estadístico de contraste Chi-cuadrado; y el de asociación entre el grado de intensidad y el resultado de la Prick se determinó mediante la prueba T de Student.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . A lo largo del estudio, los datos perdidos fueron tratados estadísticamente como valores desconocidos. Las variables cualitativas han sido descritas con la media (DE) o mediana (rango intercuartílico p25-p75).

### Etapas de desarrollo

El trabajo se desarrolló en el Hospital Universitario Río Hortega. Unidad de Alergia, Unidad de Investigación. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y en la

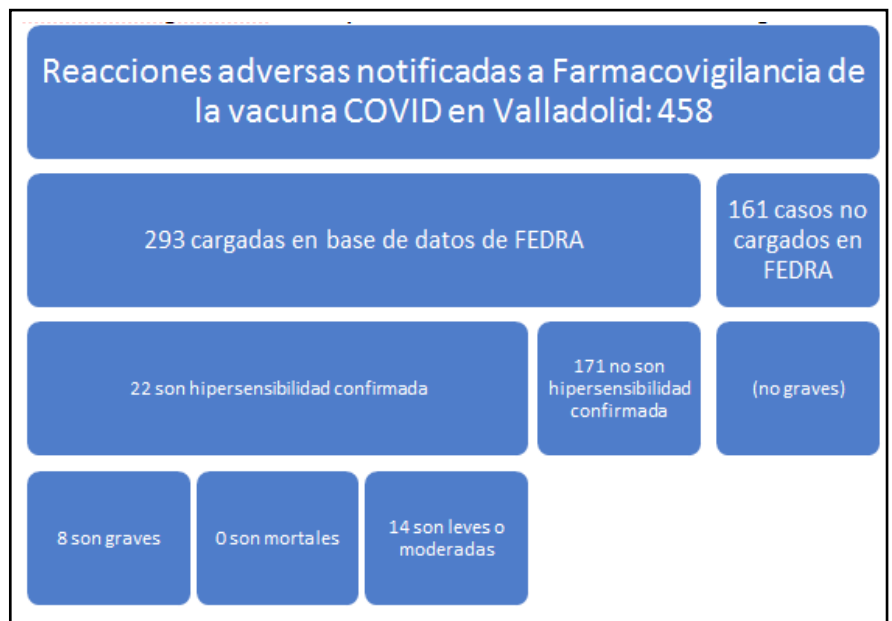


Figura 2: Frecuencia absoluta y relativa de reacciones de hipersensibilidad notificadas al servicio de Farmacovigilancia

Unidad de Medicina Preventiva. Una vez explicado al paciente el estudio y firmado el consentimiento informado, se realizó el siguiente protocolo:

1. Anamnesis y diagnóstico de alergia a vacuna COVID
2. Cuestionario clínico-epidemiológico
3. Selección aleatoria de pacientes y revisión de criterios de inclusión. Pruebas cutáneas en Prick con extractos de vacuna y aeroalérgenos.

4. Análisis estadístico de los datos (SPSS.15)

5. Valoración final

### 7. RESULTADOS

La frecuencia absoluta y relativa de reacciones de hipersensibilidad notificadas al servicio de alergología del HURH se recoge en la figura 1. De los 511 pacientes citados a vacunación, sólo acudieron 459 (89,8%). De los cuales, el 93,7% (IC 95%: 91,3-96) no padecieron/notificaron reacciones de hipersensibilidad. Del 6,3% restante, el 0,4% (IC 95%: 0,05-1,56) fueron reacciones graves, el 5,9% (IC 95%: 3,6-8,1) fueron leves o moderadas, y no hubo ninguna mortal.

La frecuencia absoluta y relativa de reacciones de hipersensibilidad notificadas al servicio de Farmacovigilancia de la provincia de Valladolid se recoge en la figura 2.

La diferencia de pacientes detectados con hipersensibilidad entre los resultados de nuestro estudio y los obtenidos por el servicio de Farmacovigilancia, con un grado de significación estadística  $p = 0,023$  se recogen en la Tabla 1

En nuestro estudio, el 36,4% del total de reacciones de hipersensibilidad notifica-

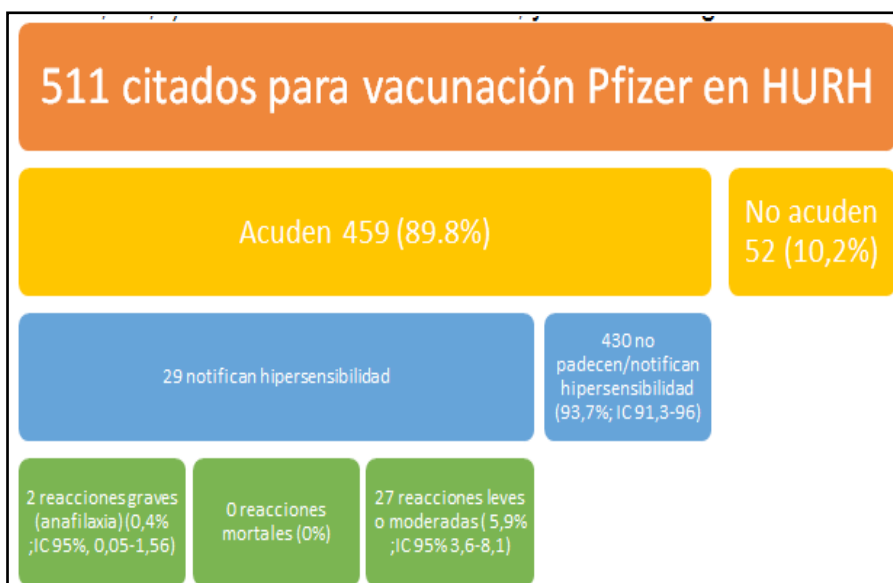


Figura 1: Frecuencia absoluta y relativa de reacciones de hipersensibilidad notificadas.

	NUESTRO ESTUDIO Grado de significación P= 0,023	FARMACOVIGILANCIA Grado de significación P= 0,023
Reacciones graves (anafilaxia)	36,4%	6,9%
Reacciones mortales	0	0
Reacciones leves o moderadas	63,6%	93,1%

Tabla 1. Diferencia de datos de notificaciones de hipersensibilidad recogidas por el HURH y por Farmacovigilancia.

das fueron graves, frente a un 6,9% de las recogidas por el Servicio de Farmacovigilancia de Valladolid.

El 63,6% del total de reacciones fueron leves o moderadas en nuestro estudio, en contraposición al 93,1% respecto del total de notificaciones del servicio de Farmacovigilancia.

No se notificó ninguna reacción de anafilaxia en ningún caso

La relación entre la intensidad de cada síntoma y el porcentaje de pacientes que lo padecieron respecto de la muestra se exponen en la Tabla 2.

Los síntomas de mayor intensidad (Grado 5) fueron el malestar general y la anafilaxia.

La mayoría de los síntomas fueron de intensidad 4.

El síntoma que más veces apareció fue el dolor en el lugar de punción, seguido de las náuseas.

El síntoma menos frecuente parestesia de la mano, de intensidad elevada (grado 4), desechando la diarrea como reacción adversa derivada de la vacuna.

Otros síntomas que se presentaron, no incluidos en la encuesta epidemiológica pero considerados de relevancia, por su posible trascendencia a largo plazo, con una frecuencia de 1 caso o 1% fueron:

- HTA 222/116 mmHg y eritema no pruriginoso en región submentoniana y escote.
- Edema labial, disfagia, macroglosia e HTA 150/130 mHg.
- Epidermiolisis hombro.

- Hemi-parestesia derecha y calambres.
- Herpes Zoster.
- Lesiones micropapulares de predominio en frente y cuero cabelludo.

- Odinofagia
- Prurigo.
- Reacción urticarial con compromiso respiratorio.
- Rinitis
- Síntomas naso-oculares leves.

La relación entre la presencia o no de síntomas y resultado de la prueba Prick se exponen en la Tabla 3.

Resultaron estadísticamente significativos los síntomas: Distermia, Febrícula y fiebre. De ellos, la febrícula fue más frecuente en los pacientes con Prick negativo, mientras que la fiebre lo fue en los pacientes con resultado del Prick positivo.

SINTOMA	N (%)	INTENSIDAD
Linfadenopatía	6 (20,7%)	4 (3,7 ± 4,2)
Insomnio	7 (24,2%)	4 (4 ± 5)
Cefalea	9 (31%)	4 (4 ± 4,5)
Nauseas	12 (41,4%)	4 (4±5)
Abdominalgia	10 (34,5%)	4 (4±4)
Diarrea	0	0
Artralgia	8 (27,6%)	4 (3,24±5)
Mialgia	9 (31%)	4 (4±5)
Dolor punción	13 (44,8%)	4 (3,5±4)
Inflamación	8 (27,6%)	4 (3,25±5)
Eritema punción	8 (27,6%)	4 (2,5±5)
Prurito punción	5 (17,2%)	3 (2,5±4,5)
Braquialgia	6 (20,7%)	4 (3,75±4)
Limitación funcional	5 (17,2%)	4 (3±4)
Parestesia mano	1 (3,4%)	4 (4±4)
Astenia	5 (17,2%)	3 (3±5)
Distermia	6 (20,7%)	4 (3,5±5)
Malestar general	9 (31%)	5 (4±5)
Febrícula	7 (24,1%)	4 (3±5)
Fiebre	4 (13,8%)	3 (2±4,75)
Parálisis facial	2 (6,9%)	2 (2±2)
Pesadillas	2 (6,9%)	2,5 (2±3)
Hipersensibilidad	5 (17,2%)	4 (2,5±4,5)
Anafilaxia	2 (6,9%)	5 (5±5)

Tabla 2. Relación entre intensidad de cada síntoma y porcentaje de pacientes que lo padecieron.

	PRICK NEGATIVO	PRICK POSITIVO	Significación
Linfadenopatía	5 (20%)	1 (25%)	1
Insomnio	2 (20%)	2 (50%)	0,238
Cefalea	7 (28%)	2 (50%)	0,568
Nauseas	9 (36%)	3 (75%)	0,279
Abdominalgia	8 (32%)	2 (50%)	0,592
Diarrea			
Artralgia	6 (24%)	2 (50%)	0,3
Mialgia	6 (24%)	3 (75%)	0,076
Dolor punción	11 (44%)	2 (50%)	1
Inflamación	6 (24%)	2 (50%)	0,3
Eritema punción	6 (24%)	2 (50%)	0,3
Prurito punción	4 (16%)	1 (25%)	0,553
Braquialgia	4 (16%)	2 (50%)	0,18
Limitación funcional	4 (16%)	1 (25%)	0,553
Parestesia mano	0	1 (25%)	0,138
Astenia	4 (16%)	1 (25%)	0,553
Distermia	3 (12%)	3 (75%)	0,02
Malestar general	6 (24%)	3 (75%)	0,076
Febrícula	4 (16%)	3 (75%)	0,034
Fiebre	1 (4%)	3 (75%)	0,004
Parálisis facial	2 (8%)	0	1
Pesadillas	1 (4%)	1 (25%)	0,261
Hipersensibilidad	4 (16%)	1 (25%)	0,553
Anafilaxia	2 (8%)	0	1

Tabla 3. Relación entre presencia o no de síntomas y resultado de la prueba Prick

	Prick Negativo	Prick Positivo
Linfadenopatía	4,2 ± 4,4	3 ± 4,4
Insomnio	4,2 ± 0,8	3 ± 0
Cefalea	4,14 ± 0,7	4 ± 0
Nauseas	4,11 ± 0,9	3,67 ± 1,5
Abdominalgia	4 ± 0	4 ± 1,4
Diarrea	0	0
Artralgia	4 ± 1	4 ± 1,4
Mialgia	4,33 ± 0,51	4,67 ± 0,57
Dolor punción	3,82 ± 0,6	4 ± 0
Inflamación	4 ± 1,2	4 ± 0
Eritema punción	3,83 ± 1,4	4 ± 0
Prurito punción	3 ± 0,8	5 ± 0
Braquialgia	3,75 ± 0,5	4 ± 0
Limitación funcional	3,5 ± 1	4 ± 0
Parestesia mano	0	4 ± 0
Astenia	4 ± 1,1	3 ± 0
Distermia	3,33 ± 1,1	4,67 ± 0,6
Malestar general	4,33 ± 0,81	4,67 ± 0,6
Febrícula	3,25 ± 0,5	4,33 ± 0,6
Fiebre	2 ± 0	3,67 ± 1,5
Parálisis facial	2 ± 0	0
Pesadillas	2 ± 0	3 ± 0
Hipersensibilidad	3,25 ± 0,97	5 ± 0
Anafilaxia	5 ± 0	0

Tabla 4. Relación entre intensidad de síntomas y resultado de la prueba Prick (Media± D.E.)

La distermia presentó la misma frecuencia en ambos casos

Se reveló una tendencia hacia la presentación de malestar general, especialmente en los pacientes con Prick negativo. La relación entre la intensidad de los síntomas y el resultado de la prueba Prick se exponen en la Tabla 4.

En general, se observó una mayor intensidad de los síntomas en pacientes con Prick positivo, a excepción del insomnio, las náuseas y la linfadenopatía.

## 8. DISCUSIÓN .

En nuestro estudio, comparado con los datos recogidos por el Servicio de Farmacovigilancia de Valladolid, podemos ver un mayor número de reacciones graves, junto

con un menor número de reacciones leves o moderadas, posiblemente derivado de nuestro menor tamaño muestral, pero cabe destacar el valor nulo de muerte derivada de la vacuna en ninguno de los dos casos.

Toman en este punto gran relevancia las limitaciones en cuanto a recogida de información y al diagnóstico de casos, poniéndose de manifiesto la deficiente capacidad del sistema de Farmacovigilancia para hacer frente a las demandas derivadas de la pandemia.

Podría sugerir también un defecto de información o facilidad por parte de los pacientes para notificar este tipo de reacciones, no sólo en cuanto a las de la vacuna COVID, sino a todas en general. No obstante, la ausencia de notificación se dirige a favor de la levedad de los síntomas,

puesto que se asume que no precisaron de atención hospitalaria.

El síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue el dolor en el punto de punción, seguido de las náuseas, con una intensidad en ambos casos de nivel 4 sobre 5. Quizás convendría plantearse el tratamiento preventivo de este síntoma con metoclopramida u otro fármaco similar, con el fin de aumentar el confort de los pacientes y la adherencia a la administración de la vacuna.

Los síntomas detectados no incluidos en la encuesta epidemiológica, son de especial relevancia debido a sus posibles repercusiones a largo plazo, tales como el Herpes Zoster o la hemiparrestesia, no obstante aún no podemos relacionarlos con ningún perfil de paciente concreto ni anunciar medidas para su prevención.

Por otra parte, en cuanto a la relación entre los resultados de la prueba Prick y la sintomatología, obtuvimos tres resultados estadísticamente significativos, que fueron la fiebre, la distermia y la febrícula. Hallados más frecuentemente en pacientes con un resultado negativo de la prueba. Por este motivo cabe pensar que no haya relación entre estos síntomas y los componentes de la vacuna testados, y que esté especialmente recomendada la administración de Paracetamol concomitante a la vacuna, para paliar este efecto, tal y como recomiendan las sociedades científicas internacionales.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto una tendencia hacia el malestar general, las mialgias y las parestesias en la mano, de igual manera en pacientes con resultado positivo y negativo del Prick, por lo que en este caso sí podría existir asociación con el PEG, el el Polisorbato, Trometolol etc... No obstante, esta información es concordante con las reacciones postvacunales típicas de cualquier otro microorganismo, lo cual supone un motivo de conocimiento

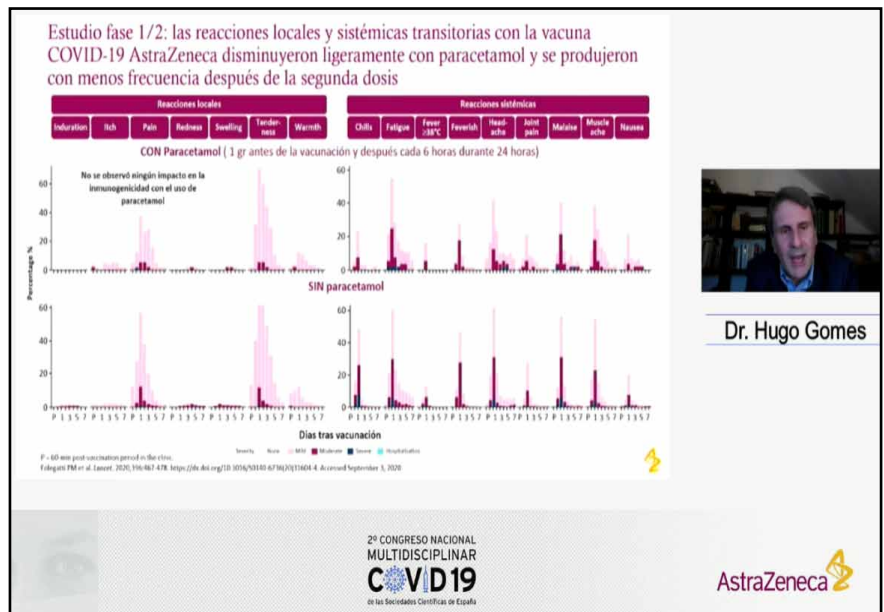


Imagen 2: Incidencia de reacciones transitorias con la vacuna COVID AstraZeneca con y sin la administración concomitante de Paracetamol

y tranquilidad para los pacientes. También se estudió la correlación entre la frecuencia y porcentaje de los síntomas

y el tiempo transcurrido respecto de su administración y hasta su aparición, pero no se obtuvieron resultados de interés. Cabe decir que el tiempo mínimo de aparición más frecuente fueron 12 horas, y en cuanto a la desaparición, en algunos casos, lesiones de tipo dermatológico (epidermolisis de hombro y lesiones micropapulares de predominio en frente y cuero cabelludo) persistían al finalizar el estudio. Es posible pues, que, pese a la seguridad de la vacuna, en algún caso se produzcan reacciones irreversibles.

Se evaluó la asociación con otros antecedentes de hipersensibilidad, concretamente de tipo alergia a contrastes radiológicos y anafilaxia a la vacuna triple vírica, no hallando conclusiones de interés. No obstante, no podemos descartar la asociación con antecedentes de atopia.

## 9. CONCLUSIONES

El 93,7% (IC 95%:91,3-96) de los pacientes objeto de estudio no tuvo reacciones de hipersensibilidad.

De los que sí tuvieron, sólo el 0,4% (IC 95%: 0,05-1,56) fueron graves, y ninguna mortal.

Se confirma la hipótesis de partida obtenida de la información aportada por



Imagen 1. Reacción por Herpes Zoster

el Ministerio de Sanidad, que afirmaba que las reacciones alérgicas mortales son inexistentes, y las graves poco frecuentes, siendo en su mayoría leves o moderadas, de tipo febrícula y malestar general fundamentalmente.

Podemos concluir, por tanto, que no existen grandes limitaciones a la administración de la vacuna COVID en la población general ni en la población alérgica ni atópica.

Cabe esperar, tras la administración de la vacuna, la aparición de dolor en el punto de punción de intensidad elevada.

Puede que exista asociación entre la presencia de fiebre y el resultado positivo de las pruebas inmunoalérgicas.

## 10. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report

Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_2).

2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314

Cases from the Chinese. Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020.

3. Report on the epidemiological features of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. J Korean Med. Sci.35(10):e112.

4. Shaker MS, Oppenheimer J, Grayson M, Stukus D, Hartog N, Hsieh E, et al. COVID-19: Pandemic contingency planning for the Allergy and Immunology Clinic. J Allergy Clin Immunol In Practice. 2020 (in press)

5. Jiang X, Hou X, Tang L, Jiang Y, Ma G, Li Y. A phase trial of the oral lactobacillus casei vaccine polarizes Th2 cell immunity against transmissible gastroenteritis coronavirus infection. App. Microbiol Biotechnol 2016; 100:7457-69

6. Dong X, Cao YY, Lu XX, Zhang JJ, Du H, Yan Yq, Akdis CA, Gao YD. Eleven faces of coronavirus disease 2019. Allergy 2020 Mar 20. doi: 10.1111/all.14289.

7. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan UQ, Akdis CA, Gao YD. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China, Allergy 2020 Feb 19. doi: 10.1111/all.14238.

8. Song YG, Shin HS. COVID-19. A clinical syndrome manifesting as hypersensitivity Pneumonitis, Infect Chemother 2020; 2020 Mar;52(1):110-112. doi: 10.3947/ic.2020.52.1.110

9. Zheng C, Wang J, Guo H, Lu Z, Ma Y, Zhu X et al. Risk adapted treatment strategy for COVID-10 patients. Int J Infect Dis 2020; Mar 27. pii: S1201-9712(20)30179-X. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.047.

10. Chapman MD, Smith AM, Vailes LD, Arruda LK, Dhaharaj V, Pomes A. Recombinant allergens for diagnosis and therapy of allergic disease. J Allergy Clin Immunol 2000; 106: 409-18.

11. Fröhlich-Nowoisky J, Kampf C.J, Weber B, Huffman J.A. Pöhlker C. et al. Bioaerosols in the Earth system: Climate, health, and ecosystem interactions. Atmospheric Research 2016; 182: 346–376.

12. Katelaris, C. H., & Beggs, P. J. Climate change: allergens and allergic diseases. Internal Medicine Journal 2018, 48(2), 129–134. doi:10.1111/imj.13699

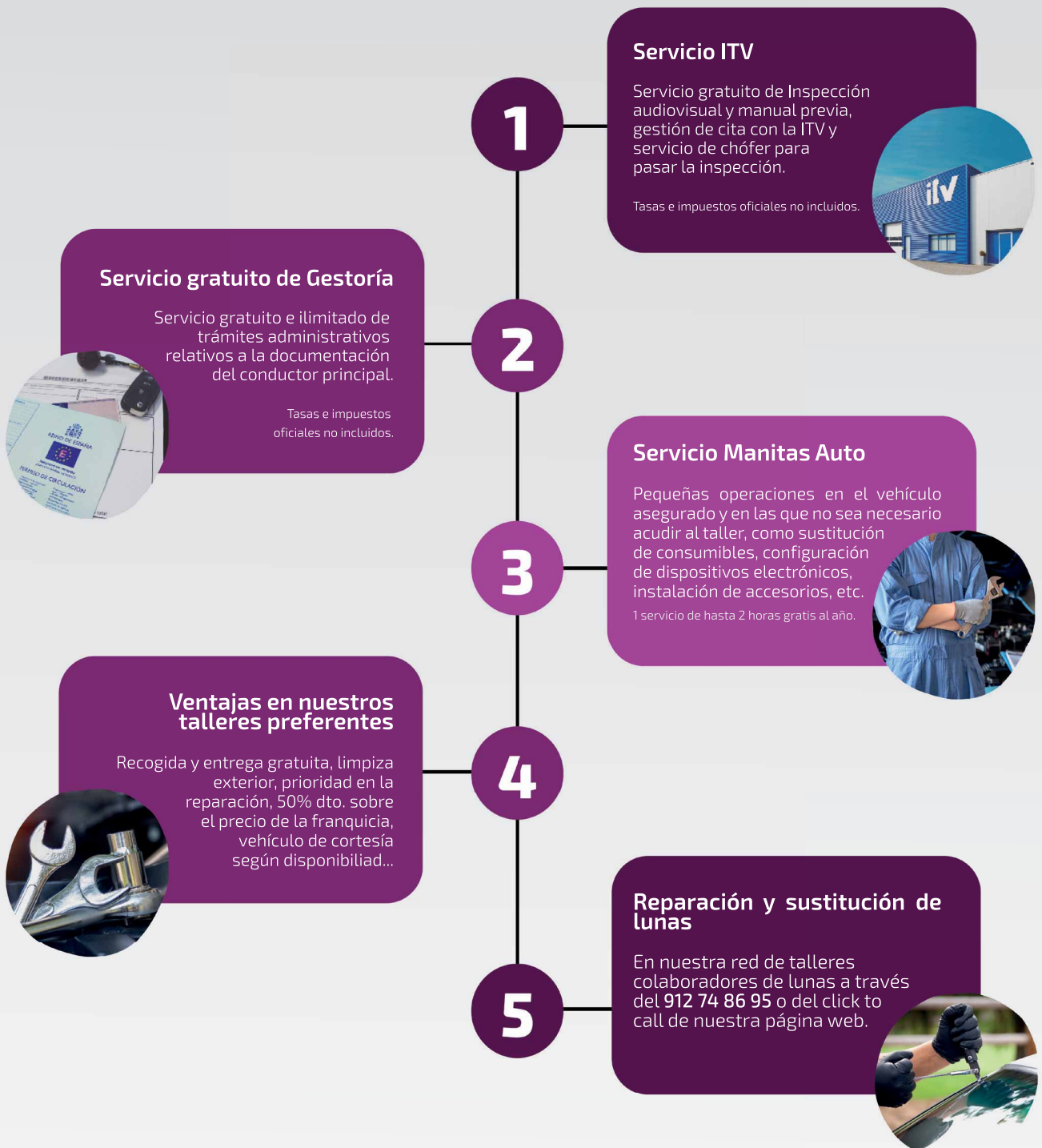
13. Lake, I. R., Jones, N. R., Agnew, M., Goodess, C. M., Giorgi, F., Hamaoui-Laguel, L., et al. Climate Change and Future Pollen Allergy in Europe. Environmental Health Perspectives 2017, 125(3), 385–391. doi:10.1289/EHP173

14. The European Academy, of Allergy and Clinical, & Immunology (EAACI) 2015. Advocacy Manifesto Tackling the Allergy Crisis in Europe - Concerted Policy Action Needed. Bruselas: EAACI. [http://www.eaaci.org/images/media/EAACI\\_Manifesto\\_brochure\\_Interactive.pdf](http://www.eaaci.org/images/media/EAACI_Manifesto_brochure_Interactive.pdf). Accessed 18 September 2018



Figura 2: Lesión dermatológica en el lugar de punción

# ¿Conoces las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A?



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

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 983 35 78 99

Síguenos en     

y en nuestra APP 