

Revista Médica Digital

NÚMERO EXTRAORDINARIO



Sobre la revista

El Colegio de Médicos de Málaga ha puesto en marcha Revista Médica Digital (RMD), una publicación online dedicada a artículos científicos que supone un proyecto pionero para un colegio de médicos. RMD nace como una apuesta alternativa en la que profesionales sanitarios o relacionados con la sanidad puedan ofrecer el resultado de sus investigaciones al resto de una comunidad científica multidisciplinar.

La Revista, que posee su ISSN y cuyo Factor de Impacto esperamos sea elevado, está abierta a trabajos originales, revisiones, publicaciones de casos y cartas al director, como cualquier revista científica. Asimismo se ofrece a las sociedades científicas que no disponen de revistas propias, para la divulgación de la producción científica de sus congresos y reuniones. Con respecto a los artículos, deben ser originales, novedosos, de calidad y serán sometidos a una revisión por pares, esto es que dos revisores, de forma anónima, evaluarán por separado el artículo y en base a criterios de calidad, metodología y estilo emitirán un dictamen. Inicialmente, se publicará tres o cuatro números anuales. Habrá también números extraordinarios, que sean resultados de congresos o reuniones científicas de alto interés. Los editores de RMD animan a sus colegas de la provincia especialmente del ámbito de la Atención primaria, a utilizar este medio para incorporarse a la producción científica y mejorar su currículum de modo más accesible.

Editores:

Juan J Bretón

Andrés Bufforn

Fecha de publicación: 15/09/2021

Consejo Científico y Editorial

Comité Científico

Presidente: Pedro Navarro Merino.

Jose Miguel Pena Andreu.
Juan José Sánchez Luque
Ildefonso Fernández Baca
Eva Fragero Blesa
María Antonia Estecha Fonca
María del Mar Luque
Cristina Salazar Ramírez
María del Mar Luque Sánchez.
Javier Sánchez Lora
Cristóbal Urbano
Jorge Alonso Suarez
Ignacio Sánchez de Amezua
Pilar Martínez López
M^a Concepción Ruiz Gómez
María del Mar De Luna
Concepción Soler Blanca
Juan Bosco
Miguel A Arráez
Juan Carlos Bueno Guezala
Jose Antonio Trujillo
Antonia Muñoz Morales
Ángel Arjona García
Francisco Tembory Ruiz
Coral Suero

Comité editorial

Director:

Juan José Bretón

Redactor Jefe:

Andrés Buforn Galiana

Consejo Editorial:

Silvia Rodríguez Moreno

Antonio Alonso

Francisco Cabrera Franquelo

Jose Luis De la Fuente

Isabel García Ríos

María Victoria de La Torre Prados

Carmen Alba Linero

Ana Galán García

Ana Comino Gracia

Araceli Puerto Morlán

Jorge Alonso Suarez

Marina Buforn Jiménez

María José Torres Jaén

Pilar Martínez López

Marina Rodríguez Calvo

Ángel Arjona García

Antonio José Conejo Fernández

Begoña Mora Ordoñez

Presentación



La medicina es una ciencia en continua evolución. Todos los días se actualizan conocimientos y se generan nuevas evidencias de las que nos podemos beneficiar en la práctica clínica. La sociedad exige que haya una transferencia continua de este nuevo conocimiento y lo integremos en nuestro día a día.

Una obligación para el médico es su compromiso con la actualización de sus conocimientos a través de la formación. El estudio permanente forma parte de nuestro ADN. Los conocimientos médicos nos deben servir para realizar una eficaz práctica profesional, pero es ético y deontológico poder compartirla con el resto de compañeros para favorecer una buena práctica médica.

Hay algo fundamental en nuestra profesión que es la vivencia personal, es decir la experiencia, esa se adquiere con los años pero es importante que podamos facilitar y “enseñar” esa experiencia a los compañeros para no repetir errores y si aciertos. Desde el Commálaga, que orgullosamente presido, favoreceremos la formación continuada del médico a todos los niveles y con todos los medios a nuestro alcance y esta magnífica publicación es un ejemplo del mismo. Los médicos siempre estamos en continuo proceso de formación para poder ampliar nuestros conocimientos científicos y para realizar nuestro trabajo con eficacia y excelencia, pero no debemos olvidar nuestra vertiente cultural y humanística.

Agradezco el compromiso del Dr. Juan José Bretón, el Dr. Buforn y el Dr. José Luis de la Fuente con esta iniciativa tan necesaria y pertinente, que ayudará al desarrollo de toda la comunidad colegial.

Desde el Commálaga tenemos el compromiso con los médicos que quieren liderar la transformación de la sanidad del siglo XXI a través del conocimiento y el buen ejercicio profesional.

Dr. Pedro Navarro
Presidente del Commálaga

Editorial



Dr. Andres Buforn Galiana
Director escuela de RCP Commalaga

Cuando creíamos que estaba casi todo explorado, la pandemia por Covid-19 ha cambiado nuestras vidas, nuestra forma de relacionarnos, de divertirnos y de aprender.

La profesión médica está habituada a una formación continuada mediante cursos presenciales, semipresenciales, e incluso, con la finalidad de mejorar la conciliación laboral y familia, con formato on line. Pero de repente, hemos tenido la necesidad de utilizar casi exclusivamente esta última modalidad por obvias medidas de protección propias y de nuestros pacientes.

La escuela de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Commalaga, en cumplimiento de uno de sus objetivos principales, como es difundir la RCP en primeros intervinientes y personal sanitario y ante la situación generada por la pandemia Covid 19, ha conocido los cambios en la atención en la reanimación cardiopulmonar y parada cardiorrespiratoria en pacientes con sospecha o confirmación de estar infectados, que se han plasmado en las guías y directrices del Plan Nacional de RCP, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP), y el y Consejo Europeo de Reanimación (European Resuscitation Council - ERC).

En base a esta premisa, con las limitaciones de no poder reunirnos en presencia física, fue necesario organizar un curso de difusión de estas recomendaciones para instructores del plan nacional de RCP, SVB DEA SVA SVI , en formato virtual, a través de la plataforma del área de formación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga.

Este Curso de actualización en reanimación cardiopulmonar en Covid 19 tuvo lugar los días 22 a 27 de junio de 2020, siendo su coordinador Andres Buforn Galiana, director escuela de RCP Commalaga. La inscripción era gratuita y contó con una excelente asistencia, consiguiendo la cifra de 210 inscritos en el curso. (Primer interviniente, instructores plan nacional RCP, personal médico y de enfermería). Se ha transmitido fiel y literalmente todo lo que consta en las recomendaciones y guías mencionadas, siendo los docentes instructores con amplia experiencia del plan nacional de RCP, ERC y CERCP y pediatría, con actividad asistencial en Urgencias, Cuidados Intensivos, equipos escolares y medicina deportiva.

Editorial

El programa se desarrolló de esta forma:

- 1 Aspectos de seguridad durante RCP en pacientes Covid 19 -
Manuel Gutiérrez Casermeiro. Médico escolar instructor SVB, DEA y pnRCP
- 2 Asistencia a la víctima en situación de PCR en la comunidad Eduardo Roquero Pérez. médico adjunto urgencias Hare Benalmádena instructor SVB
DEA SVI SVA pnRCP
- 3 Recomendaciones en soporte vital básico.
Angel García Alcántara. Medicina Intensiva. Coordinador plan nacional RCP Andalucía, instructor SVB DEA SVA SVI SVAT
Concepción Ruiz Gómez. Medicina deportiva. Pabellón deportes uma, Instructora SVB DEA PNRCP
- 4 Asistencia a la PCR en centros sanitarios. Maria Victoria de la Torre Prados. Medicina intensiva, Instructora SVB DEA SVI SVAT SVA
- 5 Adaptación de algoritmo y técnicas en el ámbito de soporte vital avanzado. Nicolás Zamboschi. Medicina intensiva, instructor SVA pnRCP
- 6 Asistencia a la PCR de la víctima en edad pediátrica.
Custodio Calvo Macías. Intensivista pediátrico. Coordinador RCP pediátrica ceRCP, instructor SVB DEA SVA pediátrico. Antonio Morales Martinez. Intensi-
vista pediatría, instructor RCP pediátrica pnRCP . Antonio Conejo Fernandez, director pediatría Xanit, instructor RCP pediátrica pnRCP ceRCP
- 7 Educación. Carlos Carrasco Pecci. Médico Grupo escolar, instructor SVB instructor SVA
- 8 Decisiones éticas y de fin de vida. Andres Buforn Galiana. Médico adjunto SUH Hospital Clinico Virgen de la Victoria Málaga. Director de la escuela RCP
Commalaga, instructor SVB DEA SVA SVAT plan nacional RCP
- 9 Primeros Auxilios. Marina Buforn Jiménez, médico adjunto SUH hospital Clinico Virgen de la Victoria Málaga instructor SVB DEA SVA plan nacional
RCP
- 10 Dispositivos de ayuda en RCP en Covid 19 b-card. Jesus Fernández Fernández, médico adjunto SUH Hospital Clinico Virgen de la Victoria, Málaga
- 11 Procedimiento para la intubación de pacientes con covid-19. Maria Antonia Estecha Foncea. Jefa Intensivos Hospital Clinico Virgen de la Victoria,
Málaga, instructora SVB DEA SVI SVA plan nacional RCP
- 12 Manejo de RCP en pacientes en pronación Covid 19. Araceli Puerto Morlán, intensivista Hospital Clinico Virgen de la Victoria, Málaga, instructora
RCP, plan nacional RCP

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Área de formación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga, a la Coordinadora Técnica de Formación, Remedios Fernández Cabrera y al coordinador de la RMD Juan José Bretón.

Índice



ENSEÑANZAS DE LA INFECCIÓN COVID-19. _____ 5

Javier García Alegría. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (Marbella)

EVIDENCIAS EN EL MANEJO DE LA COVID-19 EN PEDIATRÍA. _____ 11

Sergio Ocaña Jaramillo. Servicio de Pediatría. Hospital Costa del Sol, Marbella

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALERGIA PRIMAVERAL Y SÍNTOMAS COVID-19. _____ 16

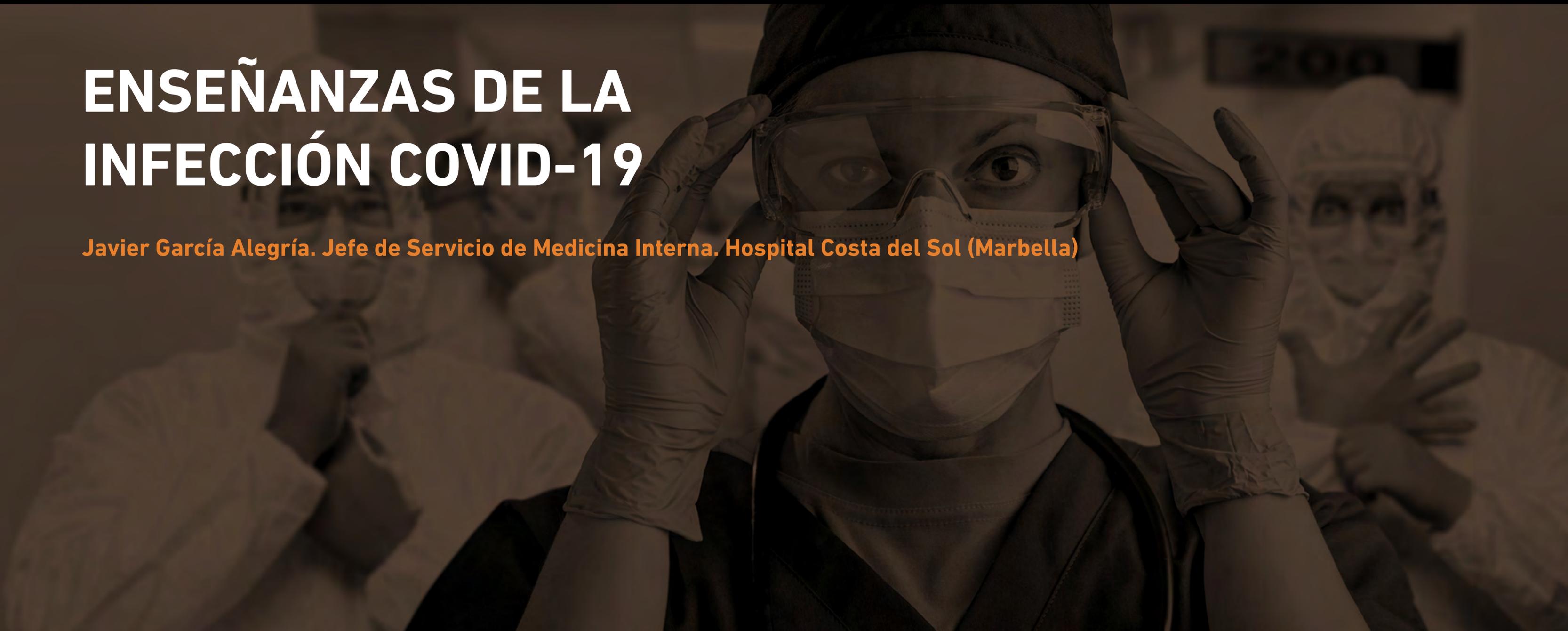
María José Torres Jaén, Jefe del Servicio de Alergología, Hospital Regional de Málaga y Profesora de Medicina.

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO? _____ 20

J. Miguel Pena Andreu. Dpto. Psiquiatra UMA y Programa PAIME Commalaga

ENSEÑANZAS DE LA INFECCIÓN COVID-19

Javier García Alegría. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol (Marbella)



La aparición de la infección por SARS-Cov-2 (Covid-19), una de las mayores epidemias de la historia de la Humanidad, ha obligado a los centros sanitarios a tomar medidas de manera acelerada para poder afrontar la situación. En esta presentación se resume la respuesta organizativa del hospital Costa del Sol (HCS) de Marbella, que atiende como referente de hospitalización a 410.022 habitantes, sus resultados, las innovaciones introducidas y las enseñanzas obtenidas con esta pandemia.

Nuestro día D fue el 28 de Febrero, festivo en Andalucía. Por la mañana temprano fuimos informados de la aparición del primer caso, por lo que acudimos temprano al hospital. Desde ese momento fuimos conscientes de la transcendencia del momento, de la necesidad de tomar medidas urgentes por lo que formamos un Comité de crisis, con los siguientes objetivos:

- 1·Minimizar el impacto de la infección mediante la disponibilidad de camas de hospitalización, preparar un número suficiente de camas y respiradores en UCI libres y evitar el colapso de urgencias
- 2·Mantener los estándares de calidad en las patologías no demorables
- 3·Reducir los riesgos de transmisión de la infección dentro del hospital entre los enfermos y los profesionales.

Nuestra preocupación era máxima pues somos la zona de España con el menor número de camas hospitalarias públicas por población (N total= 387) y podíamos ser claramente sobrepasados por la epidemia. Por ello actuamos bajo la máxima

de que “es mejor estar preparado para algo que tal vez nunca ocurra, a que ocurra algo para lo cual no estás preparado”. Esa misma mañana se adoptaron las siguientes medidas:

- Circuitos de pacientes separados
- Revisión y aislamiento de todas las neumonías ingresadas, con solicitud de PCR a todas las sospechosas
- Orden de aislamiento a pacientes respiratorios
- Realización de encuestas epidemiológicas, detección de contactos, indicación de pruebas y aislamiento de los mismos
- Distribución de equipos de protección individual (EPIs)
- Formación exprés en seguridad Covid para profesionales
- Altas hospitalarias de todas las especialidades

El Comité ha tenido las siguientes características: **equipo multidisciplinar, ejecutivo, ágil, comprometido en un proyecto común, con conocimiento, talento y aprendizaje compartido, gran capacidad de reacción, transparente, innovador, que ha celebrado reuniones diarias registradas en actas.** Los primeros modelos de predicción usados para las epidemias

es mejor estar preparado para algo que tal vez nunca ocurra, a que ocurra algo para lo cual no estás preparado



de gripe fueron muy preocupantes, pues pronosticaban un pico enorme en unas semanas. Con posterioridad, a partir de los primeros 100 casos de urgencias con sospecha de la enfermedad, los modelos propios fueron más precisos, por lo que fuimos estimando el número de urgencias sospechosas, de ingresos hospitalarios y de pacientes en UCI con cierta antelación y bastante exactitud, con la siguientes curva de crecimiento final.

El primer caso que tuvimos fue muy ilustrativo, llevaba dos días ingresado, y tuvo dos PCRs nasofaríngeas negativas, y tras una fibrobroncoscopia tuvimos un resultado positivo, lo que nos llevó a aislar a 22 sanitarios en una cuarentena preventiva. Las enseñanzas fueron que teníamos un “caballo de Troya” en el hospital, que el virus circulaba desde hacía tiempo en nuestra zona, que la técnica diagnóstica de referencia en vías altas tenía limitaciones (falsos negativos), el valor de la sospecha clínica y de perseguir el diagnóstico, así como la importancia del aislamiento preventivo de todas

las neumonías.

Una decisión muy acertada fue la indagación epidemiológica precoz para la identificación y el aislamiento de los contactos de los casos positivos. Esto fue crucial para impedir la diseminación de la infección en las fases iniciales limitando su crecimiento exponencial.

Desde el principio se tomaron las siguientes medidas organizativas:

- Información continua de la situación y decisiones del Comité de Crisis a los profesionales
- Circuitos diferenciados en urgencias y plantas
- Estratificación del riesgo de pacientes sospechosos en urgencias
- Seguimiento telefónico a los no ingresados remitidos con tratamiento
- Colaboración y coordinación Urgencias-Medicina Interna-Neumología-UCI
- Perfil analítico estándar con Laboratorio y respuesta ágil

- Cuidados según necesidad en distintas dependencias: planta COVID +, pacientes en investigación, cuidados intermedios (alto flujo y ventilación no invasiva) y UCI
- Decisiones compartidas de uso algunos fármacos de disponibilidad limitada
- Guía única de tratamiento para todo el hospital con actualizaciones periódicas

Los servicios centrales y de soporte han sido esenciales entre ellos un Laboratorio (ágil, fiable y con disponibilidad de reactivos y equipos), Radiodiagnóstico, Farmacia (dispensación a domicilio, KITs urgencias), Enfermería (gestión de camas y material, humanización), Aprovisionamiento (compras) y TIC (telemedicina, teletrabajo, soluciones tecnológicas para pacientes).

Si bien durante la pandemia ha habido un reforzamiento de líderes con las características de las 7 C:

1·Calma, 2·Confianza, 3·Comunicación, 4·Colaboración, 5·Comunidad, 6·Compasión , y 7·Caja (recursos); el trabajo en equipo, la inteligencia colectiva, y la creatividad de los grupos han sido esenciales para dar respuestas innovadoras en la institución. El hospital ha innovado en la atención a pacientes con y sin Covid, ha generado investigación clínico-epidemiológica y ha realizado numerosas actividades docentes entre ellas el Curso Formativo Covid del COM de Málaga y un Canal de sesiones en Youtube con miles de participantes.





La tecnología ha resultado imprescindible en diversos aspectos:

1. Acceso remoto a la historia clínica desde el domicilio con VPN
 - a. Miles de consultas telefónicas a pacientes en pocas semanas, con remisión de informes, petición pruebas y analíticas, y prescripción de fármacos receta XXI.
 - b. Recogida de datos de investigación
 - c. Televisita y telellamada a ingresos Covid
 - d. Control de pacientes remitidos a domicilio
2. Plataforma de comunicación Webex
 - a. Comité de crisis y reuniones del servicio
 - b. Vínculo diario de información
 - c. Sesiones Covid
3. Telemonitorización en plantas Covid
 - a. Seguridad clínica
 - b. Reducción de riesgo y EPIs
4. Dispositivos Alive Cor (Control del ritmo y QT)
 - a. ECG a distancia
 - b. Sencillez de esterilización
5. Ecógrafos portátiles (V Scan) para evaluación de lesión pulmonar
6. Tecnología diagnóstica en el Laboratorio

Respecto a la cohorte de pacientes ingresados por Covid-19 en el HCS hay un predominio de los varones, una edad media de 63 años, escasa comorbilidad y buena capacidad funcional previa. Un 20 % precisó ingreso hospitalario, en el 80% el diagnóstico se hizo por PCR nasofaríngeo, el 13% requirió soporte respiratorio no invasivo y un 20% invasivo. Los rasgos de los fallecidos fueron en su mayoría hombres, con edad avanzada (78 años), elevada pluripatología y polifarmacia, con insuficiencia respiratoria severa y datos analíticos de mal pronóstico. Las variables al ingreso que predijeron el riesgo de muerte en el análisis multivariante fueron la edad: OR 1,14 (IC95%: 1,04-1-26), los niveles de LDH: OR 1,007 (IC95%: 1,002-1,013) y el antecedente de cardiopatía: OR 19,6 (IC95%: 2,5-152,6).

Tanto la tasa de infectados como la de letalidad en la población fue inferior a la de Andalucía y España. La tasa de ingresos, la mortalidad global y en UCI ha sido inferiores a las descritas en otras series publicadas.

El número de sanitarios infectados en el centro ha sido de 53 con diagnóstico por PCR, detectándose 1 portador asintomático y 10 infecciones pasadas lo que representa un 2,9% de la plantilla. En el estudio de investigación de sanitarios portadores asintomáticos de SARS-CoV-2 (estudio Roble) en las unidades de mayor exposición este fue muy bajo

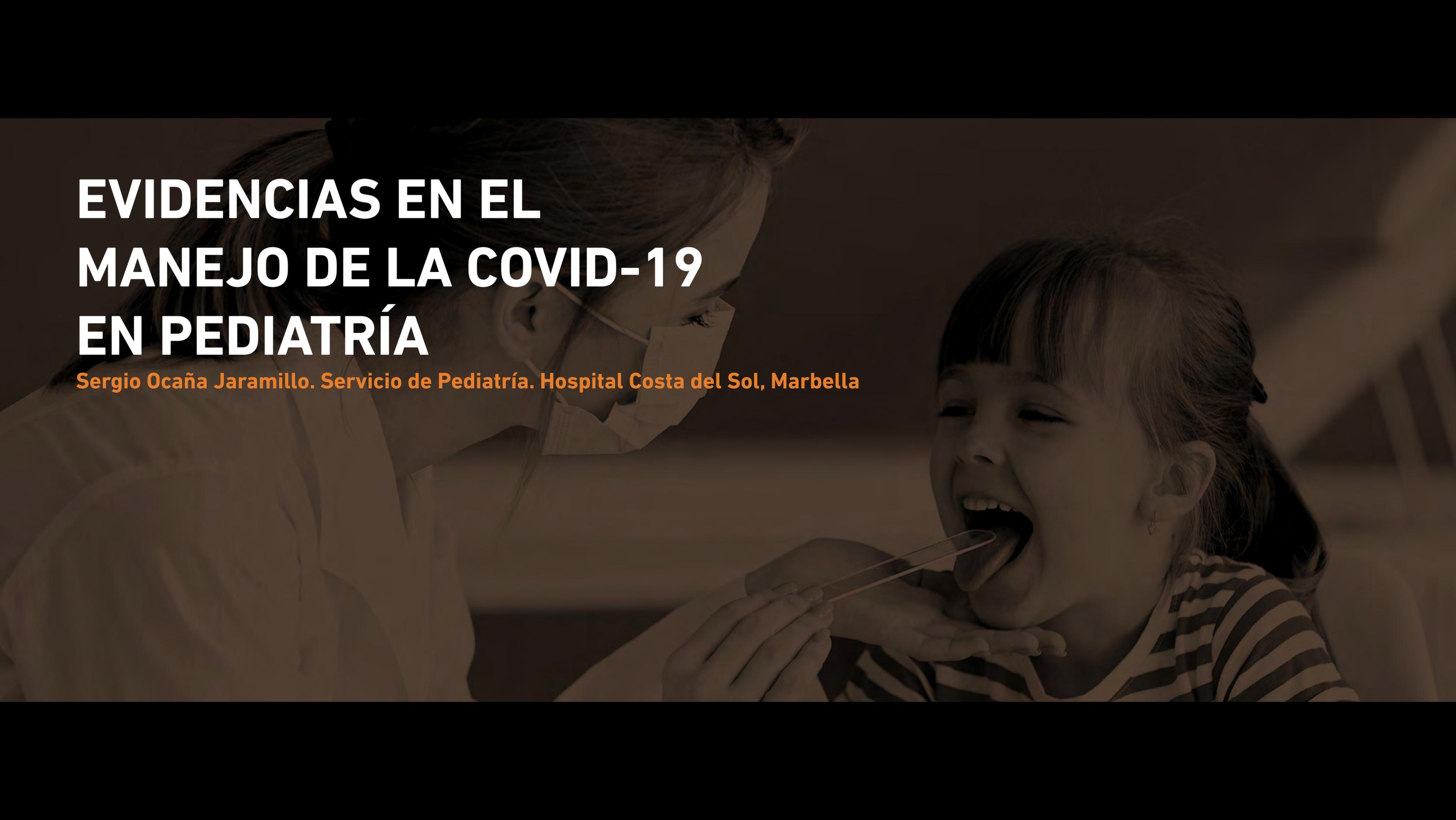
(0.4%) (Search for asymptomatic carriers of SARS-CoV-2 in healthcare workers during the pandemic: a Spanish experience. 10.1101/2020.05.18.20103283).

El hospital ha participado en distintos ensayos y registros de Covid-19 (EPICOS, plasma hiperinmune, SARICOR, COVIH, SEMICOVID 19, tocilizumab, COVID-19 SEFH, SALUTEM, etc).

La necesidad de ofrecer respuestas urgentes a problemas inaplazables gracias al esfuerzo colectivo, el propio temor de los pacientes a acudir al hospital, ha derribado numerosas barreras previas a la innovación, han desencadenado respuestas prácticas novedosas y han transformado la atención sanitaria en unas pocas semanas. El cambio ha sido radical por lo que me atrevo a decir que nada será igual en la forma de prestar los cuidados de

Salud. De alguna manera, el Covid nos ha enseñado “haciendo”, nos ha traído el “Hospital del Futuro” con algunas enseñanzas que no deberíamos olvidar.

Esta gran tragedia colectiva, la soledad, el aislamiento, la incertidumbre, el miedo y de los pacientes, los sentimientos de los familiares, y la especial interacción con los profesionales protegidos (“mujeres y hombres sin rostro”), también ha reforzado nuestros principios profesionales y deontológicos, nuestros compromisos con los pacientes y con la sociedad. Los sanitarios, en España y en otros países, con su trabajo en estas circunstancias tan dramáticas y llenas de dificultades han mostrado todos sus valores y capacidades.

A dark, semi-transparent overlay covers the entire image. In the background, a medical professional wearing a white coat and a face mask is examining a young child's mouth with a tongue depressor. The child is wearing a striped shirt and has their mouth open. The overall tone is professional and clinical.

EVIDENCIAS EN EL MANEJO DE LA COVID-19 EN PEDIATRÍA

Sergio Ocaña Jaramillo. Servicio de Pediatría. Hospital Costa del Sol, Marbella

Estamos inmersos en una situación con un flujo continuo de información, adquiriendo conocimientos a marcha forzada. Se nos plantea muchas preguntas acerca de esta enfermedad:

¿Cuál es el papel del niño en esta pandemia?

¿Afecta de forma diferente que en adultos?

¿Requiere un manejo específico? Dentro de la familia de los coronavirus, han sido identificados hasta 6 tipos que producen enfermedad en Humanos. No obstante, existe un nuevo virus que ha marcado la diferencia, el Sars-cov-2, un Betacoronavirus identificado el 7 enero de 2020. Tal ha sido su relevancia mundial que fue considerado pandemia mundial 2 meses después. La prevalencia mundial en menores de 18 años es del 1-5%. No obstante, ésta se estima muy superior ya que **en esta edad la enfermedad se expresa de forma más leve y pasa desapercibida**. No se cuenta con datos exactos de mortalidad a nivel mundial en menores de 18 años, pero China publicó a finales de marzo datos propios mortalidad que la establecen en un 2,3%. En nuestro país existe una afectación en menores de 18 años

del 1% aproximadamente, lo que puede hacer pensar que la tasa de ataque es mayor en adultos. Sin embargo, esto no es así, ya que en un estudio publicado en Lancet a finales de abril se observó que los niños eran tan susceptibles a la infección como los adultos (tasa de ataque en torno 4-7%).

La transmisión se produce por el contacto de secreciones respiratorias del paciente infectado con la mucosa de ojos, nariz o boca del receptor. Aunque se ha detectado el genoma y el virus infectivo en heces de personas enfermas, no existe evidencia de la trasmisión a través de esta vía. En caso de existir, tendría un impacto menor en la evolución de la epidemia. **Tampoco se ha demostrado la transmisión intraútero, pero ha habido varios casos de recién nacidos con IgM positiva al nacimiento**; este hecho podría apoyar la posibilidad de esta transmisión vertical.



EVIDENCIAS EN EL MANEJO DE LA COVID-19 EN PEDIATRÍA

El periodo de incubación en niños es de 3 a 7 días de media, con un rango 1-14 días, casi igual que en adultos. No obstante, en varios estudios realizados en China se ha observado que el **periodo de incubación es discretamente mayor que en adultos**. El intervalo serial, es decir el tiempo entre contagio y contagio, es menor al de incubación, por lo que supone que la transmisión puede comenzar aproximadamente 2 o 3 días antes que los síntomas. Ambos factores hacen al paciente pediátrico un vector ideal para la transmisión de la enfermedad.

Las pruebas de las que disponemos actualmente para la detección de la enfermedad se realizan en muestras respiratorias (PCR) y sangre (anticuerpos). Se estima que presentan una especificidad **> 95%**, pero la sensibilidad no está claramente establecida ya que depende de varios factores. Se debe realizar una PCR (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) a todo caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas.

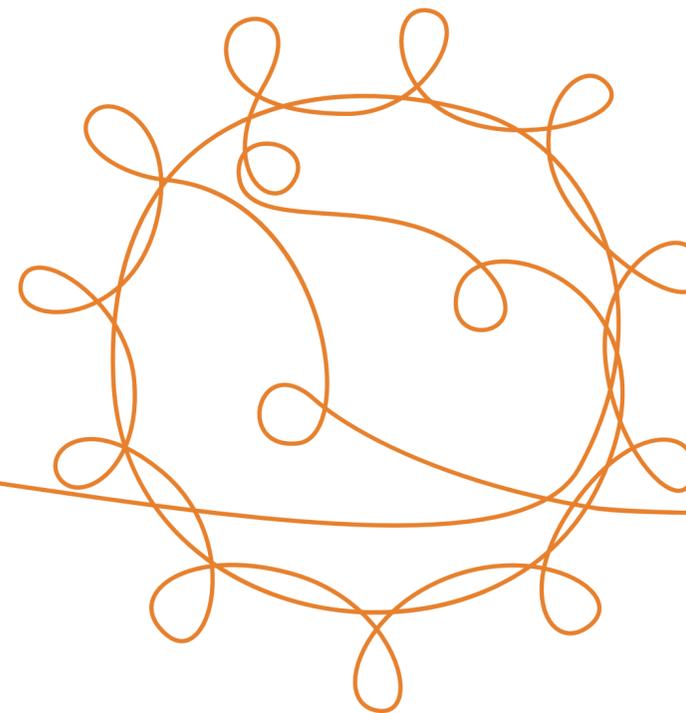
La definición de los diferentes casos ha ido modificándose en los últimos meses. Actualmente, **se considera caso sospechoso a aquel que presenta un cuadro clínico de infección respiratoria aguda** u otros síntomas inespecíficos que puedan ser considerados sospechosos de infección por SARS-CoV-2. **En los niños, las manifestaciones clínicas son más leves y hay mayor número de asintomáticos**, incluso con cargas virales altas o afectación radiológica importante. Este hecho se ha intentado explicar por varias hipótesis: presencia de alta concentración de anticuerpos producidos por frecuentes infecciones respiratorias, presentar un sistema inmune innato inmaduro y la menor funcionalidad de la enzima convertidora de angiotensina 2. Se trata de un virus que afecta a varios órganos y sistemas, generando una clínica muy variable e inespecífica. Las manifestaciones dermatológicas se pueden presentar como signo único o con síntomas leves de la enfermedad, siendo superponibles a enfermedades exantemáticas.



En una revisión sistemática realizada **en 1117 casos menores de 18 años, se ha observado la fiebre o síntomas respiratorios no aparecen ni en la mitad de los pacientes**, llegando a la conclusión que éstos no deben ser indicativos de COVID-19. En el hemograma o bioquímica se pueden encontrar diferentes anomalías, pero en la mayoría de los casos observaremos una analítica normal. Puede existir coinfección con otros patógenos, sobre todo respiratorios, pero hay que tener en cuenta que la detección de estos patógenos en muestra respiratoria no excluye COVID-19. Las pruebas de imagen de primera línea que utilizamos para valorar la afectación pulmonar son la radiografía (Rx) y ecografía de tórax. Sin embargo, la que nos ofrece mayor

información es la tomografía computerizada de tórax, siendo el patrón en vidrio deslustrado el más frecuente en niños. Los criterios de ingreso en planta de hospitalización o UCIP no difieren mucho de los aplicados en otras patologías pediátricas, pero es importante tener en cuenta que **los pacientes menores de 1 año de vida tienen más riesgo de complicaciones**, así como los pacientes con factores de riesgo asociados (inmunodeprimidos, cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas...). Dentro de los síndromes clínicos, la infección se puede presentar de forma no complicada, como infección leve o grave de vías respiratorias bajas. En la forma no complicada, el paciente se puede manejar en domicilio si las condiciones familiares

lo permiten, en el resto de casos se recomienda ingreso hospitalario. En caso de precisar broncodilatadores, éstos se deben administrar mediante inhalador presurizado con cámara, así como evitar otros procedimientos que generen aerosoles. Los pacientes también pueden presentar síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis o shock séptico, pero el manejo en UCIP no difiere de forma significativa de los producidos por otras etiologías. **Desde finales de abril de 2020 existe una alarma social por la notificación de una serie de casos graves en niños.** Un síndrome clínico que se presenta con fiebre prolongada, dolor abdominal y síntomas gastrointestinales que desembocan en enfermedad de Kawasaki o un



cuadro similar al shock tóxico, el denominado síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico temporalmente asociado a infección por sars-cov-2. La definición no está aún establecida, pero se sabe que la probabilidad de aparición es baja y que produce un alto impacto clínico. Requiere un manejo en UCIP con tratamiento de soporte y uso de inmunomoduladores (corticoides e inmunoglobulinas intravenosas).

Existen varios fármacos disponibles, pero tenemos que tener la premisa que **no existe evidencia de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico**. Se ha propuesto una línea de tratamiento según el nivel de gravedad de la infección respiratoria. En los casos leves o moderados con Rx tórax normal se recomienda tratamiento sintomático. En los casos moderados con infiltrado pulmonar, iniciar Hidroxicloroquina (valorando Lopinavir/Ritonavir si factores de riesgo o empeoramiento clínico). En los casos graves se recomienda iniciar Remdesivir, si no está disponible, se propone iniciar

tratamiento con Hidroxicloroquina y Lopinavir/ Ritonavir. El uso de antibioterapia empírica se debe restringir a los casos sospecha de sobreinfección o coinfección bacteriana. **La infección en el periodo perinatal no produce más complicaciones que en la población general, no hay evidencia clara de transmisión vertical, los recién nacidos no muestran formas más graves de la enfermedad, la sintomatología es inespecífica y no existe medicación específica frente SARS-CoV-2 en este periodo.**

La Sociedad Española de Neonatología ha creado un documento con recomendaciones para el manejo en el recién nacido. **Se recomienda realizar determinación de PCR a todo recién nacido con madre con COVID-19.** En los casos de madres asintomáticas o paucisintomáticas y recién nacido asintomático se aboga por el alojamiento conjunto con medidas de aislamiento de contacto y gotas madre-hijo. Se debe ingresar a todo paciente sintomático, cuyo manejo clínico no difiere del de cualquier neonato con la misma sintomatología.

Al igual que en paciente pediátrico, hay que evitar procedimientos que generen aerosoles y tomar medidas para evitar la contaminación del medio (evitar ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable, uso de filtros antimicrobianos...). Es recomendable realizar un seguimiento clínico durante 2-3 semanas a aquellos pacientes que han recibido el alta hospitalaria. **Se ha detectado presencia material genético del virus en leche materna, pero no existe evidencia que apoye la transmisión a través de esta vía.** El beneficio que aporta esta alimentación supera el riesgo, por lo que las diferentes instituciones y sociedades han determinado que la lactancia materna se debe mantener desde el nacimiento. Como conclusión, podemos decir que los niños son vectores importantes de la enfermedad, con una serie de peculiaridades clínicas; aunque en la mayoría se presenta de forma leve, hay que saber identificar los casos graves. Lo más importante es que queda aún mucho por aprender.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALERGIA PRIMAVERAL Y SÍNTOMAS COVID-19

María José Torres Jaén, Jefe del Servicio de Alergología, Hospital Regional de Málaga y Profesora de Medicina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALERGIA PRIMAVERAL Y SÍNTOMAS COVID-19 20

Hola, buenos días a todos. Es un placer para mí estar aquí en el Colegio de Médico, mi casa, ya que soy tesorera de este colegio. Mi exposición versa sobre un tema muy frecuente durante estos meses, que es la confusión que puede existir entre los síntomas de alergia primaveral y los producidos por la infección por COVID-19. En muchos aspectos pueden parecer lo mismo, pero no lo son.

Es importante comenzar resaltando **la importancia que ha adquirido las enfermedades alérgicas en las últimas décadas, con un incremento global** de su prevalencia. **Desde los años 50** en el mundo occidental **se han cuadruplicado las consultas de atención primaria a causa de la rinitis alérgica**, afectando en la actualidad a 400 millones de personas a nivel mundial, tendencia que va en alza. Está aumentando y se va acompañado de otras enfermedades como asma, eccema o alergia alimentaria. En realidad, lo que detectamos en nuestro día a día no es más que el pico del iceberg. Hubo una primera ola en la cual empezó a aumentar la alergia en los países occidentales. Ocurrió en países que tenían ingresos altos y básicamente era alergia respiratoria con eccema tópico. Posteriormente comenzaron a aparecer en zonas urbanas de países con ingreso medio. En la actualidad nos encontramos y nos enfrentamos a una segunda ola, donde la prevalencia de la alergia alimentaria está aumentando de una manera exponencial en la sociedad occidental.

¿Por qué está ocurriendo todo este cambio? Todo este **aumento en la prevalencia de las enfermedades alérgicas** en los últimos 50 años, se debe sin duda a los cambios en el estilo de vida producidos en las sociedades posindustriales. **Pasamos más tiempo en el interior, con lo cual disminuye nuestra exposición al sol y los niveles de vitamina D**, lo cual favorece los procesos inflamatorios. **Existe un aumento del tráfico y de la contaminación lo cual induce que el polen sea más alergénico**, esto junto al **aumento de la exposición al humo del tabaco** contribuye al aumento de la disbiosis bacteriana, la inflamación y a un efecto irritativo directo en las vías aéreas. Por otro lado **el aumento de la higiene, la disminución de los animales de labor en el hogar, el parto vaginal implica una menor exposición a microbios inmunomoduladores**. Por supuesto que hay una susceptibilidad genética individual, pero **el cambio en el estilo de vida es el factor más importante que hace que tengamos más enfermedades alérgicas**.



En los momentos actuales de pandemia por COVID-19 **nos vamos a encontrar con una gran cantidad de pacientes que, siendo alérgicos, además están expuestos o infectados por éste virus, lo cual va a generar problemas de diagnóstico diferencial.**

Los cuadros alérgicos que afectan a las vías respiratorias son la rinitis y el asma. La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal con síntomas fundamentales de estornudos, obstrucción nasal, picor y rinorrea. Puede ser una rinitis aguda, que fundamentalmente suele ser de etiología infecciosa, fundamentalmente vírica. Puede ser una rinitis crónica, que se considera cuando el paciente tiene dos síntomas nasales durante al menos una hora al día durante un mínimo de 12 semanas, siendo la causa fundamental la alergia. El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria que produce una obstrucción variable al flujo aéreo que suele responder muy bien al tratamiento con corticoides inhalados. Suele estar desencadenada por

alérgenos e infecciones virales. Los síntomas fundamentales son tos, disnea, ruidos torácicos, sibilante y opresión torácica de presentación súbita. En la exploración física encontramos sibilancias, roncus, disnea, uso de musculatura accesoria, taquicardia, entre otros. Puede presentar hipoxemia y la placa de tórax suele ser normal.

La sintomatología mas frecuente en los pacientes con COVID-19 es fiebre, tos, dificultad respiratoria, dolor muscular y articular, molestia faríngea, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, síntomas nasales y pérdida de olfato y sabor. Los síntomas de tos, dificultad respiratoria, molestia faríngea, dolor de cabeza, y síntomas nasales también pueden aparecer en pacientes con rinitis y asma alérgica. Sin embargo es importante destacar que **la pérdida de gusto y olfato es muy útil para el diagnóstico diferencial entre un cuadro alérgico y la patología COVID.** La pérdida de olfato es excepcional en los procesos alérgicos, lo

cual solo ocurre en la sinusitis crónica con pólipos nasales y esto no es un cuadro de instauración brusca. **Otros síntomas fundamentales que ayudan a diferenciar ambos procesos son la fiebre, diarrea, dolor muscular y dolor articular, síntomas que aparecen en el COVID y no en los procesos alérgicos.** Los síntomas del paciente alérgico a pólenes empeoran cuando el paciente está al aire libre, sobre todo si estamos hablando de épocas en la cual hay viento y mejora notablemente cuando el paciente permanece en sitios cerrados. Además, **los síntomas de la rinitis alérgica suelen remitir con cierta rapidez tras la toma de antihistamínicos orales y corticoides tópicos y los de asma tras la toma de corticoides y broncodilatadores inhalados.**

Una pregunta frecuente es si los pacientes alérgicos tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19. Los datos que tenemos en la actualidad indican que no parece que esto sea así y de hecho parece que **el riesgo es menos que en la población general.** Se piensa que tanto **la inflamación alérgica como el tratamiento con corticoides inhalados disminuyen los niveles de receptores ACE2 que son necesarios para que el virus entre en las células.** Sin

embargo, como ocurre con cualquier otro virus **cuando un asmático se infecta empeora de su patología de base.**

El paciente alérgico debe de ser disciplinado en las medidas de prevención de COVID-19, siendo muchas de ellas útiles para su proceso alérgico. Las medidas de confinamiento favorecen el que los pacientes asmáticos no se expongan a pólenes, por lo que su sintomatología debe de disminuir. Además, en el caso de los adultos que solo pueden salir a pasear a primera hora de la mañana o a última hora de la tarde también favorece que mejoren, ya que a esas horas el nivel de polen es menor. Con respecto al uso de mascarillas, las quirúrgicas de papel solo son útiles para impedir que los pacientes infectados por coronavirus diseminen las gotitas respiratorias, no protegiendo adecuadamente de la exposición a pólenes, debido a que no proporcionan un sellado adecuado. Las mascarillas FFP2 y sobre todo FFP3 protegen de la exposición a pólenes y a virus porque atrapan las partículas con tamaño >0,3 micras. Además, el uso de mascarillas disminuye la exposición a contaminantes químicos como NO2 y partículas de tamaño PM10 y PM2,5 **Las mascarillas autofiltrantes con válvula de exhalación**

permiten mantenerlas puestas durante un mayor tiempo porque disminuyen el calor y la humedad en el interior. **No impiden que los pacientes infectados propaguen el virus porque no filtran el aire exhalado.**

Finalmente es importante destacar que **nos enfrentamos a una primavera complicada.** Ha llovido mucho y si sale el sol, como está previsto, los niveles de polen van a ser muy elevados. Por lo tanto, no pueden esperar tres o cuatro semanas donde los pacientes pueden tener bastante sintomatología y plantearnos diagnóstico diferencial con COVID-19. **Debemos de fijarnos siempre en los síntomas típicos del COVID-19 que no aparecen en los alérgicos, fiebre, dolor osteoarticular, pérdida de olfato y diarrea.**

El paciente que debute por primer año con la alergia primaveral probablemente presente miedo a estar infectado. El paciente que lleve ya con su alergia durante años, probablemente conozca la sintomatología y no presente problemas. Es importante destacar que las medidas de protección frente a COVID-19 también son de gran utilidad frente a la alergia primaveral.

A woman with long dark hair, wearing a white surgical face mask, is looking out of a window. She has her hand near her face, appearing thoughtful or distressed. The background shows a cityscape with several tall apartment buildings under a hazy sky. The overall tone is somber and reflective.

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO?

J. Miguel Pena Andreu. Dpto. Psiquiatra UMA y Programa PAIME Commalaga

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO? 24



La razón por la que estoy aquí surge del encargo que me planteó hace ya algunos años nuestro Colegio; el de desarrollar un programa: **El PAIME -Programa Atención Integral al Médico Enfermo-**, a partir del cual se ha implementado la Unidad de Apoyo Emocional en estos momentos de pandemia. Este webinar se centra precisamente en eso.

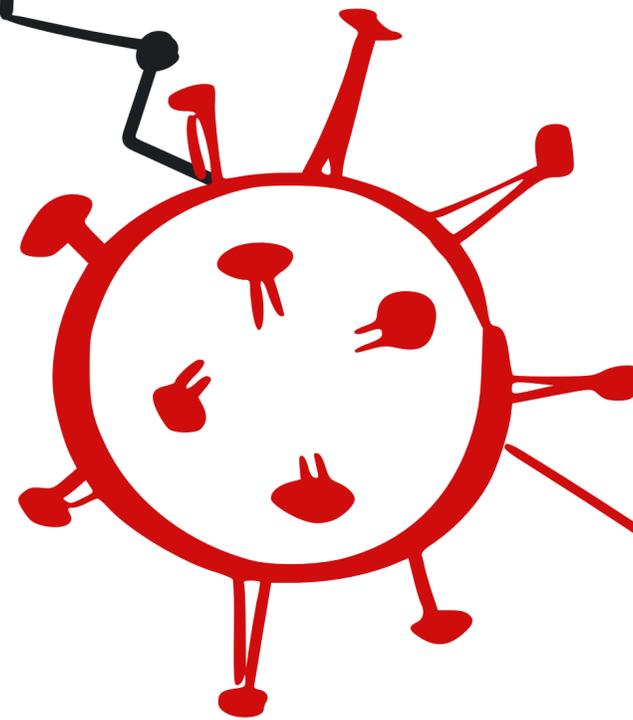
Lo que está sucediendo en todo el planeta es un catástrofe: La historia humana está trufada de ellas, y todas ellas provocan cambios a nivel psíquico. Tanto los desastres provocados intencionalmente, -episodios de violencia masiva, guerras, terrorismo-, como los que provienen de la naturaleza, -terremotos, olas de frío, de calor, inundaciones, epidemias...-, provocan la aparición de respuestas psicológicas en la población.

Nuestro equipo tiene experiencia en el análisis de las consecuencias psiquiátricas de alguna catástrofe natural -aunque no provocada por una epidemia y de la magnitud

global que estamos viviendo- y, pese a que en aquella ocasión se trató de un evento puntual y localizado (una inundación), sus consecuencias se mantuvieron en el tiempo alterando la vida cotidiana de una zona geográfica y sus habitantes. El efecto de las inundaciones que ocurrieron hace algunos años en el poniente almeriense y sus repercusiones sobre la población fueron presentadas en el año 2013 en el Congreso Mundial de Psiquiatría Social de Lisboa, en el cual analizamos los factores que influían sobre la respuesta psicológica ante la catástrofe con una técnica novedosa de evaluación de la magnitud del evento mediante el Sistema de Información Geográfica, una herramienta que utilizan los ingenieros de montes que participaron en la investigación y que analizaba las características físicas de la zona (orografía, ríos, arroyos ...), aquellos lugares donde se depositaba masivamente el agua que no eran, necesariamente, en el punto en el cual había caído, delimitando perfectamente la magnitud y la localización del estresor.

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO? 25

Este trabajo arrojó resultados interesantes que fueron publicados en 2015 en una revista de alto impacto ("Public Health"). Los datos insisto, aunque no eran consecuencia de un agente infeccioso, sí son claramente extrapolables al objeto que nos ocupa, puesto que trata de la respuesta psicosocial ante una catástrofe en un estudio realizado en nuestro medio, modulado por nuestra cultura, y existen muy pocos trabajos realizados con estas características. Citado repetidamente, demostró una vez más que la entidad clínica más relevante era el **Trastorno de Estrés Postraumático** (medido mediante cuestionarios por los médicos de Atención Primaria que analizaban toda una serie de variables) siendo las pérdidas financieras los determinantes más significativos de aparición de patología psíquica. Y eso sí que fué una sorpresa para todos.



Cuando se evalúen definitivamente las consecuencias del desastre natural que nos ocupa en este momento, probablemente los investigadores encuentren que, además del impacto de la muerte y la enfermedad en sí misma, los factores económicos y los modos de resolución de las crisis financieras que están surgiendo sean fundamentales a la hora de establecer predicciones psicopatológicas, más allá del impacto directo de la pandemia sobre la salud.

Con nosotros, los médicos, la situación tiene un patrón mucho más específico, al margen de las circunstancias sociales generales: En nuestra experiencia a lo largo de estos años de desarrollo del programa PAIME hemos constatado nuestra predisposición al abuso de sustancias, fundamentalmente legales por su mayor acceso a las mismas, y al desarrollo de trastornos mentales, básicamente ansiedad y depresión. Entre los rasgos que

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO?

caracterizan a los profesionales de la medicina destaca la pasión por implicarse en sus objetivos, un elevado nivel de consciencia y responsabilidad que ignora sus propios problemas personales, lo cual conduce al burn-out; sin olvidar las consecuencias de las agresiones físicas y verbales que padecen los profesionales, que en este momento de frustración social están rebrotando. Ello está incrementando considerablemente el número de colegas que nos consultan.

Durante esta crisis, específicamente, los retos a los que se enfrentan los médicos vienen definidos por el desbordamiento en la demanda asistencial, el hecho de que tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad y transmitirla a familiares, amigos y a otras personas en el trabajo; de que los equipos de trabajo han sido insuficientes, y de que, en el acto asistencial, la angustia de sus pacientes y sus familias es cada vez más difícil de manejar. Todo ello sin perder de vista la aparición de dilemas éticos y morales,

puesto que los médicos han estado obligados a tomar decisiones complejas, así como alternativas excluyentes en muy breve tiempo, que a la larga generan sentimientos de culpa.

Y existen elementos comunes en el comportamiento del colectivo médico y en la población general: Es un hecho conocido que durante los periodos traumáticos la patología psíquica suele aparatosamente aminorarse llegando a niveles mínimos. Mis colegas psiquiatras y los equipos de emergencia han detectado que, no solo porcentualmente, sino en números absolutos, la demanda de atención por problemas psicológicos urgentes disminuyó inicialmente, excepto en casos de patología psíquica previa severa, en los que el stress social agudo las agravó. En la medida que la situación se ha ido prolongando están apareciendo problemas emocionales persistentes en forma de **Trastornos por Ansiedad, Depresión,**

¿CÓMO NOS AFECTARA LA PANDEMIA BAJO EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO? 27



Trastornos Adaptativos o el ya citado Trastorno de Estrés Postraumático.

El impacto psicológico de las pandemias provoca **miedo, incertidumbre, una percepción del riesgo** que no pocas veces tiene componentes míticos, sin que tengamos una aprehensión adecuada del riesgo objetivo, que, en no pocas ocasiones genera actitudes irracionales (mentalidad de escasez, acumulación de objetos de consumo absurdos, estigmatización gratuita de colectivos, noticias falsas, actitudes negacionistas...) que han sido recogidas frecuentemente en artículos científicos y estudios psicosociológicos.

Pocos días antes de mostrar síntomas de COVID, un buen amigo -y buen psicoanalista-, me decía que estaba viendo en su consulta como sus pacientes estaban perdiendo la sensación de omnipotencia (infantil) en la que muchos de ellos hasta ese momento habían permanecido. Se sentían vulnerables. Posteriormente él y su mujer enfermaron, y yo tuve que confinarme para intentar proteger a las personas que formaban parte de mi mundo. Mensaje recibido. Toda una lección acerca del orden natural de las cosas.

·Los artículos no deben haber sido publicados en otro medio.

·Se prefiere el formato Word o Pdf.

·Se enviarán al siguiente correo electrónico:

revistamedica@commalaga.com

·Se aceptan otros formatos compatibles, aunque es mejor consultar.

·La extensión de cada artículo no debe ser superior a 3000 caracteres, con tipo de letra a 11 o 12 puntos, excluyendo tablas y gráficas, que se adjuntarán en un archivo distinto, en formato asimismo compatible, siendo preferible jpg.

·Debe indicarse donde se desea que figuren las imágenes. ·Todos los archivos deben ir debidamente identificados, haciendo constar el nombre de los autores en el orden que se crea conveniente, e indicando mediante negrita o subrayado el autor con el que pueden mantener correspondencia.

·Se enviarán por correo electrónico, con acuse de recibo de los mismos.

·Es aconsejable atenerse a las normas usuales de publicación en Medicina, tipo Vancouver, aunque se admite cualquier otra que sea habitual en otras disciplinas, con la excepción de que la bibliografía indicada en el texto se citará siempre al final del artículo.

·Para revistas electrónicas, se recomienda utilizar el DOI.

·No se recomienda incluir comunicaciones personales o trabajos no publicados en la lista de referencias.

·En el siguiente enlace encontrará ejemplos para redactar las citas bibliográficas: https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver

·El resumen inicial debe incluir palabras clave

·Los originales y revisiones deben incluir un resumen inicial, y palabras clave.

·El equipo de redacción se reserva el derecho de modificar la ortografía o gramática de los originales, respetando siempre escrupulosamente el sentido y contexto de los artículos. ·Antes de la publicación se enviará una prueba para poder efectuar correcciones.

·Conflictos de intereses: Se debe incluir antes de las referencias bibliográficas del artículo un párrafo en el que se expresa si existen o no conflictos de intereses, además de incluir la fuente de financiación de la investigación.

·Protección de Datos: Nuestra publicación cumple con la actual Ley de de Protección Datos, como se detalla a continuación:

POLÍTICA DE PD

Datos de identificación

Los datos recopilados de los usuarios registrados y no registrados de la revista REVISTA MÉDICA entran dentro del alcance del funcionamiento estándar de las revistas revisadas por pares.

El equipo editorial de esta revista utiliza esta información para guiar su trabajo de publicación y mejora de esta revista. Los autores cuyos trabajos se publican en esta revista son los responsables de los datos sobre personas que puedan contener o aparecer en las investigaciones publicadas.

Los editores de la revista Médica cumplen con los estándares industriales de privacidad de datos, de forma específica la disposición de la Regulación General de Protección de Datos de la Unión Europea (GDPR) para "derechos de los sujetos de los datos" que incluyen (a) notificación de incumplimiento; (b) derecho de acceso; (c) el derecho a ser olvidado; (d) portabilidad de datos; y (e) privacidad por diseño. El GDPR también permite el reconocimiento del "interés público en la disponibilidad de los datos", que tiene una especial relevancia para aquellos involucrados en mantener, con la mayor integridad posible, el registro público de publicaciones académicas.

¿Quién es el responsable de los datos?

- Denominación Social: REVISTA MÉDICA del Colegio Oficial de Médicos de Málaga
- Domicilio Social: Curtidores, 3
- CIF / NIF:
- Teléfono:
- Contacto:
- Inscrita en el Registro: Nacional de Asociación del Ministerio del Interior
- Nombre de dominio: www.Revista Médica.es
- Autorización administrativa:

¿Qué información recogemos y con qué finalidad tratamos sus datos?

- Enviar comunicaciones sobre el proceso editorial.
- Guiar a los autores sobre el trabajo de publicación y mejora de esta revista.
- Informar a los lectores sobre la autoría y edición de contenido.
- Mejorar la recuperación de información y de los artículos de interés por parte de los lectores a través de la recopilación de datos agregados sobre el comportamiento de los lectores y el rastreo de elementos de la comunicación académica.
- Gestionar la correspondencia editorial.
- Enviar información y comunicaciones informativas relacionadas con la investigación científica las áreas de interés y el foco de la revista, a través de distintos medios, entre ellos el boletín de noticias de la revista,
- Realizar estudios estadísticos relacionados con las áreas de interés y el foco de la revista.

¿Durante cuánto tiempo conservamos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán bloqueados al finalizar la relación y la supresión se efectúa de conformidad con lo establecido en:

- Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, (Art 17, 1a)
- Ley 16/1985, de 25 de junio, del Patrimonio Histórico Español
- Ley 4/1993, de 21 de abril, de Archivos y Patrimonio Documental de la Comunidad de Madrid.

No obstante, dado que en la publicación académica, los datos relativos a los autores, editores, revisores y otros involucrados en el proceso editorial siguen siendo necesarios para los fines de la revista, y, como tal, forma parte de un registro que el artículo 85 del GDPR permite "para archivo con fines de interés público, investigación científica o histórica o con fines estadísticos cuyo mantenimiento sea de interés público", la publicación se ajustará, para este supuesto, a las excepciones descritas en dicho articulado.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La base legal para el tratamiento de sus datos es la prestación del servicio y/o consentimiento del interesado.

Para el envío de los boletines de novedades a través del correo electrónico que nos ha facilitado para contactarle de una forma personalizada o reconocerle en su próxima visita, nos basamos en el consentimiento informado.

El tratamiento de la información que recogen nuestras cookies está basado en el consentimiento informado que nos da, de conformidad con la legislación vigente.

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Los datos que ayudan al desarrollo de la plataforma de publicación Open Journal System que utiliza la revista podrán compartirse con su desarrollador Public Knowledge Project en forma anónima y agregada, con las excepciones apropiadas, como las métricas de artículos.

Los datos no serán cedidos o vendidos por esta revista o ni se utilizarán para fines distintos a los establecidos aquí.

¿Existe una obligación de facilitar datos y consecuencias de no hacerlo?

No aportar los datos expresamente solicitados impedirá la inscripción en la revista, el envío de originales y el seguimiento editorial de los mismos.

¿Cómo protegemos sus datos?

La web de la revista REVISTA MÉDICA utiliza técnicas de seguridad de la información generalmente aceptadas en la industria, tales como firewalls, procedimientos de control de acceso y mecanismos criptográficos, todo ello con el objeto de evitar el acceso no autorizado a los datos. Para lograr estos fines, el usuario acepta que el prestador obtenga datos para efectos de la correspondiente autenticación de los controles de acceso. Toda la información es siempre transmitida mediante protocolo de comunicación segura (https, SSL), de tal forma que ningún tercero tenga acceso a la

información transmitida vía electrónica.

Todos los datos personales se almacenan de forma segura de acuerdo con el Reglamento general de protección de datos de la UE (Reglamento (UE) 2016/679) (GDPR).

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la estamos tratando datos personales que les conciernen, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La Asociación científica ICONO 14 dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- A interponer una reclamación ante la Autoridad de Control – Agencia Española de Protección de Datos.

¿Cómo ejercer los derechos de su titularidad?

- En la dirección electrónica:
- Correo electrónico:
- Registros (Art. 16 Ley 39/2015 del Procedimiento Administrativo Común de las AAPP.)
- Dirección Postal:
- Derecho a retirar el consentimiento: tiene derecho a retirar el consentimiento prestado.
- Derecho a reclamar ante la Autoridad de Control: Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), www.agpd.es

Política de Cookies

La revista Médica usa cookies para administrar las sesiones de los usuarios, para lo cual son necesarias si es usted autor, revisor o editor de la revista. No se usan las cookies si únicamente se accede a la revista como lector, sin registro.

En algunas páginas utilizamos cookies para recordar cuestiones como: a) sus preferencias de presentación; b) el estado de proceso de un artículo enviado; c) la lectura de las notificaciones relacionadas con el proceso de evaluación y editorial de un artículo; d) si ha dado o no su consentimiento para que utilicemos cookies en nuestra web; o e) los accesos de lectura realizados a los artículos publicados.

Aunque las cookies no son imprescindibles para que el sitio web funcione, si las habilita disfrutará de una mejor experiencia de navegación. Puede borrar o bloquear las cookies, pero si lo hace es posible que algunas de las características de esta web no funcionen adecuadamente. Para el acceso al sistema de envío de artículos y seguimiento del proceso editorial estas cookies son imprescindibles, por lo que si no se habilitan no podrá utilizar dicho sistema.

La información asociada a las cookies no se utiliza para identificar personalmente al

usuario. Además, mantenemos plenamente bajo nuestro control los datos sobre sus patrones de navegación. Estas cookies se utilizan exclusivamente para los fines aquí indicados.

Análisis de métricas web

Los servidores del sitio web podrán detectar de manera automática la dirección IP y el nombre de dominio utilizados por el usuario. Una dirección IP es un número asignado automáticamente a un ordenador cuando ésta se conecta a Internet. Toda esta información es registrada en un fichero de actividad del servidor que permite el posterior procesamiento de los datos con el fin de obtener mediciones únicamente estadísticas que permitan conocer el número de impresiones de páginas, el número de visitas realizadas a los servicios web, el orden de visitas, el punto de acceso, etc.

Para esta finalidad, se utilizan tanto sistemas internos de analítica de OJS como el

servicio externo de Google Analytics.



C/Curtidores 1 - 29006 - Málaga

rmd.commalaga.com

Teléfono: 951 019 400