

horario, evitar cambios de turnos, así como salida a emergencias para intentar su recuperación.

Otra opción es facilitar un cambio de puesto, valorándolo previamente con el trabajador y el especialista encargado de su seguimiento. Podría ser transitorio hasta conseguir una adaptación progresiva a su vida laboral ordinaria.

Son situaciones complejas que dependerán en gran parte de factores organizacionales, resultando fundamental la coordinación de todos los recursos asistenciales³.

Si estas adaptaciones no fuesen posibles y/o se encontrara en situación de no poder trabajar, se valoraría la incapacidad temporal.

Precisaríamos otro apartado para citar posibles intervenciones psicoeducativas individuales y sobre organización, como la coordinación y trabajo en equipo planteado en su artículo¹.

No quisiera terminar sin incidir en la importancia de la prevención primaria desde los servicios de prevención.

Bibliografía

1. Vilá M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
2. Reglamento de Servicio de Prevención RD 39/1997, de 17 de enero, BOE n.º 27, de 31 de enero y Orden de desarrollo. Orden de 20 de septiembre de 2010. BOE n.º 235, de 28 de septiembre.
3. Galvéz Herrer M, Mingote Adán JC, Núñez López C, Otero Borrego C. Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Monografías. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto Carlos III. Madrid, 2012.
4. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Madrid: Pirámide; 2005.
5. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265–70.
6. Sos Tena P, Sobreques Soriano J, Segura Bernal J. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Med Fam*. 2002;12:613–9.

María Regal*

Unidad Docente Medicina del Trabajo de Galicia, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: izasregal1@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.015>

Presíncopes de repetición en mujer joven boliviana



Repetition presyncope in bolivian woman

Sr. Editor:

Presentamos el caso clínico de una mujer de 43 años, originaria de Cochabamba (Bolivia), y residente en Palma de Mallorca desde 2005, sin antecedentes personales de interés. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución, de presíncopes ocasionales, no rotatorios, autolimitados, acompañados de vegetatismo (sudoración), sin otros síntomas prodrómicos asociados. Durante el estudio se le realiza ECG en el que se observó bradicardia sinusal y bloqueo AV de primer grado (fig. 1A). Dada la clínica, alteraciones del ECG y la procedencia de la paciente, se orientó inicialmente como enfermedad de Chagas.

Se confirmó la presencia de bradicardia sinusal severa, BAV de 1.º grado y BAV de 2.º grado tipo Mobitz II diurnas en el estudio electrocardiográfico y mediante telemetría (fig. 1B), correlacionado con la clínica de la paciente. La serología de Chagas fue positiva. El estudio digestivo descartó afectación por Chagas a ese nivel. Mediante ETT se descartó miocardiopatía avanzada y aneurisma apical, por lo que se inició tratamiento con benznidazol 100 mg/8 h con buena tolerancia, y se implantó marcapasos DDDR, sin complicaciones, con ECG al alta en RMP 60 lpm. Desde el implante permanece libre de síntomas cardiológicos en seguimiento ambulatorio.

Con este caso queremos destacar la importancia de los antecedentes epidemiológicos en el manejo de la lipotimia/síncope.

La enfermedad de Chagas es endémica en algunas zonas, sobre todo rurales, de latino-américa. Sin embargo, a partir de la primera década del siglo XXI, dados los patrones de migración existentes, observamos casos de enfermedad fuera de áreas no endémicas, especialmente en Europa y América del norte, siendo España el segundo país del mundo en que más casos se describen tras EE. UU.¹

En la enfermedad de Chagas el tripanosoma se fija en los plexos nerviosos de la musculatura lisa, por lo que las manifestaciones clínicas más frecuentes son la afectación cardíaca y la digestiva². Respecto a la afectación cardíaca encontramos 2 entidades, la miocardiopatía crónica que deteriora lentamente la contractilidad y el sistema de conducción, y la miocardiopatía isquémica, que continúa siendo la principal causa de afectación en la población latinoamericana. En ambas entidades se puede desarrollar bradicardia como resultado de una disfunción del nodo sinoauricular o por un bloqueo auriculoventricular avanzado, lo que requiere terapia de estimulación permanente³. Por este motivo, muchos de los pacientes finalmente necesitan el implante de un marcapasos (MCP) o de un desfibrilador automático implantable (DAI), según el grado de afectación cardíaca.

En conclusión, ante una lipotimia, síncope, bradicardia, hemos de considerar el contexto epidemiológico del paciente ya que enfermedades como el Chagas podrían pasarnos desapercibidas.

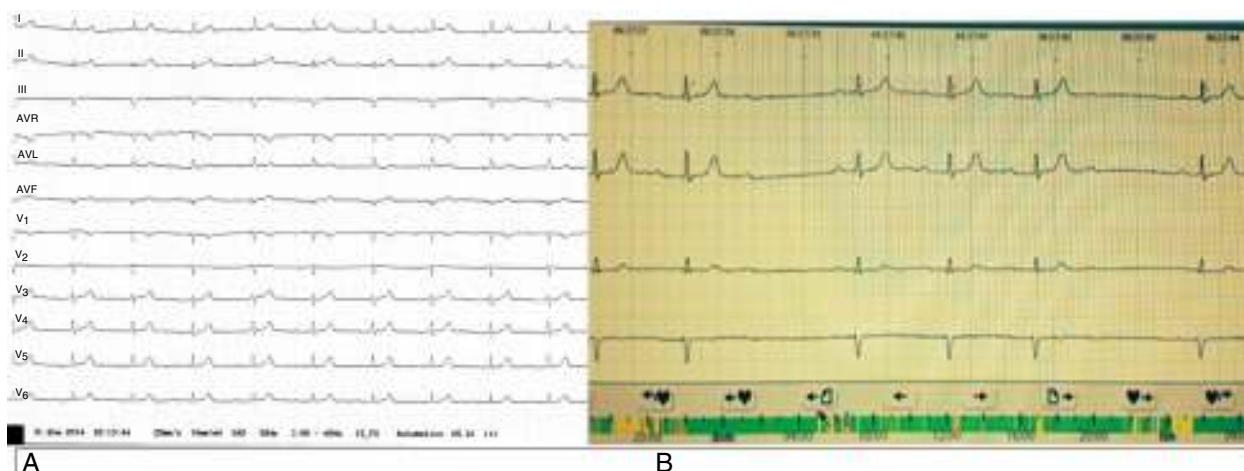


Figura 1 A) ECG al ingreso: bradicardia sinusal a 40 lpm con BAV de 1.º grado. B) Telemetría: bloqueo AV de 2.º grado tipo Mobitz I + bradicardia sinusal.

Financiación

No hay fuente de financiación para esta publicación.

Bibliografía

1. Navarro M, Navaza B, Guionnet A, López-Vélez R. Chagas disease in Spain: Need for further public health measures. *PLoS Negl Trop Dis*. 2012;6:e1962.
2. Pérez León N, Raya Rejón A, Sequera Requero RM. Detección y manejo de *Trypanosoma cruzi* desde atención primaria en áreas no endémicas. *Aten Primaria*. 2009;41:173–4.
3. Arce M, van Grieken J, Femenía F, Arrieta M, McIntyre WF, Baranchuk A. Permanent pacing in patients with Chagas' disease. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2012;35:1494–7.

Raquel Basquero-Álvarez^{a,*}, Juan González-Moreno^b,
Carmen Cifuentes-Luna^c y Javier Fosch-Mur^d

^a Medicina familiar y comunitaria, Centro de Salud Son Gotleu, Palma de Mallorca, Baleares, España

^b Medicina Interna, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España

^c Medicina Interna (Infecciosas), Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España

^d Cardiología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raqbasal@gmail.com

(R. Basquero-Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.017>

Intervención en la prescripción de la combinación de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y bloqueador del receptor de angiotensina II (BRA-II)



Intervention in the prescribing of the combination of an angiotensin converting enzyme inhibitor and an angiotensin-II receptor blocker

Sr. Editor:

En el manejo farmacológico de la hipertensión arterial y la falla cardíaca se han utilizado los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores del receptor de angiotensina II (BRA-II) en monoterapia o sumados con otros grupos farmacológicos con muy buenos resultados a corto y a largo plazo¹. Sin

embargo, al utilizar estos 2 bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) simultáneamente no se obtienen beneficios clínicos importantes; de hecho, no disminuye la mortalidad cardiovascular ni general comparada con la monoterapia de cualquiera de los 2, pero sí se incrementan potencialmente las reacciones adversas, en especial el daño sobre el riñón. Por lo tanto, el doble bloqueo del SRAA debe evitarse en estos pacientes y solo debe emplearse de forma selectiva con algunos beneficios solo en nefropatía diabética²⁻⁴. Por esta razón se plantea describir los resultados obtenidos a partir de la intervención periódica y sistemática de prescriptores de IECA + BRA-II en 2 empresas aseguradoras denominadas Entidad Promotora de Salud (EPS) del régimen pago de salud en Colombia, en la ciudad de Bogotá, durante los años 2010 a 2014, con el fin de reducir esta práctica inadecuada.

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental, prospectivo, antes y después, sin grupo control, donde se realizó una intervención en pacientes que se encontraban en manejo farmacológico con la combinación de IECA + BRA-II, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de noviembre de 2014. En una fase previa se identificaron