



## CARTAS AL DIRECTOR

### ¿Es la vacunación antigripal el nuevo Belerofonte? Sobre la vacunación antigripal en Atención Primaria

#### Is influenza vaccination the new Bellerophon? The flu vaccine in Primary Care

Sr. Director:

En un trabajo anterior estudiamos las coberturas de vacunación antigripal entre los trabajadores de Atención Primaria de La Rioja durante la campaña 2006/2007. Encontramos un 45,4% de vacunados, más varones que mujeres, de mayor edad media y más entre el grupo de médicos (58,1%) que en el de enfermería (42,4%) y administrativos (25,6%)<sup>1</sup>. Todo ello consistente con otros trabajos semejantes.

Hemos repetido el trabajo, en esta ocasión durante la campaña 2009/2010 de la doble vacunación con la vacuna convencional y la pandémica, con una participación del 69%, se obtuvieron los siguientes resultados: Un 33,7% se vacunó de ambas. Un 32,6% no se vacunó de ninguna y un 32,6% se vacunó de la estacional y no de la pandémica.

En cuanto a los motivos para no vacunarse: Un 14,3% no la considera una enfermedad grave; un 39,7% tiene dudas sobre su seguridad y eficacia, y un 46% contesta que No sabe/Otras.

Los resultados nos indican que existe gran confusión entre los profesionales de AP respecto a la VAG. Diversas publicaciones, la mayoría en el medio hospitalario, han estudiado las motivaciones para vacunarse o no entre los profesionales sanitarios y en las estrategias para aumentar las coberturas. La excepción la constituye el estudio de Martínez et al en el que demuestran el incremento anual de las coberturas entre los trabajadores de AP hasta los sorprendentes por inusuales porcentajes del 88,25%, mediante estrategias de intervención activa proporcionando información en los propios centros<sup>2</sup>.

Se puede encontrar información fiable sobre la última pandemia en la revisión que realizó el European Centre for Disease Prevention and Control<sup>3</sup> (ECDC). Resaltamos algunos de sus aspectos clínicos:

- La incidencia se ha desplazado hacia los elementos más jóvenes de la población y hacia nuevos grupos de riesgo tales como embarazadas y obesos.

- La morbimortalidad fue menor de lo esperada hasta el punto de ser considerada la pandemia de intensidad y gravedad «moderada».
- Mayor frecuencia de neumonías, distress respiratorio, ingresos en UCI y fallecimientos por estos motivos.

Por nuestra parte consideramos necesario responder de manera precisa, a la luz de las evidencias disponibles en la actualidad, a las siguientes preguntas:

1. ¿Es la gripe una enfermedad grave?
2. ¿Es la VAG útil, adecuada y pertinente?
3. ¿De qué manera han afectado las sucesivas campañas de vacunación en la historia natural de la enfermedad y en la protección de la población?
4. ¿Protege la vacunación antigripal previa frente a la infección por nuevos tipos y subtipos virales?

Por último, merece destacarse que, durante la última campaña 2010/2011, el 75% de los 1.621 enfermos que requirieron hospitalización presentaban algún factor de riesgo y de ellos el 78% no se encontraba vacunado; los porcentajes suben hasta un 88 y un 84%, respectivamente, en el caso de los 192 fallecimientos<sup>4</sup> {2011 337/id}.

Por tanto según nuestro criterio, si se pretende incrementar las coberturas en AP, donde reside la maquinaria de la vacunación, es ineludible ofrecer información fiable sustentada en sólidas evidencias científicas sobre su conveniencia y transferir la información a quienes están encargados de promoverla, dado que en tal caso el hecho de no vacunarse y no recomendar la VAG a los grupos de riesgo es inconsistente con una buena práctica clínica.

### Fuente de financiación

El presente trabajo ha merecido la financiación por parte de la agencia de investigación de Riojasalud.

### Conflicto de intereses

El presente trabajo ha sido presentado en forma de póster en el Congreso de la WONCA 2011 celebrado en Varsovia.

## Agradecimientos

Ramalle Enrique: Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria del Gobierno de La Rioja.

## Bibliografía

1. Almazán J, Arana K, González JC, Hernández MA, Las Peñas A, Nadal R. Estudio sobre cobertura de vacunación antigripal en profesionales de la salud en Atención Primaria. Boletín Epidemiológico de La Rioja 2008.
2. Martínez Martínez F, Martínez González P, Seguí Canet A, Beviá Febrer I, Ruiz García M. Coberturas de vacunación antigripal en el colectivo de atención primaria: temporadas 2005-2006 a 2009-2010. Vacunas. 2011;12:48-51.

3. The A(H1N1) 2009 pandemic in review. European CDC 2009. [consultado 30/09/2011]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/home.aspx>
4. iscii 2011. [consultado 30/09/2011]. Disponible en: [http://vgripe.iscii.es/gripe/documentos/20102011/InformesAnuales/Informe\\_GRIPE\\_Temporada\\_2010-11\\_07092011.pdf](http://vgripe.iscii.es/gripe/documentos/20102011/InformesAnuales/Informe_GRIPE_Temporada_2010-11_07092011.pdf)

J. Almazán Altuzarra\*, K. Arana Alvarez, J.C. González Suárez y M. Ruiz Begué

*Atención Primaria de Camero Nuevo, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jalmazan@riojasalud.es](mailto:jalmazan@riojasalud.es)

(J. Almazán Altuzarra).

doi:10.1016/j.semerng.2011.10.020

## Tumor carcinoide: a propósito de un caso

### Carcinoid tumour: a case presentation

Sr. Director:

Los tumores carcinoideos son tumores neuroendocrinos. Derivan de la cresta neural, de glándulas endocrinas, de islotes o de células del sistema endocrino difuso. Puede encontrarse por todo el organismo, siendo más frecuente en aparato digestivo y aparato respiratorio<sup>1</sup>. Son relativamente raros, y su escasa sintomatología hace que el diagnóstico sea tardío, generalmente cuando ya presentan metástasis hepáticas o en otros órganos. Íleon, ciego, colon y estómago son las localizaciones primarias que frecuentemente ocasionan estas metástasis hepáticas: pero cualquier foco, macro o microscópico, de tejido con células neuroendocrinas con producción de péptido y hormonas, puede ser el origen de las metástasis<sup>2</sup>.

### Caso clínico

Paciente de 37 años con antecedentes de cesárea en 2003, migrañas y miomas uterinos.

Su abuelo paterno falleció de cáncer sin especificar localización y su padre de cáncer de faringe a los 51 años.

Presentaba dolor abdominal en el hipogastrio y deposiciones diarreicas (una o 2 al día) desde hacía 3 meses, por lo que fue derivado a la unidad de diagnóstico rápido de referencia para descartar neoplasia de colon.

Se realizó una RM con contraste en la que se observó la presencia de 2 nódulos hepáticos sin criterios de hemangioma. La TC-PAAF confirmó el cuadro citológico compatible con carcinoma neuroendocrino bien diferenciado metastático con células positivas para cromogranina y sinaptofisina. La tomografía SPECT con receptores somatostatina muestra una elevada concentración de receptores de somatostatina en la lesión hepática. La broncoscopia, gastroscopia y colonoscopia fueron normales. Con el diagnóstico de tumor neuroendocrino sin encontrar tumoración primaria y única

captación con octeótrido en hígado, ingresa en cirugía para intervención quirúrgica.

Los tumores neuroendocrinos constituyen menos de un 5% de los cánceres sin primario identificado<sup>3</sup>. Este tipo de neoplasias se define y clasifica por la presencia de un componente glandular y uno neuroendocrino entremezclados, pudiendo observar áreas de transición y metástasis ganglionares de ambos componentes<sup>4</sup>.

La TC de alta definición es la prueba con la que se pueden identificar las lesiones sospechosas. También destacan la gammagrafía con octeótrido marcado que permite localizar pequeños tumores y residuos tumorales de lesiones extirpadas.

Junto con las pruebas de imagen en estos casos son necesarios los marcadores biológicos. Uno de los mejores marcadores generales es la cromogranina A. Es una proteína secretora presente en los gránulos densos de las células neuroendocrinas. Es el marcador tumoral más sensible (60-90%), y valores iniciales muy altos pueden tener valor pronóstico<sup>1</sup>.

El síndrome carcinoide es frecuente en los pacientes con metástasis hepáticas. En ocasiones se observa dolor abdominal y obstrucción intestinal, pero hasta un 50% de los pacientes no presenta síntomas<sup>5</sup>.

Respecto al tratamiento, en general toda metástasis de localización hepática que pueda researse debe extirparse. Se aconseja siempre un estudio exhaustivo previo a cualquier decisión terapéutica. Si el tumor primario no se identifica, estaría indicada la resección de la metástasis y control post-operatorio.

## Bibliografía

1. Salazar R, Villabona C, Fabregat J. Tumores neuroendocrinos, gastrointestinales y pancreáticos. Med Clin (Barcelona). 2006;127:227-31.
2. Altamirano E, Pollino D, Drut R. Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide) hepático primario. Rev Esp Patol. 2010;43:165-7.
3. Senra Armas L, Roca Campañá V, Pérez Suárez JC, Hernández Castro JL, Cand Huerta C, Suárez Navarro E. Cáncer diseminado y