



Cartas científicas

Estado y gestión emocional de los pacientes afectados por la COVID-19 en un centro de salud



Status and emotional management of patients affected by COVID-19 in a primary care center

Sr. Editor:

Tras la aparición de la infección por el SARS-CoV-2 en diciembre de 2019, en Wuhan (China), la gran cantidad de información al respecto, sobre todo en los medios, está teniendo un gran impacto emocional en todo el mundo¹.

A pesar de esto, se está viendo que la salud mental ha pasado a un segundo plano, siendo incluso infraestimada. Algunos estudios recientes han encontrado una mayor prevalencia de síntomas depresivos², postraumáticos y ansiógenos³ en pacientes con infección o sospecha de infección por SARS-CoV-2.

En cuanto al material y métodos del estudio que aquí se presenta, la muestra se compone de 48 pacientes mayores de edad atendidos desde el inicio de la epidemia con el diagnóstico de infección o sospecha por coronavirus hasta la fecha en que se inicia el estudio de campo, el 30 de abril del 2020. Se decidió no seguir incluyendo pacientes a partir de esta fecha, ya que las condiciones vitales fueron cualitativamente distintas (confinamiento domiciliario) y podría suponer un sesgo entre las personas entrevistadas y afectadas antes y después de esto.

Se realizó una entrevista telefónica en la que se les aplicó un cuestionario de *screening* de sintomatología psicológica (BSI-18).

Con respecto a los resultados de las entrevistas, en la **figura 1**, se observan las puntuaciones T en las diferentes escalas del BSI-18 de la muestra analizada. Las puntuaciones T constituyen una escala normalizada con media de 50 (DE = 10). Sin embargo, encontramos

que las medias de los pacientes en todas las escalas eran cercanas a T = 60 (correspondiente a un percentil 84), siendo las diferencias estadísticamente significativas para todas las escalas (*somatización*: X = 63,68 (DE = 10,51) t = 9,022 p < 0,000; *depresión*: X = 60,54 (DE = 9,90) t = 7,376 p < 0,000; *ansiedad*: X = 62,10 (DE = 8,47) t = 8,471 p < 0,000; *índice global de severidad (ISG)*: X = 63,40 (DE = 9,74) t = 9,532 p < 0,000).

Observando los ítems concretos contestados, los síntomas más frecuentes han sido «sentimientos de tristeza» (X = 2,18); «sentirse con miedo» (X = 1,97) y «sentirse tenso o alterado» (X = 2,06). Por su parte, los menos frecuentes han sido «pensamientos de poner fin a su vida» (X = 0,10), «ataques de terror o pánico» (X = 0,52) y «sustos repentinos o sin razón» (X = 1,04). Los síntomas más recurrentes son aquellos relacionados con la sintomatología ansioso-depresiva leve, es decir, síntomas más esperables en los primeros momentos después de una situación estresante como la que han vivido. En contraposición, los síntomas más graves (ideación suicida, ataques de pánico y sintomatología postraumática) son menos recurrentes. Esto nos puede indicar que, a raíz de esta situación, los pacientes experimentan la sintomatología esperable tras la situación vivida (pandemia, confinamiento, etc.) o bien que se está iniciando la presencia de sintomatología psicológica y que esta, con el paso del tiempo, se puede agravar y/o cronificar.

Por último, el BSI-18, al ser un cuestionario de *screening*, ofrece un punto de corte para determinar si el paciente es un posible caso clínico (T > 63 en el IGS o T > 63 en dos de las escalas). En esta muestra, el 62,5% de las personas es un posible caso clínico (n = 30), lo que muestra, una vez más, que estos pacientes están experimentando sintomatología psicológica derivada de esta situación. Como complemento a esta información se observó que, durante la entrevista, al ofrecerles algún tipo de recurso psicológico gratuito, el 47,9% (n = 23) lo solicitó.

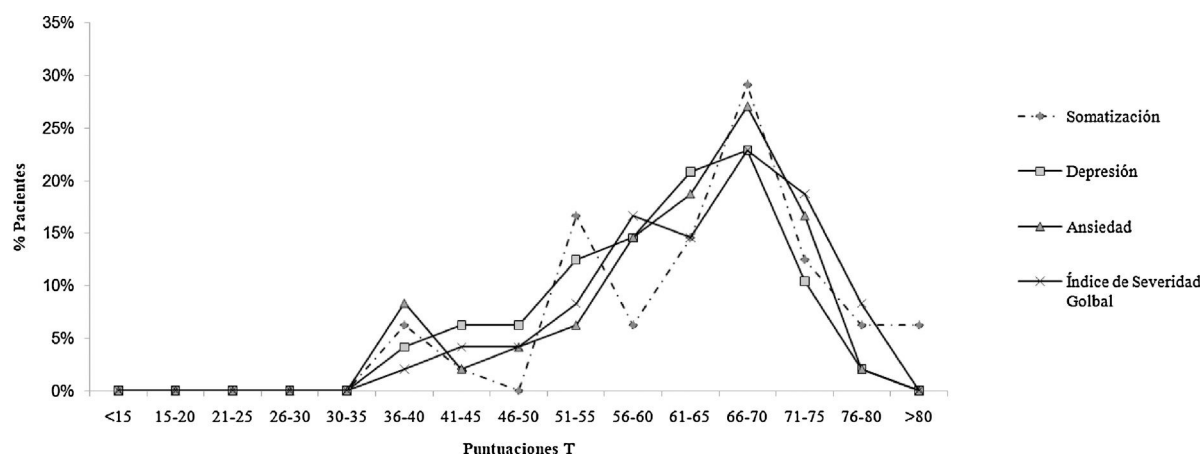


Figura 1. Distribución de las puntuaciones T del BSI-18 de los pacientes.

Concluimos que la sintomatología de los pacientes fue variada (ansiedad, depresión y somatización) y significativamente superior a la media poblacional, lo que podría ser objeto de atención clínica. Aunque la sintomatología fuese leve, podría ser debido a la proximidad del acontecimiento estresante o como mero mecanismo de adaptación. Estos resultados son coincidentes con estudios previos realizados con pacientes con el SARS del 2003^{2–4} como en aquellos con la COVID-19^{1,5}.

Es importante establecer mecanismos y recursos de apoyo para quienes que puedan requerirlos, pudiendo basarnos en situaciones similares anteriores como en la epidemia por SARS del 2003⁴. En futuras líneas de investigación, sería recomendable valorar cómo, con el paso del tiempo, esta sintomatología evoluciona, bien manteniéndose o superándose, por lo que un segundo análisis en los meses posteriores aportaría información útil para dicha comparativa.

Financiación

No se ha percibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores del presente documento declaran la ausencia de cualquier conflicto de interés relacionado con la publicación de este manuscrito.

Bibliografía

- Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:317–20.
- Park J-S, Lee E-H, Park N-R, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32:2–6.
- Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54:302–11.
- Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168:1245–51.
- Mowbray H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *BMJ*. 2020;368:m516.

Ana Peral Martín^{a,*}, María Cabezas García^b
y Óscar Martínez Sáez^a

^a Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria Sureste de Madrid-Hospital Infanta Leonor-Centro de Salud Buenos Aires, MadridEspaña

^b Psicóloga general sanitaria. Profesora asociada en la Universidad Camilo José Cela, MadridEspaña

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.peral.m@gmail.com (A. Peral Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.007>

0025-7753/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Resistencia, caracterización molecular y viabilidad de aislados recientes de *Neisseria gonorrhoeae*



Resistance, molecular characterization and viability of *Neisseria gonorrhoeae* recent clinical isolates

Sr. Editor:

Neisseria gonorrhoeae (NG) ha sido descrita como una importante causa de infección de transmisión sexual en nuestro medio^{1,2}, que ha ido desarrollando una importante resistencia a los antibióticos clásicos³ por lo que se deben buscar nuevas opciones terapéuticas⁴. Esto requiere optimizar los mecanismos de transporte en la muestra clínica para la conservación de los aislados, como ocurre con la propuesta del uso de la refrigeración de la muestra clínica⁵. En este trabajo se realiza un análisis epidemiológico de las resistencias y viabilidad a la refrigeración de aislados clínicos de NG.

Entre 2015 y 2019, en el Hospital Virgen de las Nieves (Granada), se estudió la sensibilidad a los antibióticos de 112 aislados, procedentes de episodios infecciosos diferentes, de 95 varones y 17 mujeres adultas. Se determinó la CMI (mg/L) y la interpretación según EUCAST y CLSI 2018 de penicilina, cefixima, ciprofloxacino, tetraciclina y azitromicina. Además, en 48 aislados se ensayó fosfomicina y en 37 se estableció el serotipo y su caracterización molecular mediante NG-MAST en el Centro Nacional de Microbiología. El efecto de la refrigeración se analizó en 19 aislados, preparando una suspensión al 0,5 McFarland, donde se sumergió durante 5 segundos un hisopo de nylon (Transystem®, Copan, Italia). Este se introdujo luego en agar semisólido con el medio de Amies y se refrigeró durante 24, 48 y 72 h. En cada intervalo se sembraron placas para el recuento del crecimiento de las colonias. Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Cuando se estudiaron las CMI, y según EUCAST, los aislados sensibles fueron: 111 (99,1%) a cefixima (CMI50: 0,032; CMI: 0,12; rango: <0,016–0,25), 22 (19%) a penicilina (CMI50: 0,25; CMI90: 0,75; [<0,016–256]), 58 (52%) a ciprofloxacino (CMI50: 0,006; CMI90: 1,5; [0,002–> 32]), 55 (49%) a azitromicina (CMI50: 0,25; CMI90: 0,75; [0,019–12]) y 50 (44%) a tetraciclina (CMI50: 0,38; CMI90: 1,5; [0,016–32]). Además, mostraron resistencia combinada a los antibióticos: 30 (26%) aislados a ciprofloxacino y tetraciclina, 11 (10,3%) a tetraciclina y azitromicina, 8 (7,2%) a ciprofloxacino y azitromicina, y, por último, 4 (3,5%) fueron resistentes a tetraciclina, ciprofloxacino y azitromicina. La categoría clínica anterior fue concordante con la interpretación CLSI, exceptuando para cefixima, donde un aislado se interpretó como sensible y fue resistente por EUCAST, y para ciprofloxacino, 3 aislados se interpretaron como sensibles y fueron resistentes por EUCAST. Para fosfomicina mostraron unos valores de CMI50: 16; CMI90: 32 y rango de 4–48. En cuanto a los resultados de la tipificación, se obtuvieron 28 ST diferentes (tabla 1). Los más frecuentemente encontrados fueron 3 aislados con ST10386 y 2 con ST17372, ST15765, ST11461, ST6765, ST5526, ST387 y ST51. Todos los aislados tipificados fueron sensibles a cefixima, y 18 (48,6%) resistentes a ciprofloxacino, de los cuales 7 pertenecían a los tipos ST10386, ST15765 y ST5526. Con respecto a azitromicina, fueron resistentes 6 (16,2%) aislados, de los cuales 3 pertenecían a los tipos ST6765 (2) y ST10386 (1). Para tetraciclina, 25 (67,5%) aislados fueron resistentes, siendo 13 pertenecientes a los tipos ST10386, ST11461, ST15765, ST387, ST5526 y ST6765. Todos los aislados pertenecieron al serotipo IB, exceptuando un aislado que perteneció al serotipo IA (ST338). Por último, en cuanto a la recuperación de los aislados tras la refrigeración, 13 (68,4%) mantenían colonias detectables y la media de las unidades formadoras de colonias a las 24, 48 y 72 h fueron 155,62; 67,54 y 24,08, respectivamente. A las 24 h, el número de colonias detectables osciló entre 95 y 225 (mediana: 163); a las 48 h osciló entre 23 y 90 (mediana: 72), y a las 72 h osciló entre 5 y 55 (mediana: