

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2018.
Volum 25. Número 2. Publicació trimestral

Addiccions comportamentals



La Universitat
va a l'Institut.

ANNALS DEL SAGRAT COR

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colás



DIRECTOR; EDITOR EN CAP

Jordi Delás Amat

EDITOR ADJUNT

M^a José Sánchez López

CONSELL EDITORIAL

Margarita Aguas Compaired

Miquel Balcells Riba

Enric Gil de Bernabé Ortega

Eduardo Irache Esteban

Lucía Mata Haya

EDITORS ASSOCIATS

Santiago Barba Sopena

Eleuterio Cánovas Robles

Josep Maria Catalan Borrás

Margarita Centelles Ruiz

Vicente De Sanctis Briggs

Francesc Fernández Monrás

Joan Figueras Felip

Javier Foncillas Corvinos

Caterina Fornós Asto

M^a Mar Martí Ejarque

Gemma Martín Ezquerria

Joan Massons Cirera

Luis Medina Luyo

Laureano Molins López-Rodó

César Morcillo Serra

Núria Parra Macías

Antoni Pelegrí Santos

Montserrat Pons Bussom

Vicenç Querol Borrás

Núria Roca Rossellini

Jesús Sacristán San Felipe

Rosario Salas Campos

Montserrat Salleras Redonnet

EDITORS EXECUTIUS

Adrià Arboix Damunt

Neurologia

Elisenda Grivé Isern

Radiodiagnòstic

Maribel Iglesias Sancho

Dermatologia

Albert Isidro Llorens

Olga Parra Ordaz

Docència pregrau

Joan Seguí Montesinos

Psiquiatria

COMITÈ EDITORIAL

Victòria Andreu Solsona

Jordi Argimón Pallas

Rosa Antón Belle

Joan Ballesta Alcaraz

Núria Barrera Aguilera

Xavier Beltrán Ramón

Antoni Bosch Amat

Rosa Coll Colell

Maria José Conde Martínez

Emili Comes Maymó

Frederic Dachs Cardona

Nadia El Hilali Maso

Juanjo Fibla Alfara

Rosa García-Penche Sánchez

Marta Grau Olivares

Joan Carles Jordà Sánchez

Fani Labori Cros

Ana Lozano Miñana

Ignasi Machengs Bruquetas

Juan Carlos Martín Conillas

Felip Orient López

Núria Pinilla Gutsens

Carme Prat Torrevejano

Assumpta Ros Vergara

Vicenç Ros Cantó

Germán Rosales Calvo

Antonio Segade Hernández

Juanjo Sopena Nualart

Dolors Sort Granja

Ignasi Valls Massana

COMITÈ D'HONOR

Cayetano Alegre de Miquel

Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet

Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

EDITORIAL.....	56	NOTA TÉCNICA/TECHNICAL NOTE	79
L'ús de les noves tecnologies i les addiccions: una relació estreta?		Broncoscopia en el pacient con ventilació mecànica no invasiva	
Uso de las nuevas tecnologías y las adicciones: ¿una estrecha relación?		Broncoscòpia en el pacient amb ventilació mecànica no invasiva	
Use of new technologies and addictions: a close relationship?		Bronchoscopy in patients with noninvasive mechanical ventilation.	
<i>SUSANA JIMÉNEZ MURCIA</i>		<i>MARINA GALDEANO LOZANO, JULIO C. ALFARO ÁLVAREZ</i>	
DEBAT/DEBAT/DISCUSSION	59	CAS CLÍNIC DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC	84
¿Nuevas Adicciones?		Tiroides lingual, una anomalía congénita	
Noves addiccions?		Tiroide lingual, una anomalía congénita	
New addictions?		Lingual Thyroid, a congenital anomaly	
<i>W. PENZO, J. DELÁS, JM BLANQUÉ, J. SEGUÍ, M^a A. OBRADOR</i>		<i>JOSÉ TOMÁS SALAYA, ELISENDA GRIVÉ, ELENA SERRANO, SALVADOR MAÑÉ, IACOPO CIAMPA</i>	
ORIGINAL	63	HISTORIA DE LA MEDICINA.....	87
El trastorn de joc: paradigma de les conductes addictives		La psicoterapia desde la neurología: su génesis, evolución y futuro	
El trastorno de juego: paradigma de las conductas adictivas		La psicoteràpia des de la neurologia: la seva gènesi, evolució i futur	
Gambling disorder: paradigm for addictive behaviours		Psychotherapy from neurology: genesis, evolution and future	
<i>M. NEUS AYMAMÍ I SANROMÀ</i>		<i>MIQUEL BALCELLS RIBA</i>	
Comentaris i Perspectives	69	ESPECIAL EDUCACIÓN-FORMACIÓN	
<i>M^a JOSÉ VILCHES JIMÉNEZ, MAITE ROMÁN CASENAVE.</i>		Compartir ideas. La Universidad va al Instituto: un proyecto de aprendizaje- servicio transversal de la Universidad de Barcelona	93
Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales: evaluación de la implantación.	71	Compartir idees. La Universitat va a l'Institut: un projecte d'aprenentatge-servei transversal de la Universitat de Barcelona.	
Qüestionari d'autoavaluació de la seguretat del sistema d'ús dels medicaments en hospitals: avaluació de la implementació.		Sharing ideas. The University goes to the Institute: a project of transversal service-learning from the University of Barcelona.	
ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals: implementation assessment.		<i>GRUPO AP5 (UB)</i>	
<i>NADIA EL HILALI MASÓ, LUCÍA MATA HAYA</i>		¿Qué es ser médico?	97
NOTAS CLÍNICAS/CLINICAL CASES	76	Què és ser metge?	
Gastroenteritis per Listeria monocitògena		What's becoming a physician?	
Gastroenteritis por Listeria monocytogenes		<i>TERESA GORRÍA, MARTA FELIU Y CAROLINA RASCO.</i>	
Gastroenteritis due to Listeria monocytogenes		Memòria d'Activitats del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) idcsalud a Catalunya 2017.	99
<i>BERTA FREIXER I PALAU, GLÒRIA GARCÍA</i>		<i>MONTserrat GRANADOS, Iván RIBERA, MARGARITA AGUAS</i>	

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.
Annals del Sagrat Cor està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.
Tel.: 933.221.111. mail: bibhsc@hscor.com

Disseny i maquetació: Sònia Poch | spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93

Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons



Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors

Ser metges

Durant l'any 2018 celebrarem els 25 anys d'Annals del Sagrat Cor. En el primer número abordàvem *Medicina i les Xarxes Socials* i en la present edició proposem un recull d'articles sobre *Addiccions conductuals o comportamentals*, és a dir, de la conducta, com son el trastorn del joc, l'ús i abús d'internet i de les xarxes socials, i també l'addicció a estimulants. Les addiccions, així, són les protagonistes del debat inicial, mentre que la psicoteràpia i la seva evolució com disciplina, és el tema del nostre article d'història de la medicina.

En un altre registre, recollim la memòria del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC), a partir d'ara Comitè d'Ètica de la Investigació amb Medicaments (CEIm). La seva missió és vetllar per la protecció dels drets, seguretat i benestar dels pacients, avaluant la metodologia, ètica i legalitat dels programes de recerca. Les seves recomanacions contribueixen a millorar significativament tots els estudis que els hi arriben. Com Hospital Universitari cal destacar la progressiva aparició d'estudis derivats de treballs de Fi de Grau d'estudiants de Medicina.

Des de la Universitat, el programa d'aprenentatge-servei vindria a ser el retorn a la societat dels coneixements adquirits. En aquest marc, una de les iniciatives és la realització de seminaris i tallers a instituts, amb un nom força aclaridor: *la Universitat va a l'Institut*. Tenim la fortuna que els creadors d'aquesta modalitat d'Aprenentatge Servei ens expliquin en aquestes pàgines el programa *Compartir Idees, la Universitat va a l'Institut*: des de 2015, estudiants vinculats a l'Hospital del Sagrat Cor han tractat a diferents instituts de Barcelona els beneficis de l'esport, els efectes del tabac més enllà dels pulmons, els aspectes sanitaris relacionats amb l'alimentació, i el paper dels professionals sanitaris.

I justament, aquest darrer tema ens el presenten estudiants del nostre propi Hospital, com ja varen fer a l'Institut: ens diuen el que suposa, per a elles, ser metges.



Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores
están disponibles en la página web

*The instructions for authors
are available on the website*

Neurones i oligodendròcits derivats de cèl·lules mare embrionàries. J. Takahashi i A. Morizane. Kyoto University Graduate School of Medicine.

L'ús de les noves tecnologies i les addiccions: una relació estreta?

Uso de las nuevas tecnologías y las adicciones: ¿una estrecha relación?

Use of new technologies and addictions: a close relationship?

Susana Jiménez Murcia

Coordinadora Unitat Joc Patològic i altres Addiccions Comportamentals.
Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL
Professora Associada, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona.
Co-IP Grup del CIBERobn, Instituto Carlos III

L'adolescència i la joventut són períodes del desenvolupament caracteritzats per la implicació en determinades conductes de risc, com l'ús d'alcohol i d'altres substàncies, el joc d'aposta o l'ús problemàtic de les noves tecnologies. Tanmateix, malgrat que les taxes de joc patològic, en aquesta franja d'edat, oscil·la entre el 0,8 i el 6%, dependent dels estudis, l'activitat de lleure més habitual és l'ús de videojocs, que arriba a taxes que superen el 90% entre nens i adolescents dedicant-hi, a més, moltes hores. Estudis recents realitzats a Europa, mostren que la prevalença d'addicció als videojocs entre els 13 i els 20 anys, supera el 5%, tot i que encara les dades són poc conclouents, existint diferències molt acusades entre zones geogràfiques (per exemple entre països occidentals i asiàtics). Per altra banda, la literatura científica coincideix al destacar que es tracta d'un trastorn més freqüent entre els homes que entre les dones.

En termes de diagnòstic, mentre que el Trastorn de Joc (TJ) ha estat reconegut com una addicció de comportament en la darrera edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, DSM-5 (APA, 2013)[1], l'addicció als videojocs només ha estat inclosa en la Secció III, reservada per aquelles problemàtiques que potencialment podran ser considerades com a trastorns mentals, en les properes revisions i edicions d'aquest manual, si augmenten les evidències empíriques i si venen, especialment, de països no asiàtics (on ja es considera una qüestió de salut pública). Tanmateix, el mateix DSM-5 ha proposat una sèrie de criteris diagnòstics (per tal de reduir la variabilitat d'instruments d'avaluació), dels que s'han de complir 5 o més de 9, definint aquesta condició com l'ús persistent i recurrent de videojocs en línia, que provoca un deteriorament en la funcionalitat de l'individu. Val a dir, però que en la versió esborrany (beta draft) de la Classificació Estadística Internacional de Malalties i

Problemes Relacionats amb la Salut (ICD-11)[2] ja disponible (tot i que preliminar i actualitzada diàriament), l'addicció als videojocs ja ha estat reconeguda com a trastorn mental i classificada en l'apartat de Trastorns deguts a Conductes addictives. Segons aquest manual de l'OMS, el Trastorn per Videojocs es caracteritza per un patró persistent i recurrent de la conducta de jugar a videojocs, que pot ser online (a través d'Internet) o offline, i que es manifesta per: 1) alteració de la capacitat de control sobre l'activitat de jugar als videojocs (en termes d'inici, freqüència, intensitat, durada, finalització i context); 2) prioritat en la vida de la persona, que desplaça qualsevol altra responsabilitat, obligació o interès; i 3) progressió de la problemàtica malgrat les conseqüències negatives que comporta. Aquest patró conductual ha de presentar la suficient gravetat clínica, arribant a provocar alteracions en totes les àrees importants de la vida de la persona (personal, familiar, social, acadèmica, etc). Pot manifestar-se de forma recurrent o episòdica i els seus símptomes han d'estar presents durant un període de 12 mesos, per tal de poder establir el diagnòstic tot i que, també, apunta que la durada dels símptomes pot ser menor, si els criteris diagnòstics que es compleixen són greus. En definitiva, com en altres addiccions amb i sense substància, els trets més característics són la rellevància en la vida de l'individu, la capacitat de provocar alteracions en l'estat d'ànim, la tolerància, els símptomes d'abstinència, el conflicte (intern i extern que provoca) i la recaiguda.

Considerant poblacions clíniques, com per exemple de la Unitat de Joc Patològic i altres Addiccions Comportamentals de l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), s'observa un increment de les consultes per addicció a videojocs en els darrers 10 anys. Més concretament, el nombre de casos que amb addicció als videojocs ha estat de 88 (respecte als 4.058 pacients que han consultat

a la nostra unitat entre 2005 i 2018). Per tant, la prevalença, en aquest centre sanitari, se situa en el 2.17% (IC 95%: 1.72% al 2.62%).

Estudis publicats pel nostre grup [3,4] i que comparen diferents addiccions de comportament, com compra compulsiva, TJ, addicció al sexe, addicció a Internet i addicció als videojocs online, observa que el perfil dels pacients amb problemes d'addicció als videojocs és majoritàriament d'homes (94.1%), amb estudis primaris (40%) o secundaris (55.6%), solters (91.8%), inactius laboralment (76.9%), fumadors (76.5%), i sense problemes d'alcohol (98%), ni de consum de drogues (92.2%). L'edat mitjana de consulta es situa en els 22 anys i la mitjana d'anys d'evolució en els 2,2 anys. Des d'una perspectiva psicopatològica, en el moment de la consulta, presenten alteracions emocionals significatives, en el context d'un perfil de personalitat caracteritzat per elevats nivells d'impulsivitat, ansietat, preocupació, fatiga, dificultats en les relacions socials, aïllament, tendència a la frustració i a l'abandonament d'objectius i responsabilitats, dèficits en la planificació i organització de projectes i fites personals, així com problemes a l'hora de prendre decisions.

Respecte de l'etiologia i els factors de risc, encara són necessàries més evidències empíriques, però amb les troballes actuals es pot establir que l'elevada impulsivitat i la implicació en termes del temps dedicat en aquesta activitat, són claus per explicar l'addicció als videojocs. Alhora, també s'ha descrit l'associació amb símptomes depressius, presència de conflictes familiars i problemes acadèmics.

Malgrat que encara no existeixen estudis de tractament controlats, amb assignació aleatòria a les diferents condicions d'intervenció, sembla que ara per ara els programes multimodals serien els que aporten més beneficis. Aquests programes consistirien en teràpia psicològica d'orientació cognitiva conductual, combinada amb entrevista motivacional i teràpia familiar.

Finalment, quan a la prevenció, els estudis apunten que són necessàries campanyes d'educació i sensibilització en escoles, però també en la comunitat, en general, sobre l'ús saludable de les noves tecnologies. Cal que la població, globalment, s'impliqui en aquest propòsit. Des dels pediatres, explorant els entreteniments dels nens i dels adolescents (en les visites de control, per tal d'assegurar-se que no existeix un problema en aquest sentit), fins a les famílies i les escoles. Pares i educadors tenen una responsabilitat destacada en l'ensenyament dels aspectes beneficiosos de les noves tecnologies, però també del seu risc. Estudis recents, apunten per exemple que la limitació del temps i dels continguts són factors clau de protecció, de cara als infants i adolescents. Això significa que les famílies han d'estar

informades de quan i com s'estan utilitzant aquestes noves tecnologies, estant en llocs comuns, han de ser una forma de distracció i de compartir temps de lleure per a tota la família, impedit que s'utilitzin com un mecanisme d'aïllament i desconexió per part del nen. S'han de negociar temps d'ús, s'ha d'ajudar al nen a ser conscient de com, les noves tecnologies, disminueixen la percepció del temps. Per tant, és important que la família prengui consciència que es tracta d'una activitat que cal que sigui supervisada (això només és possible si es comença aviat, quan encara són nens). No obstant això, la monitorització del temps pot ser visible per pares i per fills, per tal que ells també puguin aprendre a autoregular-se. Tot i que en la qüestió del temps d'ús no existeixen encara massa estudis controlats de disseny longitudinal, malgrat ser una qüestió tan rellevant, sí que existeix un cert consens en el fet que un ús saludable pot situar-se en 1-2 hores (millor si no són diàries), després de les tasques escolars i en el context d'altres aficions i activitats socials, esportives, lúdiques, etc.

En definitiva, l'addicció als videojocs és un tema controvertit, no tan sols en l'àmbit social sinó, fins i tot, entre la comunitat científica. Però, més enllà de creences i opinions, hi ha una realitat que és visible en les consultes d'unitats especialitzades i d'associacions de pacients amb aquest tipus de problemàtiques. Persones amb greus conseqüències, per aquesta activitat, i que presenten un impacte clínic significatiu, en totes les àrees de les seves vides, sol·liciten ajuda. Per tant, és obvi que aquesta conducta pot provocar alteracions i, per tant, la seva existència no es pot negar. Bàsicament, cal seguir investigant en els millors tractaments, identificant els factors de risc associats i dissenyant les campanyes de prevenció i sensibilització per fer un ús saludable de les noves tecnologies. Senzillament, és la nostra responsabilitat com a societat.

PUBLICACIONS RELACIONADES:

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington; DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. WHO. ICD-11. *International Classification of Diseases 11th Revision*. [Internet] Disponible a: <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
3. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Granero R, et al. Video game addiction in gambling disorder: clinical, psychopathological, and personality correlates. *Biomed Res Int*. 2014; 2014:315062. doi: 10.1155/2014/315062
4. Mallorquí-Bagué N, Fernández-Aranda F, Lozano-Madrid M, et al. Internet gaming disorder and online gambling disorder: clinical and personality correlates. *J Behav Addict*. 2017; 6: 669-77.

¿Nuevas adicciones?

Noves addiccions?

New addictions?

La psicología y las adicciones

Wilma Penzo

Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Medicina Universidad de Barcelona.

El objeto de estudio de la psicología es la conducta de los individuos. Los elementos que constituyen la conducta son la respuesta, el estímulo que la suscita, en su contexto, y las consecuencias o efectos de la respuesta. La descripción de una conducta requiere de la especificación de todos estos elementos.

Ser adicto a algo supone una serie de conductas muy diversas, que tienen en común principalmente la frecuencia con que se producen. Sin embargo, no lo hacen constantemente ni de forma aleatoria. Cada una de ellas, cada instancia de consumo de una sustancia, por ejemplo, se da en unas circunstancias determinadas, por la acción de estímulos concretos y, hasta cierto punto, de cada caso, y tienen unos efectos específicos.

Así, desde el punto de vista de la psicología y tomando como ejemplo el caso más frecuente, como es el consumo de ciertas sustancias, la descripción de la conducta de una adicción debe especificar los siguientes puntos:

- a) Las respuestas a: "¿qué hace exactamente el paciente?", "¿qué consume?", "¿con qué frecuencia?".
- b) Los estímulos que las suscitan, es decir: "¿qué estímulos la hacen más o menos probable?", "¿disponibilidad del producto?", "¿cuál es la vista del producto?", "¿existe presencia de un modelo a imitar?".
- c) Los contextos en que estos estímulos son eficaces: "¿Se está solo o en compañía en el momento del consumo?", "¿cuál es la privación, es decir, el tiempo transcurrido desde la última respuesta?".
- d) Las consecuencias o efectos de la respuesta. ¿El consumo aporta algo o lo suprime?. Es decir, ¿los efectos consisten en la presentación de algo o en su interrupción o evitación?

Por tanto, la probabilidad de una conducta (que no la causa) depende de múltiples factores. Por este motivo, en la explicación de la conducta, es decir, la especificación de sus causas o condicionantes, la afirmación que desconcierta a un profesional de la psicología es que alguien adicto, por ejemplo, al juego lo es porque en él se liberan los mismo neurotransmisores o se activan las mismas áreas que en el consumo de cannabis. Para un psicólogo esta descripción es parcial: falta definir los restantes factores.

Si la conducta que define una adicción no queda suficientemente explicada desde el punto de vista de la psicología, aún menos lo están sus alternativas. Estas, simplemente, suelen ser ignoradas, siendo reunidas en una definición global, una definición por exclusión, como no-conductas. Se habla de "no-consumir", como si hubiera una única forma alternativa de hacerlo y sin especificar las condiciones que modifican la probabilidad de las respuestas emitidas en lugar de la que constituye el problema.

En un sentido más general, un aspecto de la forma de tratar las adicciones que resulta insuficiente para un psicólogo es la parcialidad en otro aspecto, más general, que hasta cierto punto justifica la afirmación de que la nuestra es una medicina del fracaso. Se describen y se atiende a los problemas que presenta una persona, no los recursos de que dispone. No todo el mundo es adicto al tabaco ni todo fumador es capaz de interrumpir su consumo. ¿Qué estrategias utiliza?, ¿qué recursos moviliza? Se echan en falta estudios sobre qué hacen las personas que, en las mismas circunstancias, no consumen o dejan de hacerlo, cuáles son los factores (estímulos, circunstancias o consecuencias) que aumentan su probabilidad. El recurso a un constructo metafórico, como la "fuerza de voluntad", no es, ciertamente una explicación satisfactoria.

Viejas y nuevas adicciones

Jordi Delás

Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari del Sagrat Cor

Los más pragmáticos se refieren a las adicciones como la mayor probabilidad de que una determinada conducta pueda repetirse. Después de una o varias experiencias, el individuo plantea "me ha gustado, volveré" a un lugar o a repetir una acción. En ocasiones, el solícito proveedor dice "ya sabe dónde estamos, puede volver cuando quiera".

A partir de aquí, las matizaciones son notables. Frecuencia, si la reiteración es episódica o habitual. El coste, en todos los aspectos. Económico, repercusiones sobre la vida familiar, social, laboral. Sobre la salud. El coste de oportunidad: qué dejo de hacer, a causa de esta reiteración. Repercusiones legales cuando la sociedad prohíbe determinada sustancia o actuación.

En casi todos los países la legislación de las adicciones ha llenado las cárceles y es continuo el debate sobre reconsiderar prohibiciones. La creencia de que una determinada reiteración genera males para la persona desencadena un proceso de información pública, en ocasiones verdaderas campañas educativas o informativas, establecimiento de diagnóstico, legislación e incluso tratamiento.

Información y tratamiento comparten el objetivo de demostrar que esa costumbre no es inocua, con la posibilidad de debate que se genera.

Es importante la percepción del hábito que tiene la persona o su entorno. De hecho, la actuación sobre la adicción precisa el reconocimiento de la persona de que esa actuación resulta patógena, que exige una estrategia que casi siempre implica ayuda ajena.

Todas las actividades de la vida diaria son susceptibles de generar experiencias desagradables de evitación o agradables, de potencial reiteración.

A medida que cambia el entorno, aparecen nuevas experiencias. Algo facilitador como la comunicación telefónica puede llevar a la repetición, disconfort si no se ejecuta y ansia de llevarlo a cabo, en ocasiones de forma progresivamente incrementada.

Viejas o nuevas adicciones. Enfermedades o delitos. Somos muchos los partidarios de tratar frente a encarcelar y revisar condenas a personas que ya habían perdido su libertad, antes de entrar en prisión, cuando se hallaban en el complejo entorno de las dependencias.

Reflexiones en torno a la adicción

Juan Manuel Blanqué López

Psiquiatra

Imagínense un niño 8 años que tiene un hermano de 4. Hasta el momento en el que llega su hermano, él era el hijo único y por lo tanto el centro de la familia.

Van pasando los años y cada vez los hermanos resultan más diferentes. El pequeño es tranquilo y estudioso, y el otro, travieso y nada estudioso. Los padres se dan cuenta de la gran diferencia entre los dos pero les cuesta entender qué ocurre. Creen que el mayor ha nacido así y, por lo tanto, no se puede hacer nada.

La familia es de clase media alta. Se consideran progresistas, tolerantes con las drogas que todavía consumen. Sobre todo legales como el alcohol y el cannabis.

El padre cada noche fuma un porro para poder dormir.

Nuestro joven, el mayor, llega a la pre-adolescencia, a los 15 años y comienza a sentir gran

ansiedad al relacionarse con la gente, con compañeros, con la familia. Entonces comienza a beber y consumir cannabis, siguiendo la cultura familiar de tolerancia al consumo de cannabis. Se enamora y no es correspondido, se frustra y a partir de ese momento comienza un consumo cada vez más importante, así como las broncas con los padres. El joven se da cuenta de que la adicción comenzó con su madre. Un hecho que le excita mucho es, cuando, justo después de una gran discusión con ella, llega el abrazo de la reconciliación.

Va pasando el tiempo y el consumo aumenta, tanto el del alcohol como el del cannabis. Primero consume en grupo de amigos, luego lo hace de escondidas en su habitación. Deja los estudios y se pasa los días y las semanas durmiendo de día y viendo películas por ordenador de noche.

Poco a poco su personalidad es la de la "oveja negra" (borracho y drogadicto) justo lo contrario

su hermano, que sigue siendo buen estudiante e hijo modélico.

Esta imagen tan negativa en realidad le da seguridad, cierta fortaleza interior en frente de la debilidad interior que sufre desde la infancia. Se identifica con cantantes de rock con fama de grandes consumidores. Sufre episodios de gran ansiedad secundarios al consumo y a las tensiones relacionales.

Cuando llega al límite de las actuaciones destructivas, decide hacer una terapia pero nunca acepta un tratamiento farmacológico. En la terapia puede observar por qué le cuesta tanto dejar

el consumo. Si lo deja, cambia su personalidad y tiene pánico a no reconocerse, a perder su identidad como ser vivo.

Empieza a trabajar en un supermercado, aunque no deja el consumo pero lo reduce. A medida que progresa la terapia, tolera mejor, dentro de él, los sentimientos de la vida, como son el amor, el odio, la envidia, los celos y las fantasías asociadas.

Pero entonces se encuentra con una situación muy contradictoria, y recuerda aquel dicho: "Vale más lo malo conocido que lo bueno por conocer..."

Uso y abuso de Internet y redes sociales

Juan Seguí

Psiquiatra. Hospital Universitari del Sagrat Cor

En abril del 2017 se publicaron los datos del famoso informe PISA (El bienestar de los estudiantes: Resultados de PISA 2015 de la OCDE). Este estudio se basa en las pruebas de competencias como Matemáticas, Ciencias y Lectura. Así mismo, tiene un cuestionario sobre hábitos de vida de la población adolescente, que tarda unos quince minutos en completarse. Lo completaron en total 540.000 estudiantes de la OCDE. En España, la muestra es de 37.000 alumnos de 980 centros y, además, en esta encuesta participaron también padres, profesores y directores de centros educativos. El 69 por ciento de los alumnos españoles de 15 años asegura que se siente "realmente mal" si no se conecta a Internet frente al 54 por ciento de media de los países de la OCDE.

"En tres años ha subido significativamente en todos los países de la OCDE el consumo de Internet a niveles realmente altos", ha afirmado el director de Educación de esta organización internacional, Andreas Schleicher en declaraciones a Europa Press, quien también ha alertado, no obstante, de que el informe pone de manifiesto que en España existe un 22 por ciento de "usuarios extremos" adolescentes que puede llegar a alcanzar en un día las seis horas conectado a la Red. El consumo medio entre semana de los alumnos españoles de 15 años ha pasado de menos de 120 minutos diarios (dos horas) a 167 (más de dos horas y media), es decir 47 minutos más. La conclusión que podemos extraer de estos datos es que cerca de una cuarta parte de los adolescentes de nuestro medio pueden tener problemas de con el uso de internet y que el problema va en aumento.

El uso de Internet está cada vez más establecido en el mundo globalizado actual, en especial, la utilización de las redes sociales, por lo que se ha

convertido en una herramienta de comunicación social básica que nos permite mejorar nuestro día a día. Pero como se ha referido con anterioridad, su utilización excesiva y persistente con fines recreativos puede llevar a descuidar otras aéreas importantes de la vida como el trabajo, las relaciones sociales, la alimentación, el descanso, etc., y, por tanto, puede conducir a una adicción.

En Estados Unidos, hacia finales de la década de los noventa se comenzaron a publicar las primeras observaciones de lo que entonces se denominó como "trastorno por adicción a Internet". El grupo de Young, en 1998, la definía como la "incapacidad para controlar el uso de Internet, lo que conduce a consecuencias negativas en la vida cotidiana". Elaboraron unos criterios diagnósticos, basados en la adicción al juego, que a nuestro entender tienen vigencia 20 años después.

1. Privarse de sueño (dormir menos de 5 horas), para estar conectado, donde se dedican unos tiempos de conexión altos.
2. Descuidar otras actividades importantes como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
3. Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos.
4. Desarrollar pensamientos sobre la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella e irritabilidad excesiva cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
5. Intentar limitar el tiempo de conexión sin conseguirlo, perdiendo la noción del tiempo.
6. Mentir sobre el tiempo real que se está conectado.

7. Aislarse socialmente, mostrarse irritable y disminuir el rendimiento en los estudios.
8. Sentir una euforia y activación anómalas cuando se está conectado.

Siguiendo los criterios clásicos de adicción a sustancias, las redes sociales provocan dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. También, aislamiento, bajo rendimiento académico o laboral, desinterés por otros asuntos, trastornos de conducta, sedentarismo y obesidad.

La dependencia aparece cuando el sujeto necesita cada vez más la red social en su vida y no se ve capaz de seguir sin esta. En cuanto a la tolerancia, se necesita cada vez consumir más, es decir que dedica más tiempo a las redes sociales y en consecuencia aumenta el tiempo de conexión para sentirse satisfecho y calmar su ansiedad. Cuando el sujeto no tiene la posibilidad de acceder a Internet pueden aparecer los síntomas de abstinencia, tales como ansiedad, inquietud, irritabilidad, insomnio, ideas obsesivas no egodistónicas y depresión.

La adicción a Internet tiene algunas peculiaridades. La mayoría de drogodependencias es más frecuente en hombres. En cuanto a sexos no se aprecian en exceso diferencias marcadas en el uso de Internet, los estudios son contradictorios. Las mujeres parecen tener más necesidad de utilizar la red para comunicar sus emociones vía In-

ternet. Los hombres las utilizan más para jugar on line. En algún otro estudio se ha comunicado que en nuestro país la mujer es más activa que el hombre en las redes sociales ya que su frecuencia de acceso es mayor. El factor edad es muy importante en este tipo de adicción ya que los menores de 25 años tienen más posibilidades de presentar una adicción y a mayor nivel. Las consecuencias negativas del mal uso se producen en edades más tempranas.

Por otra parte, es una adicción con una escasa conciencia de la citada problemática. En este sentido reproduce patrones parecidos a otras drogodependencias a sustancias psicoactivas, ya que el sujeto tiende a minimizar la adicción o en otros casos utiliza la negación o el engaño. Esto hace que la persona no sea consciente de que el grado de actividad en las redes sociales es patológico y no quiera aceptar la enfermedad y rechace recibir tratamiento psicológico.

Al igual que en otras adicciones, es más probable el uso compulsivo de redes sociales se asocia a otros factores de riesgo como la impulsividad, irritabilidad, intolerancia a los estímulos displacenteros y la búsqueda exagerada de emociones intensas.

Por último, se ha asociado la adicción a internet a estimulación de los circuitos neurobiológicos de recompensa de tipo dopaminérgico que se activan en otras adicciones.

Los nuevos estimulantes en la sociedad de la cultura del éxito

Maria Antonia Obrador Mas, Mercedes Sanz Laburta, Aida de Arriba Arnau

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Sagrat Cor

El consumo de estimulantes no es nuevo, de hecho, desde hace siglos está extendido en las distintas culturas, principalmente en forma de café y té. Aun así, todavía no hay datos suficientemente concluyentes como para promover o desalentar su consumo en la dieta diaria.

En los últimos años, los estilos de vida han cambiado notablemente en diferentes ámbitos de la sociedad, incluidos los relacionados con la búsqueda y creación de nuevos patrones de consumo de sustancias estimulantes. A pesar de que muchas sustancias psicoactivas son ilegales, su uso se ha extendido y sigue aumentando en casi todo el planeta.

A día de hoy, las políticas que regulan la comercialización y el consumo de psicoestimulantes varían de un país a otro, tanto para las sustancias ilegales (por ejemplo drogas como la cocaína o las anfetaminas) como legales (por ejemplo sustancias como la cafeína, teofilina o la nicotina). Entre ellas destacan las bebidas energéticas, legales en

la mayoría de países y que a pesar de disponer de escasa y dispar regulación sobre su consumo, cuentan con una amplia aceptación social. El modelo de sociedad en que estamos inmersos se rige, entre otros, por el consumo, la competitividad y el libre mercado.

Esto nos lleva a un mundo de oportunidades y cambios constantes en nuestro estilo de vida, en que se promueve la cultura del éxito y donde el fracaso no es una opción. Naturalmente esto lleva a los individuos a querer aumentar su rendimiento a todos los niveles: físico, mental y social. En este contexto, el marketing de las bebidas energéticas nos invita a poder ser una mejor versión de uno mismo con poco esfuerzo, tan solo con consumir estos productos. La promesa de poder ser más creativos, más enérgicos, más vitales, estar más despiertos o aguantar más, parece haber encontrado su lugar en la sociedad actual y haber venido para quedarse.

El trastorn de joc: paradigma de les conductes addictives

El trastorno de juego: paradigma de las conductas adictivas

Gambling disorder: paradigm for behavioural addictions

M. Neus Aymamí i Sanromà

Psicòleg adjunt Unitat de Joc Patològic i Altres Addiccions Comportamentals.

Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge.

Professora Associada, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.

RESUM

Es parla cada cop més d'addiccions conductuals o addiccions sense substància, per a fer referència a aquelles conductes que presenten característiques similars a les drogoaddiccions o addiccions amb substàncies, tant les legals com les il·legals. A la comunitat científica hi ha controvèrsia respecte als criteris que s'han d'acomplir per a poder parlar clarament d'addicció.

Hi ha un consens general en considerar una conducta com addictiva quan un individu presenta necessitat imperiosa de realitzar alguna activitat específica, tot i les conseqüències perjudicials per a la seva salut, el seu estat mental o la seva vida social que se'n puguin derivar. Fins al moment, l'única que ha estat reconeguda com a tal en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, DSM-5 és el joc patològic. Presentem el joc patològic (JP) o trastorn de joc (TJ), com a paradigma de conducta addictiva, revisant les principals característiques, i fent després un breu resum de la resta de conductes addictives més comunes.

RESUMEN

Cada vez se habla más de adicciones conductuales o adicciones sin sustancia, para referirse a aquellas conductas que presentan características similares a las drogadicciones o adicciones con sustancias, tanto las legales como las ilegales.

En la comunidad científica existe controversia respecto a los criterios que deben cumplirse para poder hablar claramente de adicción. Sin embargo, hay un consenso general en el momento de considerar una conducta como adictiva cuando un individuo presenta la necesidad imperiosa de realizar alguna actividad específica, a pesar de las consecuencias perjudiciales que se puedan derivar en su salud, su estado mental o su vida social. Hasta el momento, la única que ha sido reconocida como tal en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 es el juego patológico. Presentamos el juego patológico (JP) o trastorno de juego (TJ), como paradigma de conducta adictiva, revisando las principales

características, y haciendo después un breve resumen del resto de las conductas adictivas más comunes.

ABSTRACT

Increasingly, we hear about behavioral addictions or non-substance addictions to refer to those behaviors that have similar characteristics to drug addictions or substance abuse, both legal and illegal.

In the scientific community there is still controversy about what criteria clearly constitute an addiction. However, there is a general consensus to consider a behavior as addictive when an individual presents the imperative need to perform some specific activity, despite the consequences that may be detrimental to their health, mental state or social life. So far, the only one that has been recognized as such in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 is the pathological gambling. In this study, we present the pathological gambling or gambling disorder, as a paradigm for behavioral addictions, to both review its main features, and compare to the rest of the most common behavioral addictions.

Paraules clau: Conducta addictiva/psicologia; joc patològic/psicologia; Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals; personalitat; trastorns mentals/diagnòstic.

Palabras clave: Conducta adictiva/psicología; juegos de azar/psicología; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; personalidad; trastornos mentales/diagnóstico.

Keywords: Behaviour, Addictive/psychology; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Gambling/psychology; Mental disorders/diagnosis; Personality.

Correspondència: naymami@bellvitgehospital.cat

Rebut: 27-abril-2018

Acceptat: 7-juny-2018

Aymamí i Sanromà MN. El trastorn de joc: paradigma de les conductes addictives. Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 63-68

INTRODUCCIÓ

Des de fa uns quants anys, es parla cada cop més de conductes addictives, addiccions conductuals o addiccions sense substància, per a fer referència a aquelles conductes que presenten característiques similars a les drogoaddiccions o addiccions amb substàncies, tant les legals (per exemple, l'alcoholisme o el tabaquisme) com les il·legals (addicció a altres tòxics, com la cocaïna o el cànnabis, entre d'altres). Així, conductes com jugar a jocs d'apostes, comprar, fer servir noves tecnologies com el mòbil, les xarxes socials, internet o els videojocs, o inclús la feina, l'afecte, el sexe, l'esport o el menjar, poden ser susceptibles d'esdevenir conductes addictives en determinats grups de població.

Pel que fa a la majoria d'aquestes conductes potencialment addictives, hi ha força controvèrsia entre la comunitat científica respecte als criteris que han d'acomplir per a poder parlar clarament d'addicció. Fins al moment, l'única que ha estat reconeguda com a tal en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, DSM-5 (APA, 2013) és el joc patològic, quedant l'addicció als videojocs en la Secció III, a l'espera de més estudis per a poder ser considerat com a trastorn mental en pròximes revisions d'aquest manual. En els darrers anys, però, la recerca en aquest sentit s'ha anat incrementant notablement. Hi ha un consens força general en considerar una conducta com addictiva quan un individu presenta necessitat imperiosa de realitzar alguna activitat específica, tot i les conseqüències perjudicials per a la seva salut, el seu estat mental o la seva vida social que se'n puguin derivar. Les característiques principals són: tolerància, abstinència, dificultats en aturar la conducta, alteracions de l'estat d'ànim (irritabilitat, depressió, ansietat), i afectació en diferents àrees del subjecte (acadèmiques, laborals, socials i familiars).

Ens centrarem, doncs, en el joc patològic (JP) o trastorn de joc (TJ), com a paradigma de conducta addictiva, revisant les principals característiques per a considerar-la com a tal, i fent un breu repàs de les característiques més que presenten algunes de les conductes mencionades anteriorment.

DEFINICIÓ I CLASSIFICACIÓ

Tot i que el joc és una activitat comuna en totes les societats i cultures des de l'antiguitat i, per la majoria de persones, representa una distracció i una activitat lúdica, per d'altres esdevé un trastorn amb conseqüències greus (entre un 1,4 i un 1,9% de la població adulta a l'estat espanyol) (Becoña, 1997, 1999, 2009). El JP s'ha definit com un fracàs progressiu i crònic de re-

sistir l'impuls de jugar, convertint-se en una conducta desadaptativa que danya i lesiona els objectius personals, familiars i vocacionals de l'individu (APA, 2000). Acostuma a iniciar-se en l'adolescència o la joventut, en el cas de les dones arribarà més tard. Pot cursar de forma recurrent o episòdica i pot manifestar-se amb diferents nivells de gravetat (APA, 2013; Granero, Penelo et al., 2014). A partir de l'experiència clínica de destacats professionals en aquest camp, l'any 1980 el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, en la seva tercera edició (DSM-III), va reconèixer formalment el joc patològic, incloent-lo dins dels trastorns del control dels impulsos no classificats en altres apartats. No obstant això, no es disposava encara d'evidències empíriques que avalessin la validesa d'aquest constructe. En l'edició revisada DSM-III-R (APA, 1987), malgrat continuar situat dins dels trastorns del control dels impulsos, els criteris de JP s'equiparaven als utilitzats en el mateix manual per als trastorns per abús de substàncies (a excepció del relacionat amb recuperar les pèrdues) i es podien resumir en tres dimensions generals: dany, pèrdua de control i dependència. En el DSM-IV i el DSM-IV-TR, el joc continuava sent considerat dins la mateixa categoria. Però en la nova edició d'aquest manual, el DSM-5 (APA, 2013), es fa una revisió important del joc patològic que ha comportat canvis significatius pel que fa al nom (actualment anomenat Trastorn de Joc), la classificació (ara en l'apartat d'Addiccions a Substàncies i Trastorns Relacionats), la disminució del punt de tall per a l'establiment del diagnòstic (que de 5 criteris ha passat a 4) i l'eliminació del criteri sobre actes il·legals, per considerar-se més com un criteri de gravetat del trastorn que com un criteri diagnòstic, a partir de diversos estudis (Jiménez-Murcia et al., 2009). Finalment, el DSM-5 especifica que han d'ocórrer almenys 4 dels 9 símptomes durant 12 mesos, per a establir el diagnòstic.

FACTORS ASSOCIATS

Diversos autors han desenvolupat models teòrics per a explicar l'origen i manteniment del problema de joc: el dinàmic i, amb més ressonància científica, el mèdic, addictiu, conductual i cognitiu conductual (que és el que hem seguit a l'Hospital Universitari de Bellvitge). En general, sembla que hi ha un consens en l'existència de bases biològiques, psicològiques i socials. En aquest sentit, un model etiopatogènic interessant és l'anomenat biopsicosocial, que proposen Blaszczynski & Nower (2002) i Sharpe (2002), en el que es recullen les aportacions explicatives proposades pel model cognitiu conductual i en el que s'incorporen les troballes empíriques més recents. Per aquests autors, el TJ fóra un trastorn complex en el qual

estan implicats factors biològics, de personalitat, cognitius, derivats de l'aprenentatge i ambientals. Els factors de risc més destacats que han estat explorats i identificats en diferents estudis són els següents:

1. Factors sociodemogràfics

Diferents treballs coincideixen en el fet que ser més jove de 29 anys, home, tenir un baix nivell d'estudis, amb pocs ingressos, estar desocupat laboralment o vinculat a serveis socials, residir en zones urbanes, tenir baix rendiment acadèmic o ser immigrant, incrementa el risc per desenvolupar problemes de joc. L'edat i l'edat d'inici juguen un paper important en la gravetat del trastorn, psicopatologia associada, trets de personalitat i resposta al tractament (Jiménez-Murcia et al., 2010). Estudis recents, apunten diferents factors de risc en funció del gènere. En el cas de les dones, les variables de risc serien tenir entre 45 i 54 anys i jugar a jocs passius o no estratègics, mentre que pels homes s'han descrit factors com tenir entre 18 i 24 anys, baix nivell d'educació, no tenir feina i jugar a jocs més actius o estratègics. També hi ha diferències en el temps de latència entre l'inici de la conducta de joc i el desenvolupament del problema, sent per les dones més ràpid. Un ambient familiar de joc, també s'apunta com un aspecte important (Jiménez-Murcia et al., 2015).

2. Factors biològics

Els estudis enfocats a determinar els factors de risc biològics indiquen la implicació de variables genètiques, neuroquímiques i moleculars. Per exemple, baixa activitat plaquetària de la MAO i valors elevats de noradrenalina, així com disfuncions en els sistemes de neurotransmissió. Pel que fa als estudis genètics, la majoria han avaluat el polimorfisme del gen receptor de la dopamina (DRD2), per estar relacionat amb l'ús de substàncies, tot i que també s'han estudiat els gens D2, D4 i D1, de la serotonina i la noradrenalina, com a possibles factors de risc pel JP, evidenciant un increment de la recaptació de dopamina (Comings et al., 2001; Ibáñez et al., 2001). Des del punt de vista de les neurociències, els jugadors patològics presentarien un perfil disfuncional caracteritzat per dèficits en la flexibilitat cognitiva, inhibició de la resposta i presa de decisions (Ochoa et al., 2013), capacitats cognitives que permeten als individus planificar i organitzar la seva conducta.

3. Factors psicològics

Els estudis han descrit la implicació determinant de l'estil cognitiu en el desenvolupament i manteniment de la conducta de joc, com els

baixos cognitius, les percepcions errònies i la il·lusió de control sobre l'atzar i la sort, els errors d'atribucions i la memòria selectiva (Goodie & Fortune, 2013). L'estudi de la comorbiditat en el TJ podria suggerir l'existència de factors de vulnerabilitat comuns entre el JP i altres trastorns. Així, un trastorn podria ser la causa de l'altre, o bé, els diferents trastorns no serien en realitat entitats psicopatològiques independents (Jiménez-Murcia, Granero Pérez, et al., 2009), sinó fenotips diferents d'una mateixa malaltia. Els trastorns comòrbids més freqüentment associats al JP foren els trastorns de l'estat d'ànim (trastorn depressiu major, distímia, mania i hipomania), d'ansietat, altres trastorns del control de l'impuls, o el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), evidenciant-se més gravetat de problemes de joc i més comorbiditat psiquiàtrica (Aymamí, et al., 2015); els símptomes obsessius i el trastorn obsessiu compulsiu (TOC), considerant-se el TOC com un probable factor de risc del TJ. Els trastorns per ús de substàncies s'associen sovint al JP i alguns estudis destaquen que la incidència de JP és entre 8 i 10 vegades superior en individus amb problemes d'alcohol i d'altres treballs informen que entre un 9% i un 30% dels consumidors de tòxics, presenten problemes de joc. Quan els trastorns de personalitat (TP), diferents treballs mostren la freqüent associació entre el JP i els TP de cluster B (observant elevats nivells de trets com la impulsivitat i la cerca de sensacions) i entre el JP i el trastorn de personalitat antisocial (Kruegelbach et al., 2006). La presència de trets de personalitat disfuncionals és molt més freqüent. Diferents estudis demostren la implicació de la impulsivitat, la cerca de sensacions, la desinhibició conductual i el gust pel risc, en els orígens i manteniment del TJ (Jiménez-Murcia et al., 2014), relacionant-los amb la severitat del problema de joc, i en la vulnerabilitat d'adquirir problemes de joc entre els joves, especialment els que trien jocs estratègics o d'habilitat com els jocs de cartes, apostes esportives o borsa (Moragas et al., 2015).

Altres factors psicològics implicats serien els dèficits en l'estil d'afrontament, i la ira i l'hostilitat, associats a major gravetat de la conducta (Aymamí, et al., 2014). Finalment, un aspecte rellevant, en relació a la comorbiditat en el JP és el gènere. En el cas dels homes la comorbiditat més comuna és amb els trastorns per ús de substàncies i en el de les dones, amb els trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim (Jiménez-Murcia et al., 2009).

4. Altres factors associats

Estudis psicològics i sociològics han apuntat una relació directa entre les taxes de prevalença del TJ i característiques com la disponibilitat del joc (els països amb més fàcil accés al joc presenten

més problemes de JP), o altres característiques intrínseques de determinats tipus de jocs (la rapidesa entre aposta i resultat de l'aposta, el reforçament intermitent de l'interval irregular i aleatori dels premis, el so o les llums, la seva manipulació en màquines recreatives amb premi, terminals de loteria, pòquer online i d'altres) (Loba, Stewart, Klein, & Blackburn, 2001). En aquest sentit, l'oferta de joc online ha suposat un increment exponencial de les taxes d'aquests tipus de jocs (especialment les apostes esportives i la ruleta electrònica), en detriment del joc presencial que observa una certa davallada. El perfil dels jugadors online en comparació al del joc presencial es manté, en general, a excepció de l'edat (són més joves) i la formació acadèmica (que és superior) (Jiménez-Murcia et al., 2009).

TRACTAMENT

Pel que fa als tractaments, les intervencions cognitiu conductuals (TCC) han estat les més utilitzades i les que han demostrat més eficàcia, especialment si s'inclouen tècniques motivacionals (teràpia integrativa) (Rash & Petry, 2014). Algunes revisions i estudis meta-analítics també arriben a la mateixa conclusió i afirmen que la TCC, tant en el seu format grupal com individual, proporciona canvis simptomàtics més ràpids (disminució de la taxa d'abandonaments i de recaigudes, i canvis significatius en les alteracions emocionals associades i en la severitat de la conducta de joc), que es mantenen en el temps (Cowlshaw et al., 2012; Gooding & Tarrier, 2009). Finalment, les noves tecnologies (NT) també ens ofereixen altres estratègies terapèutiques, habitualment complementàries. Els serious games, o videojocs (VJ) amb finalitats terapèutiques, han demostrat la seva eficàcia en diversos camps. Al HUB s'ha dissenyat una VJ terapèutic, que s'utilitza en el tractament d'alguns jugadors patològics de forma complementària, més enllà dels símptomes específics (que ja es tracten amb la teràpia habitual i que segueixen tots els pacients). El VJ té com a objectiu intervenir en alguns dels aspectes associats al JP, i també sobre alguns trets de personalitat, reduint alguns factors de risc de recaiguda (Fernández-Aranda et al., 2012; Jiménez-Murcia et al., 2009). Fins al moment, els resultats són molt esperançadors, aconseguint un increment de l'autoconsciència emocional, aprenentatge d'estratègies de relaxació, d'autocontrol, millora de les estratègies de planificació, ús sistemàtic de l'autoobservació i l'autoregulació, demora de resposta i aprenentatge d'estratègies de gestió de la frustració i de l'estrès. La innovació en les teràpies, doncs, és necessària i l'ús d'aproximacions terapèutiques mitjançant NT pot obrir la possibilitat a tractar

factors difícils en JP des d'altres perspectives, com la regulació emocional i la impulsivitat (Tàrrrega et al., 2015).

ALTRES CONDUCTES... ADDICTIVES? CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS

La compra compulsiva (CC) (Granero et al, 2016; Müller et al, 2015; Trotzke et al., 2015 i, cada cop més, l'addicció al menjar o food addiction (FA), estan començant a ser considerades com a trastorns mentals per professionals de la Psiquiatria i la Psicologia (Granero et al, 2014; Jimenez-Murcia et al, 2017;), tot i que encara no són clarament reconegudes en els manuals (ni al DSM, ni a la CIE [Clasificación Internacional de Enfermedades – Organización Mundial de la Salud], OMS, 1994)).

La CC es caracteritza per la preocupació excessiva per comprar, tenir episodis freqüents de compra, impulsos intensos o urgència per fer-ho, i que són viscuts com a irresistibles i sense sentit. Aquesta conducta desadaptativa comporta, molt freqüentment, problemes psicològics, socials, laborals i econòmics i, sovint, presenta comorbiditat psiquiàtrica associada (trastorns ansiosos i depressius, trastorn per acumulació, o trastorn per afartament, entre d'altres) (Müller et al, 2015). Afecte més a dones (que acostumen a comprar roba, complements o cosmètics) que a homes (que adquireixen més objectes relacionats amb la tecnologia o la música), i provoca intensos sentiments de culpa posteriors (Granero et al, 2016).

Pel que fa a la FA, també s'han evidenciat similituds entre la dependència a substàncies i la ingesta excessiva d'aliments. L'evidència empírica disponible suggereix que aquesta condició pot tenir un paper important en el desenvolupament i curs de trastorns com l'obesitat, els trastorns alimentaris (Granero, Hilker et al., 2014) i altres conductes addictives. En aquest sentit, la FA en pacients de JP es relaciona amb estats emocionals i psicològics més pobres, pel que caldria incloure tècniques en el tractament pel TJ per a manegar millor la conducta de sobreingesta (Jimenez-Murcia et al, 2017).

En altres casos es parla d'addicció a la feina (workaholism), que es caracteritza per una dedicació intensa a l'activitat laboral amb implicació excessiva i progressiva, amb pèrdua de control dels seus límits, l'abandonament d'altres activitats i la interferència negativa en les relacions familiars i socials (Griffiths et al., 2018).

En relació a l'addicció a l'esport (vigorèxia), a més de característiques psicològiques similars en termes de recompensa o reforçament, habituació, suport social, o reducció de l'estrès i l'ansietat, semblaria que hi ha bases biològiques i genètiques compartides amb els fenòmens addictius.

L'exercici intens ocasiona l'activació del sistema opioide endogen, incrementant la concentració d'endorfines i el lllindar del dolor, entre d'altres (Weinstein i Weinstein, 2014).

Aspectes biològics semblants també es donarien en el cas de l'addicció al sexe o hipersexualitat, conducta que s'observa amb certa freqüència en malalts de Parkinson, com també la CC o el JP, en el context del tractament amb agonistes dopaminèrgics. L'addicció al sexe es defineix com una conducta compulsiva que escapa al control de la persona tot i causar-li problemes en altres àrees de la seva vida. Passa a viure's com una necessitat imperiosa i a convertir-se en un comportament inevitable, deteriorant les relacions familiars, afectives, socials, econòmiques o laborals (Farré et al., 2015). També és coneguda com a Trastorn Compulsiu Sexual, un terme més ampli que engloba els casos en què no existeix abstinència, però sí els elements propis de la conducta addictiva, o "Hipersexualitat excessiva i no controlada". Segurament la prevalença de comportaments hipersexuals vagin en augment amb el desenvolupament d'internet i del cibersexe. De fet, la seva classificació avui en dia encara és ambigua i genera controvèrsia (Echeburúa, 2012). El DSM-5 (APA, 2013) proposava en el seu esborrany el diagnòstic de Trastorn Hipersexual (Hypersexual Disorder). Però finalment va quedar apartat i ha quedat inclòs dins el "caixa de sastre" de Disfuncions sexuals, per falta d'acord sobre l'etiologia i l'origen del trastorn, que alguns autors situen dins el model impulsiu (Chiclana, 2013), altres dins el model compulsiu, considerant-lo com una variant del Trastorn Obsessiu Compulsiu (amb l'objectiu de reduir l'ansietat i no tant d'obtenir plaer purament sexual), i d'altres autors el considerarien dins del model addictiu (al reunir característiques similars a les addiccions químiques, com la tolerància, habituació i síndrome d'abstinència en molts casos, a més de compartir determinats trets psicopatològics i de personalitat) (Farré et al., 2015). A més, en la sexualitat la recompensa fisiològica ve donada per la mateixa activitat sexual i s'activen les vies nervioses del sistema de recompensa: la dopamina, la serotonina i la noradrenalina.

Finalment, per a totes aquestes conductes també s'ha demostrat eficaç el tractament de tipus cognitiu conductual, tot i que, a diferència del JP, l'objectiu general no fóra l'abstinència absoluta i definitiva de la conducta, sinó, en molts casos, aprendre estratègies de regulació i control de la determinada activitat.

REFLEXIÓ FINAL

La importància del reconeixement d'aquestes conductes com a trastorns sembla, doncs, inne-

gable, tenint en compte la seva prevalença i càrrega social. Les contribucions neurobiològiques i psicològiques en la seva etiologia, apunten en aquesta direcció i els estudis posteriors s'han de centrar més en aquestes àrees de coneixement, tenint en compte l'heterogeneïtat dels individus, per tal de poder dissenyar programes de tractament més específics, així com desenvolupar estratègies de prevenció.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Álvarez-Moya, E.M., Jiménez-Murcia, S., Aymamí, M.N., et al. (2010). Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 498-506.
- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th edition. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aymamí, M.N., Granero, R., Penelo, E., et al. (2014). Anger in pathological gambling: clinical, psychopathological, and personality correlates. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E39. doi: 10.1017/sjp.2014.40.
- Aymamí, M.N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., et al. (2015). Clinical, psychopathological, and personality characteristics associated with ADHD among individuals seeking treatment for gambling disorder. *BioMed Research International*, 2015, :965303. doi: 10.1155/2015/965303
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30(4), 7-19.
- Becoña, E. (2009). Spain. In: G. Meyer, T. Hayer, & M. Griffiths (Eds.), *Problem Gambling in Europe: Challenges, Prevention, and Interventions* (pp. 281-298). New York: Springer.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Chiclana, C. (2013). *Atrapados por el sexo. Cómo liberarte del amargo placer de la hipersexualidad*. Madrid: Almuzara.
- Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., et al (2001). The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clinical Genetics*, 60(2), 107-16.
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., et al. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD008937.
- Echeburúa, E. (2012). Does really sex addiction exist? *Adicciones*, 24(4), 281-286.
- Farré, J.M., Fernández-Aranda, F., Granero, R., et al. (2015). Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 59-68.

- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., et al (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of Mental Health*, 21(4), 364–374.
- Goodie, A.S., Fortune, E.E. (2013). Measuring cognitive distortions in pathological gambling: review and meta-analyses. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 27(3), 730–743.
- Gooding, P., Tarrrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607.
- Granero, R., Fernández-Aranda, F., Mestre-Bach, G., et al. (2016). Compulsive buying behavior: clinical comparison with other behavioral addictions. *Frontiers in Psychology*, 7, 914. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00914
- Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., et al. (2014). Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 22(6), 389-396.
- Griffiths, M.D., Demetrovics, Z., Atroszko, P.A. (2018). Ten myths about work addiction, *Journal of Behavioral Addictions*, 1-13. doi: 10.1556/2006.7.2018.05
- Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., et al. (2001). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1733–1735.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E.M., Stinchfield, R., et al. (2010). Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26(2):235-48.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Granero, R., et al. (2014). Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Addiction*, 109(10), 1595–1601.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Kalapanidas, E., et al (2009). Playmancer project: a serious videogame as an additional therapy tool for eating and impulse control disorders. *Studies in Health Technology and Informatics*, 144, 163–166.
- Jiménez-Murcia, S., Granero Pérez, R., Fernández-Aranda, F., et al. (2009). Comorbidity in pathological gambling: clinical variables, personality and treatment response. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 178–189.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Wolz, I., et al. (2017). Food Addiction in Gambling Disorder: frequency and clinical outcomes. *Frontiers in Psychology*, 8, 473.
- Johansson, A., Grant, J.E., Kim, J., et al. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67–92.
- Kruegelbach, N., Walker, H.I., Chapman, H.A., et al. (2006). Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(2), 76–82.
- Loba, P., Stewart, S.H., Klein, R.M., et al. (2001). Manipulations of the features of standard video lottery terminal (VLT) games: effects in pathological and non-pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 17(4), 297–320.
- Moragas, L., Granero, R., Stinchfield, R., et al (2015). Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences. *BMC Psychiatry*, 15, 86.
- Müller, A., Mitchell, J.E., de Zwaan, M. (2015). Compulsive buying. *American Journal on Addictions*, 24(2), 132-137.
- Ochoa, C., Álvarez-Moya, E.M., Penelo, E., et al. (2013). Decision-making deficits in pathological gambling: The role of executive functions, explicit knowledge and impulsivity in relation to decisions made under ambiguity and risk. *American Journal on Addictions*, 22(5), 492–499.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1994). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Ginebra: OMS.
- Rash, C.J., Petry, N.M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 285–295.
- Reid, R.C., Garos, S., Fong, T. (2012). Psychometric development of the hyper sexual behavior consequences scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), 115-122.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1–25.
- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., et al. (2015). A Serious videogame as an additional therapy tool for training emotional regulation and impulsivity control in severe gambling disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–12.
- Trotzke, P., Starcke, K., Müller, A., et al. (2015). Pathological buying online as a specific form of internet addiction: a model-based experimental investigation. *PLoS One*, 10(10), e0140296. doi: 10.1371/journal.pone.0140296
- Weinstein, A., Weinstein, Y. (2014). Exercise addiction- diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4062-4069.

Les addiccions comportamentals: addiccions tecnològiques i paral·lelisme amb les addiccions a substàncies

Las adicciones comportamentales: adicciones tecnológicas y paralelismo con las adicciones a sustancias.

Behavioral addictions: technological addictions and parallelism with substance addiction.

M^a José Vilches Jiménez^{a,b}, Maite Román Casenave^a

^a Terapeuta ocupacional, ^b Infermera
Unitat d'Àguts de Psiquiatria. Consorci Sanitari del Maresme.

Correspondència: mvilches@csgdm.cat

Vilches Jiménez MJ, Román Casenave M. Les addiccions comportamentals: addiccions tecnològiques i paral·lelisme amb les addiccions a substàncies. Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 69-70.

El creixent avenç de les tecnologies i la seva incorporació a la societat de manera tan ràpida, fan que la persona estigui en procés d'adaptació respecte a aquesta nova forma de relacionar-se. Aquest canvi deriva en l'aparició de "noves patologies" relacionades amb aquest ús. Segons Zygmunt Baumann "les xarxes socials són molt útils, donen serveis molt plaents, però són una trampa".

ANTECEDENTS:

La dicotomia del segle XXI és discernir quan es realitza un ús adequat i quan es produeix un abús, problemàtic o addictiu de la tecnologia que tenim a l'abast. Les addiccions comportamentals més conegudes (Mora, Dolengevich i Quintero, 2015) són el joc patològic, l'addicció a les compres, el sexe i les noves tecnologies. Segons Rodríguez de Fonseca (2018) "Cap de les addiccions a la tecnologia són reconegudes oficialment però als darrers anys s'estan obrint noves línies d'investigació pel seu tractament i prevenció". El problema identificat es mostra com a potencial dins de l'àmbit de la salut i l'àmbit socioeconòmic.

L'any 1994 Echeburúa manifestava que "l'addicció a Internet es pot considerar una addicció específicament psicològica"; el 1995 Goldberg va realitzar una aproximació irònica sobre l'addicció a Internet. El document que va redactar identificava els paràmetres per mesurar una addicció i els criteris aplicats eren similars als emprats per tal d'avaluar l'addicció a substàncies, tot instaurant el terme "addiccions tecnològiques". Young (1998) va elaborar un instrument per va-

lorar l'addicció, l'Internet Addiction Test (IAT), que té la capacitat de valorar com l'ús d'Internet afecta a les activitats de la vida diària, vida social, productivitat, son, i els sentiments que genera aquesta activitat.

Echeburúa ja va introduir el 1999 una classificació de signes i símptomes de l'addicció a Internet:

- Privar-se de son (< 5 hores) per invertir temps a la xarxa.
- Descuidar altres activitats importants com ara el temps amb la família, les relacions socials, la feina o la cura de la salut.
- Rebre queixes en relació amb l'ús de la xarxa d'algú proper com la parella o els superiors a la feina.
- Pensar en la xarxa constantment, fins i tot quan no s'està connectat. Intentar limitar el temps de connexió sense aconseguir-ho o enganyar-se pensant que s'invertiran només uns minuts i adonar-se després que ja han passat unes quantes hores.

ACTUALMENT:

L'any 2000, la societat psiquiàtrica Americana publica el Manual diagnòstic i estadístic (DSM-IV) on no es considera que existeixi una addicció a les tecnologies, però ja planteja i qüestiona la possibilitat. L'edició de l'any 2013 del Diagnòstic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2013), a l'apartat «Annex pendent de més estudis» especifica el trastorn de joc per Internet en referència als videojocs i manifesta que no existeixen suficients evidències per a realitzar un diagnòstic que reconegui l'addicció a Internet, però especifica que és un tema que precisa més estudi. El paral·lelisme que existeix amb una altra addicció planteja la necessitat d'aprofundir en aquesta matèria. El terme addicció es defineix com un "trastorn caracteritzat

per la compulsió, la pèrdua de control i els patrons continus d'abús sobre una conducta determinada que al principi produeix un estat de satisfacció en la persona." (Cia, 2013).

El context social actual i l'evolució de les noves tecnologies generen un entorn que precisa una adaptació per part dels individus de manera intensa i ràpida. A la societat contemporània, aproximadament "el 40% de la població mundial està en línia" (Kuss, et al., 2014). Aquest esdeveniment planteja l'aparició de possibles noves addiccions. "L'ús inadequat de substàncies psicoactives representa un dels majors problemes actuals de salut en l'àmbit planetari. La tendència a la societat postmoderna és l'augment de consum, i les seves conseqüències, fenomen al qual s'afegeix l'explosiva expansió de les anomenades "altres drogues" tota una vegada que integren una categoria addictiva, que no depèn de la seva essència, de l'ús de substàncies químiques, sinó de comportaments vinculats igualment a l'hedonisme, però en la seva major part que expressen noves maneres, costums, mitjans de comunicació i recreacions en un context social matisat per l'ostentació, la competitivitat i el consumisme" (González, 2015). L'any 2015 Mora, Dolengevich i Quintero redacten un "Protocol de tractament d'addiccions sense substància" el document realitza una proposta de les addiccions comportamentals més conegudes: Joc patològic, addicció al sexe, addicció a les compres, addicció al menjar, addicció al treball, addicció a l'exercici físic, addicció a les noves tecnologies, addicció als videojocs, addicció a Internet, addicció al ciberjoc, addicció a les xarxes socials i l'addicció al smartphone."

Tal com manifesta el Dr. Rodríguez de Fonseca (2018), els estudis realitzats darrerament suggereixen que els mecanismes i circuits cerebrals que s'activen amb les addiccions a substàncies són els mateixos que es manifesten en les addiccions tecnològiques.

BIBLIOGRAFIA

- Cia, A.H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76(4), 210-217.
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D., Karila, L., et al. (2014). Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026-4052.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Báez, K. (1999). Avances en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 11(4), 349-361.
- Rodríguez de Fonseca, F. (2018). *Adicción a la tecnología*. Málaga: Alter Medica.
- Goldberg, I. (1995). *Internet addictive disorder (IAD) diagnostic criteria*. <http://www.psycom.net/iadcriteria.html>.
- Gonzalez Menendez, R.A. (2015). Las adicciones comportamentales: una tormenta al acecho. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(S1), <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202016/sumario.html>
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. (2014) Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Mora Minguez, F., Dolengevich Segal, H., Quintero, J. (2015). Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5157-5160.
- Young, K. (1998). Internet addiction: the emergence of as new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behaviour*, 1, 237-244.



Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales: evaluación de la implantación.

Qüestionari d'autoavaluació de la seguretat del sistema d'ús dels medicaments en hospitals: avaluació de la implementació.

ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals: implementation assessment.

Nadia El Hilali Masó^a, Lucía Mata Haya^b

^a Servicio de Farmacia. ^b Referente de seguridad clínica, Hospital Universitari Sagrat Cor.

RESUMEN

El Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales (adaptado del original del Institute for Safe Medication Practices, ISMP, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, ISMP-España) es una herramienta de trabajo fiable y efectiva para evaluar la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificar cuáles son los puntos de riesgo y las oportunidades de mejora, valorar cuál es la situación basal de un hospital en cuanto a la seguridad y objetivar los progresos que se lleven a cabo en esta área.

Este trabajo presenta el cuestionario y describe las prácticas de seguridad de medicamentos implantadas por el Servicio de Farmacia de un hospital de nivel terciario (350 camas) durante el periodo 2012-2015, junto con la evaluación de su impacto.

RESUM

El *Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales* (adaptat de l'original de l'Institute for Safe Medication Practices, ISMP, per l'Institut per a l'Ús Segur dels Medicaments, ISMP-Espanya) és una eina de treball fiable i efectiva que permet avaluar la seguretat del sistema d'utilització dels medicaments, identificar quins són els punts de risc i les oportunitats de millora, i és també molt útil per valorar quina és la situació basal d'un hospital pel que fa a la seguretat i objectivar els progressos que es duguin a terme en aquesta àrea.

Aquest treball presenta el qüestionari i descriu les pràctiques de seguretat de medicaments implantades pel Servei de Farmàcia d'un hospital de nivell terciari (350 llits) durant el període 2012-2015, juntament amb l'avaluació del seu impacte.

ABSTRACT

The ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals (Adapted from the original of the Institute for Safe Medication Practices, ISMP, by the Institute for the Safe Use of Medicines, ISMP-Spain) is a reliable and effective tool to evaluate the safety of medication practices, identify both points of risk and opportunities for improvement, and is also very useful to assess what is the baseline situation of a hospital in terms of safety in order to quantify the progress achieved in this area.

This study presents the assessment tool and describes the safety medication practices implemented by the Pharmacy Service of a tertiary level hospital (350 beds) in the period 2012-2015, together with the evaluation of its impact.

Palabras clave: Calidad Asistencial/organización y administración; errores de medicación/prevención y control; seguridad del paciente; sistema Hospitalario de Medicación/organización y administración.

Paraules clau: Qualitat Assistencial/organització i administració; errors de Medicació/prevenció i control; seguretat del Pacient; sistema Hospitalari de Medicació/organització i administració.

Keywords: Medication Errors/prevention & control; Medication Systems, Hospital/organization & administration; Patient Safety; Quality of Health Care/organization & administration.

Recibido: 14-mayo-2018

Aceptado: 12-julio-2018

Correspondencia: nelhilali@quironsalud.es
El Hilali Maso N, Mata Haya L. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales: evaluación de la implantación. Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 71-75.

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son los eventos adversos más frecuentes y de los que se dispone de más información en el ámbito hospitalario. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005) puso de manifiesto que un 37% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados estaban causados por medicamentos.[1]

El Instituto para el Uso Seguro del Medicamento, delegación en España del ISMP (*Institute for Safe Medication Practices*) es una organización que tiene como objetivo promover la seguridad y mejorar la calidad en el proceso de uso de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos.

Los medios que sugiere el ISMP para reducir los errores de medicación son:

- Transmitir a todos los profesionales sanitarios, organismos e instituciones implicados en el cuidado y la prevención de la salud, industria farmacéutica y a los propios pacientes la importancia clínica, la cultura profesional necesaria para reconocer y abordar el problema de los errores de medicación.
- Mantener un Programa de Notificación de Errores de Medicación, adherido al programa internacional, que recoja las comunicaciones y experiencias de los profesionales sanitarios y permita la evaluación conjunta de la información.
- Promover el desarrollo de estrategias y recomendaciones dirigidas a la prevención de los errores de medicación y a la reducción de los acontecimientos adversos de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODO

El Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales fue elaborado por el ISMP-España y un grupo de expertos de varios hospitales españoles, con el apoyo y financiación de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2007. Este cuestionario es una adaptación del *Medication Safety Self-Assessment for hospitals* del ISMP a las características de los sistemas de utilización de medicamentos de los hospitales españoles.[2-4]

Se trata de una herramienta que sirve para que los hospitales evalúen, a nivel local, de forma completa y detallada la implantación de prácticas seguras del uso de medicamentos. Al mismo tiempo contribuye a familiarizar a los profesionales sanitarios con estas prácticas y permite identificar las áreas de riesgo para posteriormente es-

tablecer un programa de actuación y poder medir sus progresos.

El cuestionario consta de 232 puntos de evaluación que representan prácticas o medidas concretas destinadas a prevenir los errores de medicación, que el ISMP ha incluido a partir de su experiencia en el análisis de errores de medicación y consultorías en hospitales. Está estructurado en 10 apartados que se corresponden con cada uno de los elementos clave que más inciden en la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos. Los elementos clave son los siguientes:

I. Información sobre los pacientes. Se evalúa si la información esencial sobre los pacientes se obtiene y está disponible de inmediato en un formato útil. Se tiene en cuenta cuando prescriben, dispensan y administran los medicamentos asignados a los pacientes.

II. Información sobre los medicamentos. Se valora si la información esencial de los medicamentos está fácilmente disponible en un formato útil y se tiene en cuenta cuando prescriben, dispensan y administran.

III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación. Valora entre otros, si se ha establecido un sistema cerrado de GFT que limita la selección a los medicamentos imprescindibles, se reduce el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y se dispone de tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a esta guía.

IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos. Se evalúa si se han establecido medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar, que las etiquetas estén bien diseñadas y legibles e identifican claramente los medicamentos contenidos en los envases y dispositivos.

V. Estandarización, almacenamiento y distribución de medicamentos. Los medicamentos se dispensan a las UH de forma segura y se encuentran disponibles para su administración dentro de los plazos de tiempo apropiados. Observación de soluciones intravenosas y concentraciones, sus dosis y tiempos de administración de los medicamentos deben estar estandarizados siempre que sea posible.

VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos. Las preguntas se centran en si se presta especial atención a los procedimientos de adquisición, mantenimiento, utilización y estandarización de los dispositivos usados para preparar y administrar los medicamentos con el fin de reducir los posibles errores humanos.

VII. Factores del entorno. Los medicamentos prescriben, transcriben, preparan, dispensan y administran en un entorno físico con espacio e iluminación adecuados permitiendo que los profesionales permanezcan centrados y sin distracciones en sus actividades relacionadas con la medicación.

VIII. Competencia y formación del personal.

IX. Educación al paciente. El criterio que se evalúa es si los pacientes se incorporan como miembros activos en su atención mediante una educación apropiada sobre sus medicamentos y las prácticas para evitar errores.

X. Programas de calidad y gestión de riesgos. Enfocado principalmente a valorar si se ha establecido un programa para la reducción de errores, no punitivo y centrado en el sistema, que está respaldado por el equipo directivo de la institución, se fomenta la detección y notificación de errores entre los profesionales sanitarios y un equipo multidisciplinar los analiza regularmente.

Estos puntos de evaluación no pretenden ser los estándares mínimos de seguridad para los hospitales. De hecho, algunos de los puntos recogidos en el cuestionario son prácticas innovadoras, aún no implantadas en la mayoría de los centros, pero que se recomienda introducir porque se dispone de la evidencia que demuestra

su eficacia en la reducción de errores de medicación. Cada punto de evaluación debe ser valorado con respecto a su implantación en el hospital utilizando un baremo con 5 posibilidades. No todos los puntos tienen asignado el mismo valor, sino que éste depende de su eficacia para evitar los errores.

El cuestionario está considerado como un instrumento de trabajo muy útil para orientar y planificar las prácticas que conviene implantar para avanzar en la prevención de errores de medicación, así como para evaluar las mejoras conseguidas. Por esto, se recomienda cumplimentar el cuestionario con una periodicidad bianual como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales. Ello permitirá comparar los resultados propios de años anteriores con los de otros hospitales.

RESULTADOS

En nuestro centro, el cuestionario se realizó por primera vez el año 2012. La puntuación global del primer cuestionario fue 45,63%. Se implantaron una serie de acciones de mejora entre las que se pueden destacar, por ejemplo: elaboración de una base de datos para evaluar los fármacos de nueva incorporación a la Guía Farma-

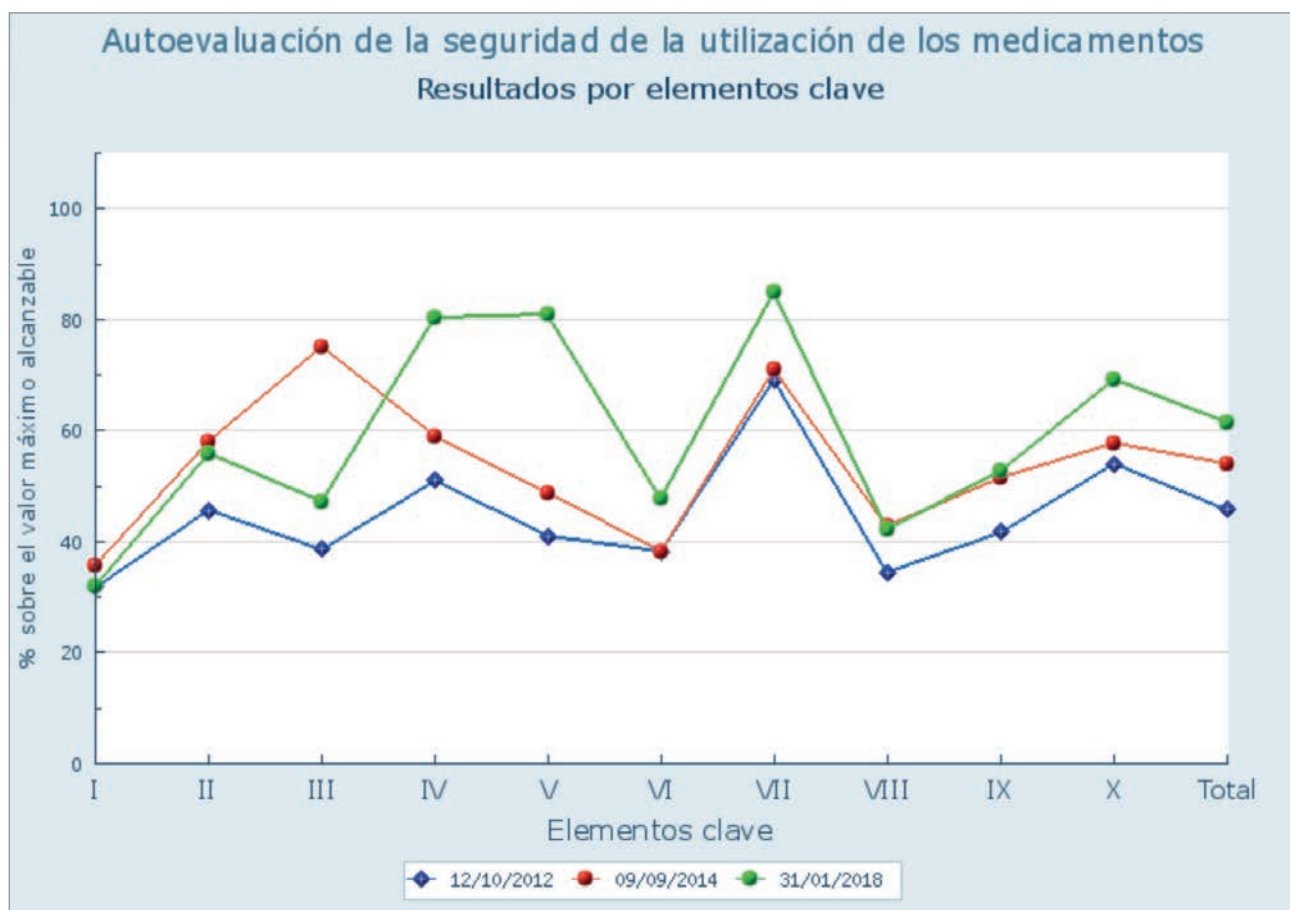


Figura 1. Comparativa de resultados del Hospital Universitari Sagrat Cor.

cológica y Terapéutica (GFT) o bien de aquellos que hayan sufrido modificaciones en la forma de presentación (por problemas de abastecimiento de fármacos, por cambio de laboratorio, por nuevos procedimientos de trabajo) con el fin de controlar el cumplimiento de unas prácticas de prevención e información a los profesionales sanitarios del centro. Asimismo, se elaboró el documento "Normas para la correcta prescripción de medicamentos", difundido a todo el personal asistencial a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Siguiendo las recomendaciones del ISMP, dos años después, se realizó el cuestionario y la puntuación global alcanzó el 53,97% con las mejoras implantadas y nos animó a proponer nuevas acciones de mejora (Figura 1). Una de las medidas fue la incorporación de la técnica de utilización de las "letras mayúsculas resaltadas" *Tall Men letters* que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas con el fin de acentuar sus diferencias para prevenir los errores causados por confusión en los nombres parecidos de los medicamentos.

La mejora más destacable ha sido la inclusión en la GFT de sueros con cloruro potásico diluido para su dispensación, únicamente, a las unidades de hospitalización convencionales. Esta medida

se complementa con la retirada de las soluciones concentradas de cloruro potásico de dichas unidades para evitar, de este modo, que se produzcan errores en la administración. La implantación se ha reforzado con formación e información a todo el personal sanitario implicado en la prescripción, dispensación y administración de estas soluciones de iones.

Finalmente, esta medida se ha implementado durante el primer cuatrimestre del año 2018.

En el cuestionario realizado este mismo año, la puntuación total obtenida es de 61,43%. En general, las medidas implantadas a raíz de los cuestionarios de años anteriores están consolidadas tal como refleja la comparativa de los tres cuestionarios. Se está evaluando la incidencia de órdenes verbales no indicadas con el fin de establecer medidas para limitar las situaciones en las que su uso estaría aceptado. Otra medida de mejora a establecer, antes de la realización del próximo cuestionario, es elaborar la lista de antidotos disponibles en el servicio de farmacia (ubicación, dosis habituales, indicaciones, directrices para su preparación) como prevención ante posibles situaciones que requieran el uso de estos antidotos.

Las siguientes gráficas comparativas, frente al conjunto total de hospitales (n=235) (Figura

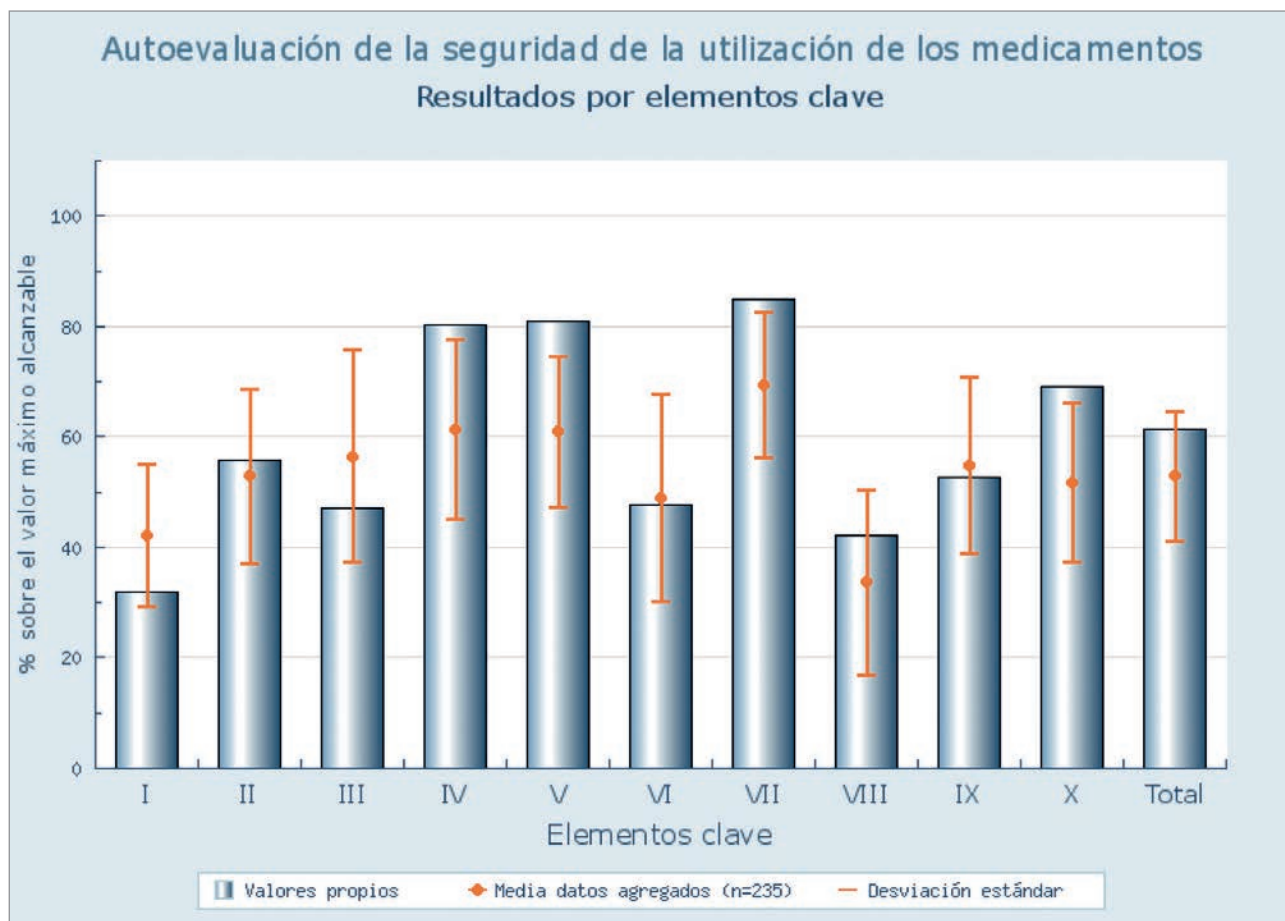


Figura 2. Comparativa frente al conjunto total de hospitales.

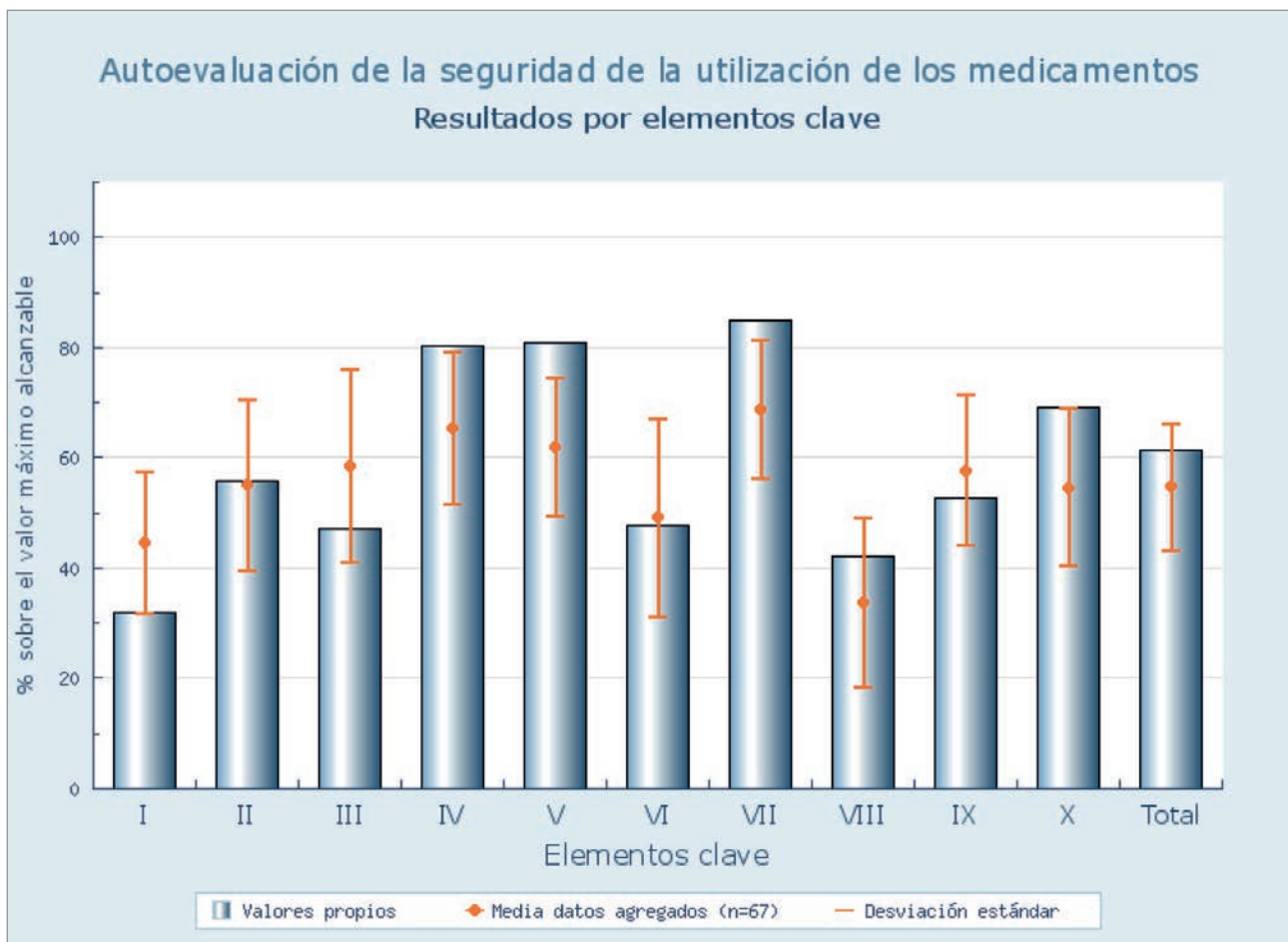


Figura 3. Comparativa con hospitales de características similares.

ra 2) y con otros hospitales de características demográficas similares (n=67) (número de camas de 200-499; con docencia pregrado y postgrado) (Figura 3), muestran que los resultados de nuestro centro se sitúan dentro de la media de los resultados de la muestra en cada uno de los casos.

CONCLUSIÓN

El cuestionario es un elemento clave en la mejora de la cultura de seguridad en el uso de medicamentos ya que nos permite revisar los puntos débiles y factores latentes de riesgo así como reforzar las acciones de prevención y minimización de riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados

a la hospitalización (ENEAS 2005). Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Febrero 2006.

2. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales: Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. <http://www.ismp-espana.org>
3. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. http://www.ismp-espana.org/ficheros/evolucion_practicas_seguras_medicamentos_2007_2011.pdf
4. Padilla Marín V, Corral Baena S, Domínguez Guerrero F, et al. Cuestionario ISMP-España y estrategia de mejora en el uso seguro del medicamento dentro del Servicio Andaluz de Salud. Farm Hosp 2012; 36: 374-84.

Gastroenteritis per Listèria monocitògena

Gastroenteritis por Listeria monocytogenes

Gastroenteritis due to Listeria monocytogenes

Berta Freixer i Palau^{a,b}, Glòria García^a

^aServei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. ^bUniversitat de Barcelona.

RESUM

Pacient que ingressa a urgències per quadre de 24 hores d'evolució de deposicions diarrièques líquides sense productes patològics, acompanyat de vòmits post prandials, amb intolerància a líquids i febre. D'acord al nostre protocol es tracta amb ceftriaxona i metronidazol. Quan a l'hemocultiu apareix *Listeria monocytogenes* es canvia el tractament a ampicil·lina. En la discussió es revisen les diferents manifestacions de la infecció per aquest germen.

RESUMEN

Paciente que ingresa en urgencias por cuadro de deposiciones diarriècas líquidas sin productos patológicos, acompañado de vómitos post prandiales, con intolerancia a líquidos y fiebre de 24 horas de evolución. De acuerdo con nuestro protocolo se trata con ceftriaxona y metronidazol. Cuando en el hemocultivo aparece *Listeria monocytogenes* se cambia el tratamiento a ampicilina. En la discusión se revisan las diferentes manifestaciones de la infección por este germen.

ABSTRACT

Patient admitted to the emergency room due to diarrheic fluid deposition without pathological products, accompanied by post prandial vomiting, intolerance to liquids and fever of 24 hours of evolution. Based on our protocol, the patient was treated with ceftriaxone and metronidazole. When blood culture identified *Listeria monocytogenes*, the treatment was switched to ampicillin. The discussion reviews the different clinical manifestations of listeriosis.

Paraules clau: Gastroenteritis; Listèria monocitògena; Listeriosi.

Palabras clave: Gastroenteritis; *Listeria monocytogenes*; Listeriosis.

Keywords: Gastroenteritis; *Listeria monocytogenes*; Listeriosis.

Correspondència: ggarcia@hscor.com

Rebut: 14-maig-2017

Acceptat: 9-novembre-2017

Freixer i Palau B, García G. Gastroenteritis per *Listeria monocytogenes*. *Ann Sagrat Cor* 2018; 25(2): 76-78.

INTRODUCCIÓ

Listeria monocytogenes és un dels patògens alimentaris més rellevants segons les dades epidemiològiques dels últims anys. Malgrat que la incidència de listeriosi és relativament baixa en comparació d'altres malalties associades a microorganismes alimentaris, el fet que es tracti d'una infecció oportunista que afecti amb més freqüència la població de risc (gent gran, nens, dones embarassades i persones amb el sistema immunitari deprimat) fa que la seva forma invasiva s'associï a una taxa de mortalitat alta (entre el 10% i el 50%, segons la font). Per això és important considerar aquest microorganisme com a possible causa de gastroenteritis aguda, especialment en aquells pacients que formin part de la població de risc -com són la majoria de malalts del Servei de Medicina Interna-, i que, com a professionals sanitaris, coneguem les seves formes de presentació i possibilitats de tractament.

CAS CLÍNIC

Dona de 77 anys, dependent per la majoria d'activitats bàsiques de la vida diària (Barthel 40), ingressa per deposicions diarrièques amb vòmits i febre. No hi ha al·lèrgies conegudes, no fuma, no consumeix alcohol ni altres tòxics. Té un problema de mobilitat per malaltia neurodegenerativa, que li suposa utilitzar cadira de rodes pels desplaçaments. Requereix espessant de líquids. Viu al seu domicili amb assistent, té tres fills que ofereixen bon suport familiar.

Entre els antecedents patològics destaca hipertensió arterial, diabetis mellitus tipus II insulino-dependent, ben controlada, sense retinopatia ni nefropatia diabètiques, síndrome de Sjögren amb grau II de disfunció i síndrome d'ull sec, glaucoma, osteoporosi, síndrome ansiós-depressiu, portadora de derivació ventricle-peritoneal per sospita d'hidrocefàlia normotensiva per història de caigudes i inestabilitat de la marxa amb diagnòstic final per gammagrafia SPECT de malaltia de Parkinson el febrer de 2015; actualment amb deteriorament cognitiu moderat.-greu.

Intervinguda quirúrgicament per implantació de pròtesi total de genoll esquerre amb reintervenció per recanvi de pròtesi, col·locació de derivació ventrículo-peritoneal i fauectomia d'ull dret amb implantació de lent intraocular. Segueix tractament habitual amb quetiapina, omeprazol, enalapril, insulina Lantus, repaglinida, levodopa i carbidopa, latanoprost i paracetamol si el precisa.

Ingressa a urgències per quadre de deposicions diarriques líquides sense productes patològics que s'acompanya de vòmits post-prandials amb intolerància a líquids, amb febre de fins a 39,5 °C, de 24 hores d'evolució. No havia tingut dolor abdominal i prèviament estava restreta com és habitual. No s'observa context epidemiològic diarreic, ha pres antibiòtics recentment, tampoc hi ha aparent transgressió dietètica, havia menjat pollastre cuinat a casa, com la cuidadora.

A urgències arriba hemodinàmicament estable i febricular, hiperglucèmia, ben hidratada, pàl·lida, eupneica, amb alguns roncs a l'auscultació, sense dolor a la palpació abdominal. Analíticament destaca neutrofilia sense leucocitosi, AST 65 U/L, potassi 3,3 mEq/L i PCR 290,4 mg/L, equilibri àcid-base amb alcalosi mixta i bacteriúria sense piúria. A la radiografia d'abdomen destaca discreta distensió de colon dret amb edema de paret sense signes d'oclusió. S'inicien sèrums, ceftriaxona i metronidazol i es cursen dos hemocultius i un coprocultiu. S'ingressa al Servei de Medicina Interna per prosseguir evolució.

En l'exploració física a planta es manté estable i destaca absència de signes d'irritació abdominal o dolor, bona hidratació i perfusió perifèrica, estat de reactivitat i mobilitat habitual segons els fills, afebril amb paracetamol. Analíticament destaca una PCR molt elevada i neutrofilia com a signes de síndrome de resposta inflamatòria sistèmica secundària, i a la placa abdominal s'observa una distensió asimètrica del colon dret amb edema. S'orienta com a síndrome diarreic agut inflamatori de causa infecciosa. Es manté ceftriaxona i metronidazol així com hidratació parenteral i dieta astringent, la qual tolera des del primer dia d'ingrés. Es practica un TAC abdominal que descarta complicacions localitzades i que confirma la colitis dreta.

Es rep informació des de Microbiologia de creixement de bacil grampositiu en un dels dos hemocultius, de manera que s'afegeix ampicil·lina al tractament a dosis de 2 grams cada 4 hores. Posteriorment s'identifica com a *Listeria monocytogenes*, pel que s'orienta com a gastroenterocolitis aguda per *Listeria*. Els resultats del coprocultiu i de l'estudi de *C. difficile* són negatius i es desescala a ampicil·lina, que es manté parenteral durant 7 dies atès que es tracta d'una pacient d'alt risc. Pel que fa a la diabetis, les glucèmies s'han anat controlant amb pauta d'insulinització hospitalària amb requeriments similars als domiciliaris.

Des de les 48 hores de l'ingrés es manté estable, afebril i amb millora clínica i analítica, i a la setmana tolera la dieta complerta, amb deposicions normals, sense dolor abdominal i deambulant per planta de forma assistida. Es decideix passar a tractament oral amb cotrimoxazole i donar l'alta per completar 14 dies totals d'antibiòtic.

DISCUSSIÓ

Listeria és un bacil grampositiu anaerobi facultatiu de creixement intracel·lular facultatiu mòbil. És per tant un patògen intracel·lular oportunista.[1] De les formes de presentació de la listeriosi (Taula 1), la gastroenteritis febril és la manifestació pròpia de l'immunocompetent; ocorre durant els brots i requereix d'un gran inòcul bacterià; la taxa d'atac pot variar entre 50 i 100%; el període d'incubació oscil·la entre 6 i 240 hores, amb una mitjana de 24; els símptomes duren de dos a tres dies i la recuperació és completa. En un immunocompetent sovint no cal arribar a tractar el quadre, el qual moltes vegades és asimptomàtic.

Tabla 1. Formes de presentació de la listeriosi

Gastroenteritis aguda febril.
Infeccions durant l'embaràs.
Sèpsia sense focus evident.
Infecció del sistema nerviós central
Altres infeccions més rares anomenades infeccions focals.

En embarassades les infeccions són clínicament lleus o asimptomàtiques, però poden cursar amb bacterièmia i presentar-se amb febre, calfreds, dolor lumbar o configurar un quadre tipus gripal, que és una de les manifestacions més freqüents. El compromís del sistema nerviós central (SNC) és poc freqüent, però la infecció fetal i neonatal és greu i la seva mortalitat pot arribar al 20 o 30%. Els resultats perinatals són avortaments, parts prematurs o nounats infectats que desenvolupen listeriosi neonatal precoç o tardana. La tardana es caracteritza per compromís del SNC, a diferència de la precoç que es manifesta com una sèpsia greu.[2]

La bacterièmia sense focus evident és la manifestació més freqüent en immunocompromesos. Els símptomes són similars als de qualsevol altra causa de bacterièmia: febre, miàlgies, pròdroms amb diarrea i nàusees. El període d'incubació varia entre 6 hores i 90 dies, amb una mitjana de 15 dies.

La infecció del SNC és la tercera causa més freqüent de meningitis bacteriana.[3] Es manifesta amb més freqüència com meningoencefalitis,

però es pot veure cerebritis, abscessos cerebrals i romboencefalitis, que és poc freqüent però molt característic d'aquest microorganisme.

La meningoencefalitis ocorre especialment en nounats infectats de més de tres dies, el que es coneix com a listeriosi neonatal tardana, així com en pacients ancians i en immunocompromesos a causa de malalties malignes hematològiques o trasplantament renal; la presentació clínica és variable, podent ser de curs agut o subagut, i alguns pacients no presenten signes meningis, de manera que el diagnòstic requereix un alt grau de sospita; pot haver-hi signes focals com ara compromís de parells cranials, atàxia, tremolor, hemiplegia, convulsions i sordesa a causa del compromís encefàlic.

La romboencefalitis o encefalitis del tronc cerebral presenta un curs bifàsic amb cefalea, febre, nàusees i vòmits seguits per paràlisi de nervis cranials, atàxia, tremolor, signes cerebel·losos, compromís de consciència i convulsions. Els cultius de líquid cefaloraquídi són positius en el 40% dels casos i els hemocultius entre el 60 i 70% d'ells.

Les infeccions focals són molt poc freqüents, entre les quals destaquen infeccions de pell i ull, que són rares i es deuen a exposició ocupacional; limfadenitis, pneumònies, empiemes, miocarditis, endocarditis, artritis sèptica, osteomielitis, infeccions de pròtesis, abscessos espinals i cerebrals, colecistitis, hepatitis i peritonitis en pacients en diàlisi peritoneal.

Pel que fa al tractament, dos factors el dificulten en la listeriosi: primer, els pacients afectats generalment són immunocompromesos, per tant presenten quadres larvats o atípics; segon, el cicle de vida intracel·lular i la formació de granulomes en els teixits dificulta una ràpida resposta al tractament antibiòtic, ja que es requereix altes concentracions intracel·lulars. Aquestes dues raons dificulten el diagnòstic precoç i el tractament oportú.

D'altra banda no hi ha estudis controlats que hagin establert el fàrmac d'elecció ni la durada del tractament; les recomanacions actuals es basen en estudis de sensibilitat in vitro, models animals i experiència clínica en petits grups de pacients comparats amb controls històrics. Si bé la *Listeria monocytogenes* és sensible a molts antibiòtics i la resistència és rara, cal no oblidar que aquest bacteri és intrínsecament resistent a les cefalosporines de tercera generació, que són els medicaments de primera línia enfront de les meningitis, a causa de la presència d'una proteïna lligadora de penicil·lina (PBP) específica coneguda com PBP-3, que no interactua amb les cefalosporines.

La teràpia més recomanada combina dos antibiòtics d'efecte sinèrgic: ampil·lina 2 g cada 4 hores o penicil·lina 4 milions UI cada 4 hores,

endovenoses, més gentamicina 3 mg/kg/dia dividit en 3 dosis endovenoses. Aquest esquema es recomana en pacients amb infecció del SNC, endocarditis, bacterièmia i immunocompromesos. En cas d'infeccions no greus, pot donar-se la mateixa pauta d'ampil·lina en monoteràpia. En cas de pacients al·lèrgics a penicil·lina es recomana cotrimoxazole en dosis de 5 mg/kg de trimetoprim cada 6 hores, que també es pot combinar amb ampil·lina si el pacient no és al·lèrgic; alguns autors suggereixen que aquesta combinació seria millor que ampil·lina més gentamicina. El cotrimoxazole no es pot usar en el primer trimestre de l'embaràs perquè s'associa a problemes en el desenvolupament del tub neural, ni en el tercer trimestre per risc de *kernicterus*; en embarassades es podria utilitzar vancomicina o meropenem en dosi de 2 g cada 8 hores per via endovenosa.

Pel que fa a la durada de la teràpia, en pacients immunocompetents es recomana dues setmanes en les bacterièmies i entre dues setmanes i quatre setmanes en cas d'infecció del SNC. En pacients immunocompromesos el tractament es perllonga entre tres i sis setmanes en quadres de bacterièmia i entre quatre i vuit setmanes en infeccions del SNC. Quan s'agrega gentamicina es recomana administrar-la només entre 10 i 14 dies, temps en el qual el pacient hauria d'aconseguir una millora evident, però es pot prolongar entre 10 i 14 dies, temps en el qual el pacient hauria d'aconseguir una millora evident, però es pot prolongar fins a 21 dies si el pacient no presenta signes de nefrotoxicitat o ototoxicitat.[4]

En el nostre cas es va tractar amb ampil·lina amb bona evolució.

BIBLIOGRAFIA

1. Hamon M, Bierne H, Cossart P. *Listeria monocytogenes*: a multifaceted model. *Nat Rev Microbiol.* 2006; 4: 423-34.
2. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. *Rev Obstet Gynecol.* 2008; 1: 179-85
3. Brouwer MC, van de Beek D, Heckenberg SG, et al. Community-acquired *Listeria monocytogenes* meningitis in adults. *Clin Infect Dis.* 2006; 43: 1233-8.
4. Gelfand M. Treatment, prognosis, and prevention of *Listeria monocytogenes* infection. Topic 1303. In: UpToDate [database on the Internet]. Waltham, MA: Uptodate, 2016. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-prognosis-and-prevention-of-listeria-monocytogenes>

Broncoscopia en el paciente con ventilación mecánica no invasiva

Broncoscòpia en el pacient amb ventilació mecànica no invasiva

Bronchoscopy in patients with noninvasive mechanical ventilation.

Marina Galdeano Lozano, Julio C. Alfaro Álvarez

Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es la técnica de elección en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes con enfermedad pulmonar obstructora crónica y tendencia a la hipercapnia, ya que mejora las alteraciones del intercambio gaseoso y reduce los signos de trabajo respiratorio, la disnea y la actividad de la musculatura respiratoria accesoria. La broncoscopia es una técnica clave en el estudio de las enfermedades respiratorias que es necesaria practicar en pacientes agudos o críticos. En la presente nota técnica examinamos las indicaciones clínicas y describimos el procedimiento.

RESUM

La ventilació mecànica no invasiva (VMNI) és la tècnica d'elecció en el tractament de la insuficiència respiratòria aguda en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i tendència a la hipercàpnia, ja que millora les alteracions de l'intercanvi gasós i redueix els signes de treball respiratori, la dispnea i l'activitat de la musculatura respiratòria accessòria. La broncoscòpia és una tècnica clau en l'estudi de les malalties respiratòries que cal practicar-la en pacients aguts o crítics. La present nota tècnica examina les indicacions clíniques i descriu el procediment.

ABSTRACT

Non-invasive mechanical ventilation(NIMV) is currently one of the most commonly used support methods in hypoxaemic and hypercapnic acute respiratory failure, by improving gas exchange abnormalities and reducing the signs of respiratory effort, dyspnea and the activity of accessory respiratory muscles. Bronchoscopy is a key technique in the study of respiratory diseases that is necessary to perform in acute and critical patients. In this technical note we examine clinical indications and describe the procedure.

Palabras clave: Broncoscopia/métodos; diseño de Equipo; ventilación no invasiva/instrumentación.

Paraules clau: Broncoscòpia/mètodes; disseny d'Equipament; ventilació no invasiva /instrumentació.

Keywords: Bronchoscopy/methods; equipment Design; noninvasive ventilation/instrumentation.

Recibido: 27-mayo-2018

Aceptado: 12-julio-2018

Correspondencia: mgaldeano@quironsalud.es

Galdeano Lozano M, Alfaro Álvarez JC. Broncoscopia en el paciente con ventilación mecánica no invasiva. Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 79-83.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones nos encontramos con pacientes cuya situación respiratoria supone un riesgo muy elevado para la realización de procedimientos invasivos, ya sea porque se trata de pacientes con una enfermedad respiratoria crónica en situación avanzada (aunque estable) o bien, por tratarse de pacientes que se encuentran en una situación aguda. [1]

En estos casos, muchas veces es necesario realizar un procedimiento invasivo como la fibrobroncoscopia (FBS), pero ¿cómo podemos evitar el empeoramiento de éstos pacientes durante el procedimiento? ¿Hace falta llegar a la intubación oro-traqueal (IOT) para hacerlo? ¿Podemos evitar la IOT y no correr riesgos de empeoramiento clínico y gasométrico? Para ello se han valorado varios sistemas de apoyo como la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la presión continua en la vía aérea (CPAP) o la presión de alto flujo de oxígeno (Opti-flow).

A continuación intentaremos resolver las dudas para poder realizar una FBS con el apoyo de la VMNI.

Indicaciones clínicas, ¿a quién realizamos la técnica?

- Pacientes en situación aguda/ hospitalaria
 - Pacientes con soporte previo con VMNI por la situación aguda.
 - Pacientes sin necesidad de soporte previo con VMNI, pero en riesgo de empeoramiento.
- Pacientes en situación estable / domiciliaria.
 - Pacientes con VMNI domiciliaria y/o enfermo respiratorio crónico grave, que puede requerir una FBS no urgente o programada.

La necesidad de FBS con fines terapéuticos se podría dar en situaciones como en la de pacientes que requieran la aspiración de secreciones para mejorar la adaptación a la VMNI; en pacientes que precisen de una acción terapéutica preferente, por ejemplo durante las atelectasias secundarias a tapones mucosos o cuerpos extraños, o en quienes por su empeoramiento clínico requieren de ventilación mecánica invasiva (VMI), previa IOT guiada por FBS. También hay situaciones de necesidad de una FBS con fines diagnósticos, como en aquellos pacientes que requieren de lavados bronquiolo-alveolares (BAL), la confirmación de posibles hemorragias alveolares, y la obtención de muestras (secreciones y/o tejido) para diagnósticos microbiológicos y anatómo-patológicos.

Existen recomendaciones de sociedades científicas, como la de la American Thoracic Society, que contraindican la realización de ciertos procedimientos como la FBS con BAL en ventilación espontánea cuando no se logra una PaO₂ de 75 mmHg o una saturación de oxígeno del 90% con o sin aporte de oxígeno, y por lo tanto sugieren la IOT y la VMI para la realización de dicho procedimiento, aun sabiendo que la IOT comporta una serie de riesgos sobreañadidos.

La VMNI es una alternativa eficaz y válida para evitar complicaciones relacionadas con la IOT y la VMI, sobretodo en paciente EPOC con tendencia a la hipercapnia. Al persistir la ventilación espontánea durante el procedimiento, garantiza el equilibrio de la relación V/Q y la estabilidad hemodinámica, permitiendo que pueda realizarse la FBS. [2]

La realización de la FBS presenta complicaciones potenciales por si misma. Estas pueden estar relacionadas con la propia realización de la FBS, o los factores individuales del paciente (enfermo respiratorio grave con necesidades en domicilio de oxigenoterapia y/o VMNI).

Durante la FBS ocurren trastornos en el intercambio gaseoso, se pueden generar presiones intratraqueales entre 10 y 20 cm de H₂O, con disminución de la presión arterial de oxígeno (PaO₂) hasta un 40% por debajo de los valores basales, por la reducción del volumen corriente y de la presión positiva al final de la espiración

(PEEP). Los efectos fisiológicos obedecen al hecho de que el broncoscopio ocupa una parte del área de la tráquea o, en el caso de un paciente con IOT / VMI, del tubo endotraqueal (40% en uno 9 Fr; y 66% en uno 7 Fr). La reducción del área axial de la tráquea produce hipoventilación alveolar, hipoxemia y atrapamiento de aire, con incremento de la presión positiva intrínseca al final de la espiración (auto PEEP), pudiendo agravar la situación en pacientes con fallo ventilatorio e hipercapnia. [1]

Estos efectos deletéreos pueden mejorarse y/o evitarse, mediante el apoyo del VMNI durante el procedimiento.

¿Porqué el apoyo con VMNI durante la FBS?

La VMNI aplicada en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda actúa mejorando:

- las alteraciones del intercambio gaseoso.
- disminuye el trabajo respiratorio.
- mejora la disnea.
- actividad muscular. [3]

La VMNI mejora el trabajo respiratorio, mantiene la permeabilidad de la vía aérea y facilita el drenaje de secreciones. Tan solo el hecho de aumentar las presiones en la vía aérea con la CPAP y actuar así como un "stent neumático", incrementa la presión transmural y el diámetro transversal de las vías aéreas centrales, con lo cual mejora el volumen minuto y disminuye la posibilidad de atelectasias; con todo esto se mejora en consecuencia el flujo espiratorio pico, la capacidad funcional residual y la eficacia de la tos [2]. En un estudio previo se ha comprobado la reducción del fallo respiratorio agudo tras la FBS, aplicando este soporte [4]. Otros estudios han demostrado también la ventaja de la VMNI sobre la oxigenoterapia convencional durante la FBS [5] incluso en pacientes EPOC agudizados con neumonía y encefalopatía hipercápnica asociada.[6]

Consideraciones a tener en cuenta:

(a) Incremento de la presión intracraneal:

La FBS incrementa la presión intracraneal (13.5 mmHg en promedio) en sujetos con trauma encefálico severo. La hiperventilación conseguida con el uso de VMNI puede reducir al mínimo este incremento [1].

(b) Durante el lavado bronquiolo-alveolar (BAL) y la alteración en el intercambio gaseoso:

En el BAL con solución salina al 0.9% existe una acción diluyente sobre el surfactante pulmonar, la ventilación alveolar se modifica y, en consecuencia,

existe una alteración del intercambio gaseoso con disminución de la PaO₂, por un incremento en el cortocircuito intrapulmonar. La pCO₂ aumenta discretamente al final de la FBS, solo por este hecho. Un apoyo con VMNI durante el procedimiento puede mejorar esta situación. [1]

(c) Alteraciones hemodinámicas:

Durante la FBS se han reportado un aumento generalizado en la presión media de la arteria pulmonar y la presión capilar pulmonar. La función ventricular derecha presenta cambios con aumento del volumen-latido. Estudios previos en pacientes con cardiopatía previa sugieren que se deben tener precauciones extremas sobretodo en pacientes con enfermedad coronaria, ya que se observaron taquicardias, trastornos en la repolarización y cambios isquémicos. [7,8]

El estímulo mecánico del paso del broncoscopio por las vías aéreas provoca descargas simpáticas que son responsables de trastornos del ritmo supraventricular y ventriculares [1].

Podemos contrarrestar algunos de estos efectos mediante la VMNI, ya que sabemos que el aumento de la presión intratorácica modifica el retorno venoso, así como la post-carga.

Por lo tanto, la aplicación de la VMNI durante la realización de una FBS mejora las alteraciones del intercambio gaseoso, reduce el trabajo respiratorio, la disnea y las alteraciones hemodinámicas subyacentes, además de minimizar los efectos de los fármacos administrados durante el procedimiento. De ésta forma, optimizamos la estabilización del paciente, evitando la necesidad de IOT con VMI y el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

¿Dónde?

Se recomienda un entorno que cuente con la monitorización y la capacidad adecuada para abordar posibles complicaciones durante el procedimiento (necesidades finalmente de IOT, inestabilidad hemodinámica, etc): Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios, Unidades de Intensivos y Salas de Broncoscopia [2]. (Figura 1).

¿Cómo?

En un paciente que ya se encuentre en apoyo con VMNI, mantendremos los parámetros iniciados y se ajustarán los mismos según las necesidades.

En un paciente sin necesidad de apoyo previo con VMNI, lo adaptaremos al respirador entre 15 y 20 minutos antes del procedimiento según los parámetros que comentamos a continuación.



Figura 1. Sala de Broncoscopia con paciente en VMNI.

Durante el proceso:

- Se realizará en modo S/T (spontaneous/ timed), pudiendo dejar una frecuencia respiratoria mínima de rescate prefijada (10 rpm, por ejemplo).
- Un respirador con monitorización es imprescindible, harán falta las curvas flujo, presión y volumen, para conseguir la mayor sincronía durante el procedimiento.
- De forma orientativa, en aquéllos pacientes en que hace falta una titulación inicial, sugerimos empezar con una EPAP de 5 cm H₂O y una IPAP de 12-13 cm H₂O, pudiendo incrementar estas hasta 14-15 cm H₂O y conseguir una buena adaptación. [2]
- Los triggers inspiratorios y espiratorios (a no ser que el respirador tenga la opción de auto-track - Resmed), dependerán de la patología de base del paciente. Por ejemplo, en pacientes taquipneicos los triggers inspiratorios deberán ser sensibles, al igual que en pacientes con restricción de la caja torácica.
- Durante el procedimiento intentaremos mantener una presión soporte alrededor de 10 cm H₂O, con el objetivo de conseguir un volumen corriente espiratorio (V_t) de 8 a 10 ml/kg, y una frecuencia respiratoria inferior a 25 rpm. En caso de taquipnea mantenida, pensaremos en aumentar la IPAP.
- El nivel de FiO₂ que mantendremos será el necesario para conseguir saturaciones de O₂ superiores al 90% (sin necesidad del 100%), una vez el paciente está correctamente adaptado al respirador.
- A partir de este punto, y gracias a la visualización de las curvas del respirador, modificaremos parámetros según las necesidades, corrigiendo de ésta forma las posibles asincronías que aparezcan durante el procedimiento.

Por ejemplo: En un paciente con EPOC o con tendencia obstructiva, hay que considerar la posibilidad de que la auto-PEEP empeorará solo por el hecho de introducir un broncoscopio, por ello la EPAP de éstos acabarán siendo superiores a otros casos.

También aumentaremos EPAP en caso de hipoxemia (favoreciendo el intercambio gaseoso). Reduciremos EPAP en el momento de la recuperación del BAL, o durante la toma de biopsias.

En caso de realizar una FBS con el apoyo de una CPAP (también una opción valorable), buscaremos también mantener los mismos objetivos antes mencionados, pudiendo iniciar el procedimiento con presiones alrededor de 5 cm H₂O y FiO₂ necesarias para mantener saturaciones de oxígeno superiores al 90%. En el caso del alto flujo de oxígeno (Opti-flow), manejaremos, igual flujo y FiO₂ mínima imprescindible para alcanzar dichas saturaciones de oxígeno.

Al finalizar:

Mantendremos la VMNI entre 15 y 20 minutos posteriores al procedimiento en aquellos pacientes a quienes se le puede retirar (los que no la llevaban previamente) vigilando siempre las constantes clínicas que nos permitan este objetivo. En caso de tos o empeoramiento de broncoespasmo ya existente, podemos realizar tratamiento nebulizado durante el soporte con VMNI (figura 4).

¿Con qué mascarillas?

Se han descrito diferentes mascarillas con orificios que permitan la realización de la FBS. Los orificios, preferiblemente tipo diafragma, permiten la entrada del FBS pero no la salida de aire de la VMNI.

Las de uso más extendido son las mascarillas faciales y nasobucales (Figuras 2 y 3), ya que permiten la entrada tanto por nariz como por boca del FBS. Las mascarillas únicamente nasales también son aptas, pero con la desventaja que el paciente debe mantener la boca cerrada durante todo el procedimiento por riesgo alto de fuga y por lo tanto de desacople con el respirador. También aquellas tipo Helmet (casco que cubren la totalidad de la cabeza hasta los hombros), pero la mayoría de las veces, tanto la adaptación a la VMNI como el procedimiento en sí, resultan más costosos.

En nuestra experiencia, las mascarillas nasobucales con un orificio tipo diafragma en el codo de unión a la tubuladura del respirador, son con las que ofrecen mejor resultado. Existe la posibilidad, dependiendo del fabricante, de poder cambiar la unión en T (el codo), en una misma mascarilla, de ésta forma podemos realizar la VMNI convencional, hacer la FBS, y hasta poder nebu-



Figura 2. mascarilla nasobucal con codo que permita la introducción del endoscopio.



Figura 3. Mascarilla facial con codo que permite la introducción del endoscopio.



Figura 4. Cambio de codo, post-broncoscopia, sin necesidad de retirada de la VMNI, para tratamiento nebulizado.

lizar fármacos (Figura 4) sin necesidad de hacer cambios de ella.

¿Sedación?

La sedación que puede realizarse durante FBS con apoyo de VMNI es la misma que en caso de no necesitarla. Es decir, no por su aplicación se requiere mayor o menor sedación.

CONCLUSIÓN

La realización de la FBS con el apoyo de la VMNI es una opción interesante a tener en cuenta en pacientes a quienes se requiera realizar este procedimiento, sabiendo que su condición clínica / respiratoria pueda empeorar por la misma.

La VMNI ha demostrado en los últimos años que es una opción para el manejo de la insuficiencia respiratoria evitando muchas complicaciones propias de la intubación oro-traqueal + VMI.

Como cuando se evalúan los resultados de la VMNI en el manejo de la insuficiencia respiratoria, el éxito de la misma durante la FBS dependerá de la experiencia del Médico en el manejo de las asincronías que puedan aparecer durante el procedimiento y así realizar los cambios necesarios en los parámetros ventilatorios, ya que no existe una "receta única" que pueda asegurar el éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Machado Villaroel L, Morales Blanhir JE, Rosas Romero MJ, et al. Broncoscopia en el paciente en esta-

do crítico. Principios Básicos. Rev Inst Nac Enf Respir Mexico. 2009; 22: 238-47.

2. Esquinas A, Zuil M, Scala R, Chiner E. Bronchoscopy during non-invasive mechanical ventilation: a review of techniques and procedures. Arch Bronconeumol. 2013; 49: 105-12.

3. Nava S, Navalesi P, Conti G. Time of non-invasive ventilation. Intensive Care Med. 2006; 32: 361-70.

4. Maitre B, Jaber S, Maggiore SM, et al. Continuous positive airway pressure during fiberoptic bronchoscopy in hypoxemic patients. A randomized double-blind study using a new device. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162(3 Pt 1):1063-7.

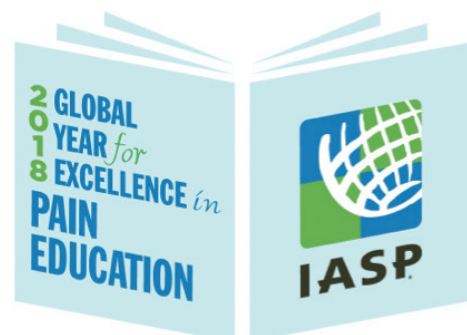
5. Antonelli M, Conti G, Rocco M, et al. Noninvasive positive-pressure ventilation vs. conventional oxygen supplementation in hypoxemic patients undergoing diagnostic bronchoscopy. Chest. 2002; 121: 1149-54.

6. Scala R, Naldi M, Maccari U. Early fiberoptic bronchoscopy during non-invasive ventilation in patients with decompensated chronic obstructive pulmonary disease due to community-acquired-pneumonia. Crit Care. 2010;14[2]: R80. doi: 10.1186/cc8993.

7. Dombret MC, Juliard JM, Farinotti R. [The risks of bronchoscopy in coronary patients]. Rev Mal Respir. 1990; 7: 313-7.

8. Matot I, Kramer MR, Glantz L, et al. Myocardial ischemia in sedated patients undergoing fiberoptic bronchoscopy. Chest. 1997; 112: 1454-8.

21 de Octubre, Día Contra el Dolor



¿Qué es el "Día del Dolor"?

El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial.

Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP)

El próximo 21 de Octubre con motivo del Día contra el Dolor, la Clínica del Dolor organizará una serie de actividades dirigidas a profesionales y pacientes, bajo el lema "Calidad en la Formación sobre Dolor" tema que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP en inglés) ha escogido para este 2018 como "Año Global Contra el Dolor", en el sentido de reducir la brecha entre el conocimiento y la práctica en el tratamiento del dolor.

"Calidad en Formación sobre Dolor: salvando las distancias entre la teoría y la práctica"

Tiroides lingual, una anomalia congénita

Tiroide lingual, una anomalia congénita

Lingual Thyroid, a congenital anomaly

José Tomás Salaya^a, Elisenda Grivé^a, Elena Serrano^a, Salvador Mañé^b, Iacopo Ciampa^a

^aServicio de Radiodiagnóstico. ^bServicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: Glándula tiroidea/diagnóstico por imagen; tejido tiroideo ectópico; tiroides Lingual/diagnóstico.

Paraules clau: Glàndula Tiroide/diagnòstic per imatge; teixit tiroide ectòpic; tiroide lingual/diagnòstic.

Keywords: Ectopic thyroid tissue; Lingual Thyroid/diagnosis; Thyroid Gland/diagnostic imaging.

Correspondencia: elisenda.grive@quironsalud.es

Recibido: 31-agosto-2018

Aceptado: 6-septiembre-2018

Salaya JT, Grivé E, Serrano E, Mañé S, Ciampa I. *Tiroides lingual, una anomalia congénita. Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 84-86.*

cervical pretraqueal. Se puede encontrar tejido tiroideo ectópico a lo largo de todo el recorrido pero el 90% se localiza en la base de la lengua [1]. El tejido tiroideo es histológicamente y funcionalmente normal [1].

La prevalencia varía entre 1:3000 y 1:100.000, es más frecuente en mujeres (1:4 a 1:7), respectivamente [2].

En los casos asintomáticos el diagnóstico es incidental como resultado de estudios de imagen de la región orofaríngea o de la búsqueda de una tiroides normal ausente. Los pacientes sintomáticos pueden presentar disfagia por efecto de masa, sangrado por ulceración mucosa, o eventualmente obstrucción de la vía aérea (más común en niños). El examen físico puede revelar una masa nodular rojiza de tamaño variable, desde milímetros hasta 3-4 centímetros [3,4].

La ecografía es útil para demostrar la ausencia de tejido tiroideo en la localización normal (70% de los casos) [2]. El TC muestra una masa de partes blandas hiperdensa, con la misma densidad del tejido tiroideo normal debido al contenido de yodo glandular. Tras la administración de contraste presenta una captación intensa y homogénea. La RM muestra una masa homogénea de bordes bien delimitados; iso o hiperintensa al músculo en T1, hipo-iso o hiperintensa en T2, y una importante captación homogénea tras la administración de contraste-gadolinio. El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante SPECT CT con los radiofármacos 99mTc-pertecnetato o, más específico, yodo radioactivo (123I-INa) [1,5,6], que también es útil para identificar si hay más tejido tiroideo en otras localizaciones del cuello.

Generalmente sólo requiere tratamiento si presenta clínica obstructiva o patología neoplásica del tejido tiroideo. En caso de requerir cirugía es esencial establecer la presencia de tejido tiroideo en otra localización [1,4].

Entre los diagnósticos diferenciales ante una masa en base de lengua o región submentoniana posterior destacan la amígdala lingual, el quiste del conducto tirogloso, el quiste dermoide o inclu-

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 37 años que consulta por odinofagia y sensación de cuerpo extraño faríngeo de una semana de evolución tras síntomas catarrales y sin mejoría tras tratamiento antibiótico. La exploración orofaríngea muestra un nódulo eritematoso en base de lengua y se solicita la realización de Tomografía Computarizada (TC) para descartar amigdalitis lingual vs. quiste vs. absceso. El TC (Figura 1) muestra una lesión expansiva en base de lengua, con captación homogénea, y ausencia de tejido tiroideo en la localización habitual. El hallazgo es altamente sugestivo de tejido tiroideo ectópico. Se realiza una gammagrafía con 99mTc-Pertecnetato (Figura 2) que confirma la existencia de tejido tiroideo ectópico sublingual funcionante. Los síntomas remitieron espontáneamente y no se realizó tratamiento específico.

DIAGNÓSTICO: TEJIDO TIROIDEO ECTÓPICO: TIROIDES LINGUAL

El tiroides lingual es un tipo específico de tiroides ectópico y resulta de la falta de migración caudal normal de la glándula tiroides durante el desarrollo embriológico, desde el foramen cecum en la base de la lengua hasta la porción infrahioidea

so lesiones neoplásicas, hemangiomas, abscesos o un quiste branquial atípico [1,5], aunque la imagen por TC/ RM del tiroides lingual es muy característica.

CONCLUSIÓN

El tiroides lingual es tejido tiroideo ectópico normofuncionante resultante de un fallo en la migración normal durante el desarrollo embriológico. La clínica es variable, desde asintomática hasta síntomas obstructivos. La orientación diagnóstica se realiza mediante TC o RM, sin embargo la confirmación es mediante gammagrafía con tecnecio o con yodo radioactivo. El tratamiento se reserva sólo para casos necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zander DA, Smoker WRK. Imaging of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts. *Radiographics* 2014; 34: 37-50.
2. Rocha-Ruiz A, Beltrán C, Harris PR, et al. Dysphagia caused by a lingual thyroid. Report of one case. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 83-7.
3. Larheim TA, Westesson P. *Maxillofacial Imaging*. Berlin: Springer Verlag; 2008.
4. Barnes L, ed. *Surgical pathology of the head and neck*. 2nd ed. New York: Marcel Dekker; 2001.
5. Lufkin RB, Borges A, Villablanca P. *Teaching atlas of head and neck imaging*. New York: Thieme Medical Publishers; 2000.

6. Takashima S, Ueda M, Shibata A, et al. MR imaging of the lingual thyroid. Comparison to other submucosal lesions. *Acta Radiol.* 2001; 42: 376-82.

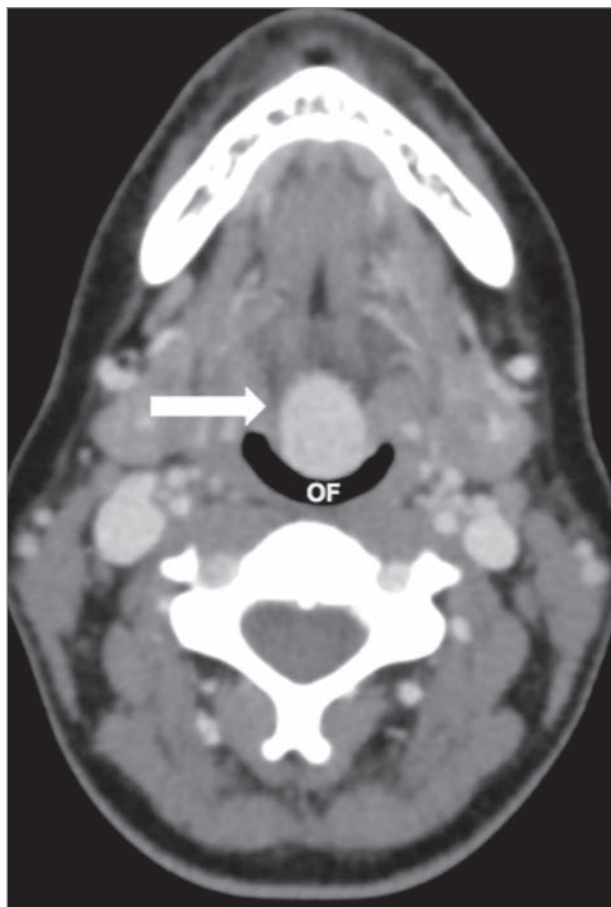


Figura 1.A.

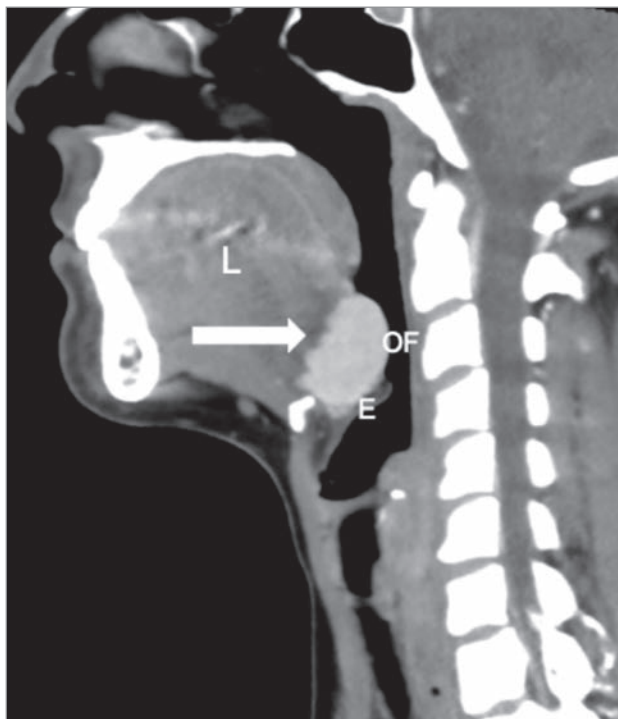


Figura 1.B.



Figura 1.C.

Figura 1. TC de cuello con contraste en cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C) que muestra nódulo (flechas) homogéneo e hipercaptante en base de lengua (L), bien delimitado, que abomba hacia la luz aérea orofaríngea(OF) y desplaza posteriormente la epiglotis (E).

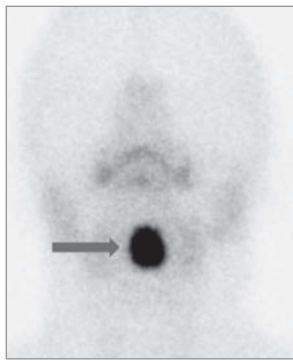


Figura 2.A.

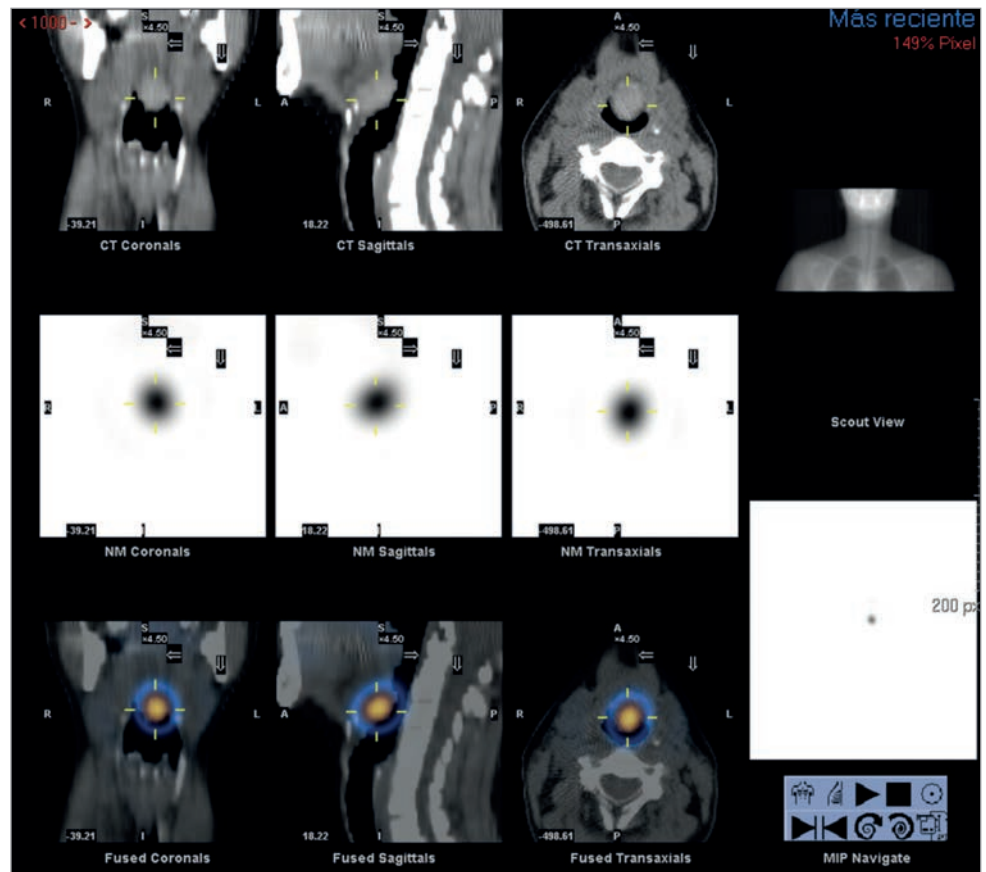


Figura 2.B.

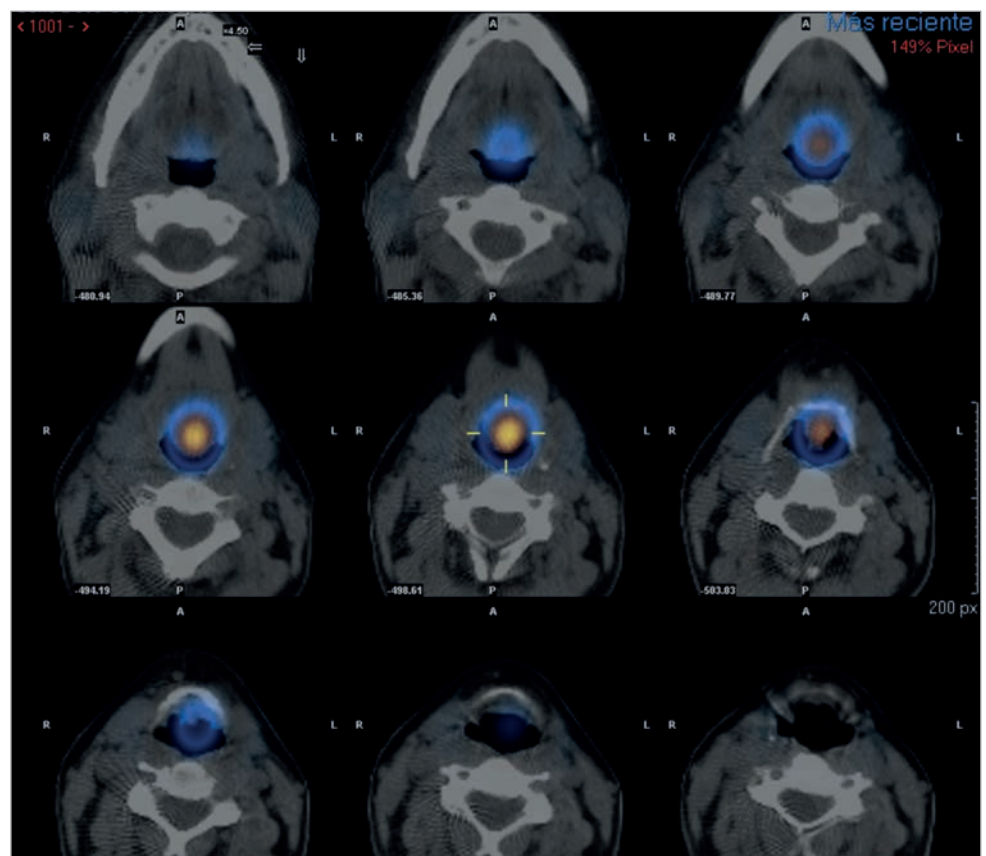


Figura 2.C.

Figura 2. Gammagrafía con ^{99m}Tc -Pertechnetato que evidencia la presencia de tiroides lingual (flecha) (A). Mediante las imágenes de fusión con la SPECT/TC presenta acumulación del radiotrazador de actividad tiroidea normofuncionante (B, C).

La psicoterapia desde la neurología: su génesis, evolución y futuro

La psicoteràpia des de la neurologia: la seva gènesi, evolució i futur

Psychotherapy from neurology: its genesis, evolution and future

Dr. Miquel Balcells Riba

Jefe emérito del servicio de neurología del Hospital del Sagrado Corazón. Barcelona
Director del Museo – Archivo de la Sociedad Española de Neurología.

La psicoterapia ha sido uno de los tratamientos más frecuentes empleados por la psiquiatría. Su práctica médica se remonta a mediados del siglo XIX, no obstante se conocen tratamientos asimilables que se remontan a siglos antes de nuestra era.

En las culturas Asirio babilónicas, el estudio de las estrellas, el mundo estelar, la astrología, se aplicaban al conocimiento de futuros eventos familiares, políticos y de salud. El mismo cometido tenían la interpretación de los sueños -orinomanía-, y del fuego -piromancia-, prácticas todas ellas destinadas a distintos vaticinios, que en ocasiones aliviaban la incertidumbre y la ansiedad [1].

En la Grecia clásica, el oráculo fue una práctica usual. La consulta del oráculo pretendía obtener una respuesta a problemas de índole político o personal; con la misma se pretendía aliviar la tensión o la incertidumbre que sufría el consultor [2]. Hipócrates (460–377 a.C.) y su escuela, al rechazar la acción sobrenatural sobre la enfermedad, trataban las enfermedades de la "Psique" de manera análoga a las enfermedades del cuerpo. Hipócrates visitó y trató enfermas con una serie de manifestaciones clínicas, tales como trastornos del comportamiento, crisis de agitación y molestias amplias del organismo, las interpretó como debidas al desplazamiento del útero, acuñando el epónimo de histeria [2].

Las enfermedades de la "psique" se trataban con medios físicos: dietas, ejercicio físico y drogas como la mandrágora o jugo de opio.

A lo largo de la historia, el enfermo mental ha sufrido un aislamiento social, un abandono, y no pocas veces se ha visto sometido a burla y vejaciones. Una de las primeras noticias sobre el tratamiento -no médico, sí social- se remonta a 1409, en Valencia. El padre mercedario Joan Gilabert Jofré (1350–1417) fundó el primer centro psiquiátrico del mundo "El Hospital de Ignoscents, Folls e Orats". Pretendía proteger a los enfermos mentales del abandono y agresiones que sufrían por parte de la sociedad, debida a su conducta estafalaria y no pocas veces agresiva.[3]

Philip Pinel (1745–1826) inició un nuevo enfoque de las enfermedades mentales, ordenando liberar de sus cadenas a los enfermos del hospital de Bicêtre y de la Salpêtrière. Se inicia un trato más humano a los enfermos mentales y puede hablarse de un aspecto psicoterápico[4].

A principios del siglo XIX, se inició una terapéutica psicológica formal. Tenemos el ejemplo de Christian Reil (1759–1813), anatomista de gran prestigio que describió en la corteza cerebral la denominada ínsula de Reil. Este médico organicista, que fue decano de la facultad de medicina de la Universidad von Humboldt, se interesó por el cuidado de los enfermos mentales y escribió una monografía con el título "*Reflexiones sobre la aplicación de los medios psicológicos para el tratamiento de las enfermedades mentales*".

A mediados del siglo XIX, se describían enfermos que presentaban trastornos de conducta, junto con variedad de signos y síntomas, como temblores, parálisis, cuadros agudos de llanto, gritos, convulsiones, cefaleas, dolores en distintas partes del cuerpo, molestias abdominales, taquicardia... Todas estas manifestaciones confusas se diagnosticaron como histeria.

Durante el siglo XIX y principios del XX la psiquiatría y la neurología no estaban diferenciadas. El médico general atendía a toda clase de enfermedades y los casos de enfermedad mental los trataba el médico Alienista.

El Alienista tenía un concepto organicista por el cual las enfermedades mentales eran debidas a una lesión cerebral. Los Alienistas, junto con la clínica, practicaban la disección, inicialmente con intención meramente descriptiva del sistema nervioso, y en una segunda etapa con una intención anatomoclínica. Un ejemplo de alienista lo encontramos en la figura del Dr. Bernard von Gudden (1824–1886) [5] estudioso de la anatomía, descubridor de la formación anatómica que lleva su nombre "el asa de Gudden", que relaciona los tubérculos cuadrigéminos con las vías de la visión. Von Gudden practicó el estudio experimental, comprobando la degeneración de las fi-

bras nerviosas al practicar lesiones en las células de la corteza cerebral. Por su fama y prestigio fue requerido en la corte de Baviera para tratar al rey Ludwig II, afecto de una esquizofrenia paranoica. Ambos perecieron ahogados en el lago Starnberg.

A mediados del siglo XIX, dos cuadros clínicos reafirmaron la teoría orgánica y focal de las funciones cerebrales:

El primero, fue presentado el 18 de abril de 1861 por Pierre Paul Broca (1824-1880) en la Société d'Anthropologie de París: el enfermo Leborgne, conocido por "Tan", que era la única palabra capaz de pronunciar. "Tan" llevaba 10 años ingresado en el Hospice de Bicêtre por haber perdido la facultad del habla; al final de sus días presentó una parálisis de extremidades derechas, junto con malestar general, falleciendo a los pocos días [6]. Broca realizó la autopsia encontrando un reblandecimiento en la parte posterior de la 3ª circunvolución frontal y en el pie de la frontal ascendente izquierdo. Se interpretó que la lesión del lóbulo frontal era la causa de la pérdida del habla.

El segundo cuadro fue descrito por Carl Wernicke (1848-1904) en 1874 [6], consistente en el déficit de la comprensión del lenguaje hablado, trastornos de la articulación y del lenguaje espontáneo. La autopsia reveló una lesión en la parte posterior del gyrus supramarginalis y parte del pliegue curvo en la 1ª circunvolución temporal. Wernicke denominó al déficit ceguera verbal, clásicamente conocida como afasia de Wernicke o sensitiva. El estudio de estos enfermos confirmó la trascendencia del método anatómo-clínico.

En 1862, un médico general, Jean Martin Charcot (1825 -1893), fue nombrado médico de la Salpêtrière [6]. La actividad de Charcot fue muy intensa transformando el centro en un hospital para enfermedades nerviosas. Charcot describió varias enfermedades neurológicas, como la esclerosis lateral amiotrófica, y enriqueció la semiología de otras como el Parkinson y la esclerosis múltiple. En 1882 por sus esfuerzos y prestigio, se creó para él, una cátedra de neurología, la primera en el mundo de esta especialidad.

La histeria despertó gran interés en Charcot realizando un estudio gráfico de las enfermas y sus crisis, publicadas en la Iconographie Photographique de la Salpêtrière. La falta de correlación anatómo-clínica, sirvió a Charcot de revulsivo para profundizar en esta enfermedad. Ante la falta de evidencia de una lesión anatómica, intentó provocar, en personas sanas, mediante el hipnotismo, signos y síntomas que presentaban enfermos con lesiones orgánicas. El estudio de cuadros neuróticos provocados por la hipnosis, "neurosis provocada", le sirvió para estudiar e interpretar el mecanismo de la "neurosis espontánea" que era la histeria.

Charcot afirmaba que algunas personas podían presentar, durante el estado de vigilia, manifestaciones clínicas inducidas por sugestión durante la hipnosis. Se sirvió de la hipnosis para el tratamiento de las enfermas histéricas; las sesiones "clínicas del Mardi" llenaban el anfiteatro de médicos, estudiantes, e igualmente de periodistas y curiosos de la alta sociedad. Las sesiones se convirtieron en un espectáculo pseudocientífico.

Para Charcot la clínica de la histeria era debida a "ideas", de naturaleza dinámica y transitoria, y afectaba a las mismas estructuras que provocaban lesiones orgánicas del sistema nervioso. Charcot la consideró como un cuadro de índole psicológica y por este motivo creó un laboratorio de psicología dentro de su servicio, dirigido por uno de sus discípulos Pierre Janet (1859-1947) [6].

Aunque posteriormente se diagnosticó este cuadro en varones, se consideró propio de la mujer y prevaleció el epónimo de histeria. Debido a su fama acudían al servicio de Charcot médicos de diferentes países; entre ellos cabe citar a Sigmund Freud y a Axel Munthe.

En 1885, Sigmund Freud (1856-1939)[7] un joven médico vienes de 29 años, preocupado por la histeria y atraído por la fama de Charcot, se trasladó a París, permaneciendo durante un año en la Salpêtrière. Freud tenía una amplia formación neurológica. Freud quedó muy impresionado por las demostraciones de Charcot y su tratamiento con el hipnotismo. De regreso a Viena, se asoció con el Dr. Josef Breuer, que sostenía que la clínica de la neurosis tenía una estrecha relación con la biografía del enfermo. Trabajando con esta hipótesis, ambos médicos hipnotizaban a sus pacientes y les inducían a revivir experiencias traumáticas antiguas. Al tomar conciencia de las mismas, mediante catarsis, experimentaban mejoría de su cuadro. Posteriormente debido a frecuentes fracasos y a problemas de transferencia de la enferma hacia el terapeuta, ambos abandonaron la práctica de la hipnosis.

Freud intentó penetrar en la "memoria" del enfermo descubriendo traumas, la mayoría de naturaleza sexual, acontecidos en la infancia, que quedaban excluidos de la memoria por conceptos culturales y sociales propios de la "moral" de la época. Para Freud, la histeria -neurosis- era una lucha entre el instinto primitivo y la organización educativa y cultural moralizante.

Freud ideó el método de las *Asociaciones* libres[8]: relajados los pacientes en un diván, les incitaba a que hablasen de lo que les venía al pensamiento; después de múltiples sesiones, el terapeuta establecía relación de vivencias pasadas del enfermo que estaban olvidadas, reprimidas en el inconsciente, originando la clínica de la neurosis. Con el material obtenido elaboró un procedi-



Figura 1. Sigmund Freud (1856-1939)

miento para analizar la mente y su patología, que denominó *Psicoanálisis*.

En 1912 Freud elaboró un esquema de la evolución de la mente: sobre una energía vital la "libido", la vida psíquica estaba formada por tres estratos psíquicos progresivamente superpuestos: El Id, el Ego y el Superego [8].

El Ello o Id lo forman las tendencia instintivas, obedece al sentido vital y del placer, a las necesidades imprescindibles para la vida, tiene una energía vital "libido" de base totalmente instintiva.

El Yo y el Super Yo, aún con un esquema preformado, pertenecen al patrimonio de la convivencia, de la experiencia de la educación y de la cultura; progresivamente dominan o controlan las pulsiones instintivas del Id.

La armonía en el desarrollo progresivo de estas tres etapas conforman la personalidad, y cualquier traumatismo en las primeras etapas del desarrollo, origina los trastornos neuróticos. La terapia Psicoanalítica se basa en que el enfermo conozca el contenido de su inconsciente, sus vivencias penosas reprimidas, causantes de la enfermedad. El conocimiento ocasionaba la curación de la enfermedad.

El psicoanálisis no fue aceptado por las instituciones médicas, argumentando que la teoría de Freud y su procedimiento terapéutico, carecían de toda garantía científica. No obstante el psicoanálisis fue aceptado por un reducido grupo de psiquiatras, que formaron el círculo de Viena,

sus principales figuras fueron Alfred Adler (1870-1937) y Carl Gustav Jung (1875-1961). Hasta la primera mitad del siglo xx gran parte de los psiquiatras, probablemente por la falta de medicación, adoptaron el psicoanálisis de Freud para el tratamiento de sus pacientes.

A mediados del siglo xx, la terapéutica psiquiátrica experimentó un cambio excepcional al descubrirse fármacos de reconocida eficacia [9].

En 1950 Paul Charpantie sintetizó la Clorpromacina (Largactil), y los Drs Pierre Deniker y Jean Mari Harl trataron con éxito enfermos psiquiátricos con este fármaco. En 1954 el Dr. Ra Akim en Baroda, India, comunicó los efectos sedantes de la Reserpina, introducida en Europa en 1954. En 1952, Roland Huhn introdujo la Imipramina (Tofranil) comprobando su acción antidepresiva. En 1958 Divry, Bobon y Collard comunicaron los efectos del Haloperidol en los cuadros de agitación psicomotriz. En 1960, Randal sintetizó el clordiazepoxido (Librium) y en 1966 a partir del clordiazepoxido se sintetizó el Diazepam, fármacos de potente acción ansiolítica. En 1972 Bryan B. Mollo sintetizó la Fluoxetina (Prozac) de potente acción antidepresiva, aumentando la concentración de serotonina.

La aparición de los psicofármacos desacreditó el origen psíquico de las enfermedades mentales. Con el tratamiento electroconvulsivo y los nuevos fármacos, la psicoterapia -y en especial el psicoanálisis- sufrieron una gran recesión como método terapéutico.

A principios del siglo xx, en pleno auge del psicoanálisis, diversos investigadores intentaron demostrar bases biológicas y orgánicas de las funciones mentales. Hans Selye, durante sus estudios de licenciatura en medicina, descubrió que pacientes con variedad de dolencias manifestaban muchos síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos a los esfuerzos del organismo para responder al estrés de estar enfermo [10]. Él llamó a esta colección de síntomas Síndrome del estrés, o Síndrome de Adaptación General [11], consideró que esta reacción era un esfuerzo del organismo para adaptarse a una nueva situación, y a la agresión la denominó stress. Selye utilizó el término *stress* (que significa tensión, presión, coacción) para definir la condición con la que el organismo responde a agentes nocivos ("*stressors*"). En su autobiografía *The Stress of my life*, publicada en 1977, mencionó que el mejor término para definir su idea hubiera sido *strain*, que hace alusión a la idea de tensión o tirantez sobre un cuerpo, palabra empleada en el campo de la física. Si bien Selye hablaba siete idiomas, por aquel entonces su dominio del inglés no era el ideal, y esa fue la razón por la que utilizó *stress* y no *strain*. Actualmente el vocablo stress (estrés en español), es habitual y aceptado en el lenguaje científico.

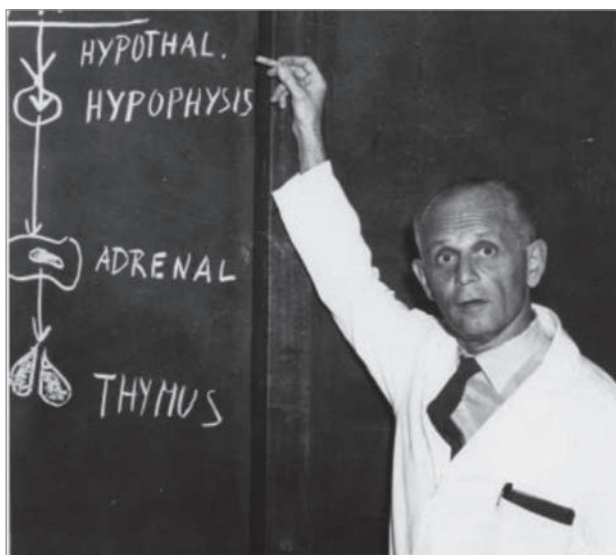


Figura 2. Hans Selye (1907-1972)

Selye describió tres etapas en el síndrome:

- 1º Fase de alarma: el organismo desarrolla un conjunto de reacciones fisiológicas y psíquicas al enfrentarse al estrés.
- 2º Fase de resistencia: adaptándose a la nueva situación, que le permite sobrevivir a la agresión. El individuo puede adaptarse, pero generalmente sin indemnidad total.
- 3ª Fase de agotamiento: se presenta cuando el estrés es muy intenso o prolongado, con envejecimiento o muerte del animal.

Selye comprobó en humanos y animales de experimentación, que al ser sometidos a situaciones de gran estrés, se producía liberación de corticosterona que activa el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. El final de esta cadena fisiológica determina el aumento de la secreción de hormonas glucocorticoides por las suprarrenales y catecolaminas liberadas en el sistema autonómico. Todo ello necesario para resistir el estrés.

En 1995 McEwen y Sapolsky [12] comprobaron que en situaciones de estrés se producía liberación exagerada de glucocorticoides y catecolaminas. Los primeros producían atrofia de neuronas del hipocampo, afectándose clínicamente la memoria y funciones cognitivas. Las catecolaminas afectaban a la amígdala, dando lugar a trastornos emocionales y mnésicos. Los autores comprobaron que el hipocampo poseía gran riqueza de receptores de corticoides, y que si éstos alcanzan niveles altos producen atrofia de las neuronas, mientras que la reacción era reversible si la liberación de corticoides era breve.

Todo ello presupone que los traumas, especialmente en las primeras etapas de la vida, aumentan la posibilidad de sufrir atrofia celular en el hipocampo y la presentación de cuadros neuróticos y alteraciones de la memoria en la edad adulta.

Estudios de McEwen (2005) han comprobado que el hipocampo, el córtex prefrontal y la amígdala son vulnerables a la acción de tasas elevadas de glucocorticoides. La lesión del hipocampo y del córtex prefrontal desencadena alteraciones en la planificación motora, en la memoria y aprendizaje. La amígdala actúa modulando la conducta ante situaciones de pánico y peligro, la hiperactividad de la misma determina ansiedad e hipomanía, aumenta de tamaño en la depresión, atrofiándose en cuadros crónicos [13,14].

Otros estudios clásicos son los centrados en el estudio de la bioquímica de la memoria: James Papez (1883-1958) [15] que, tras estudios de enfermos con lesiones cerebrales, describió el esquema neurológico en el que se procesa la emoción y sentimiento. El ser vivo ante un estímulo, sea placentero o nocivo presenta una respuesta que afecta a dos vertientes: la somática (que es la emoción) y el sentimiento, que es la valoración de la emoción y del estímulo que la produce.

1º La EMOCIÓN es la respuesta del SN autonómico y endocrino, que prepara el organismo para dar una respuesta adecuada al estímulo, sea ataque o retirada, y que se manifiesta a través de manifestaciones físicas: palpitaciones, sudor de manos, disnea suspirosa. Su asiento orgánico reside en el hipotálamo y tronco cerebral, su acción es inconsciente.

2º EL SENTIMIENTO sensación consciente que valora la emoción y el estímulo que la provoca. El sentimiento consciente se materializa en la corteza del cíngulo y parte de los lóbulos frontales.

Los sentimientos son respuestas cognitivas a la disautonomía periférica. Los sentimientos pueden persistir, más o menos tiempo, cesada la emoción y desaparecido el estrés. Esto justifica algunos casos de neurosis de ansiedad o depresión, estados (sentimientos) que persisten largo tiempo después de una situación de estrés o choque afectivo.

El núcleo amigdalino coordina la actividad del hipotálamo con las áreas corticales, el sentimiento y la emoción. Es la parte del lóbulo límbico que participa de forma más específica en la experiencia emocional. Integra reacciones emocionales negativas y el miedo, aunque igualmente puede desempeñar una función en los estados de placer y gratificación anímica. Actúa aumentando la relación con situaciones ambientales de bienestar, necesarios para su integridad y supervivencia, y disminuyendo la relación con ambientes y situaciones lesivas para su integridad. Una lesión del núcleo amigdalino puede producir la ausencia de respuesta emocional.

La emoción y el sentimiento, ¿pasan al contenido de la memoria?

La memoria, tiene dos modalidades: explícita e implícita [16].

- 1º Memoria declarativa o explícita: es la que codifica la información, es consciente de los hechos y sucesos personales, la autobiografía, los sentimientos... conocimiento objetivo de lugares y personas. Revive como se han realizado determinadas acciones. Su base orgánica radica en el hipocampo y el lóbulo temporal medial.
- 2º Memoria no declarativa o implícita: es el recuerdo inconsciente de los sistemas perceptivos y motores. Su función revive el significado de las cosas. Radica en los sistemas motores y sensitivos, básicamente en la amígdala, ganglios basales y el cerebelo.

Mediante RM funcional y PET se puede comprobar que núcleo amigdalino izquierdo capta más contraste ante una reacción de miedo, que disminuye conforme aumenta el bienestar o alegría. De ello se deduce que controla la información entre el tálamo y el córtex cerebral.

Eric Richard Kandel era un médico que, desde la práctica del psicoanálisis, se convirtió en neurocientífico. Dedicó sus investigaciones para demostrar una base biológica en los procesos psiquiátricos y en especial al psicoanálisis y a la psicoterapia. Kandel, para comprender mejor las relaciones entre la biología y la psicología, escogió dos métodos experimentales [16]: los efectos de la privación social y sensorial en las primeras etapas de la vida, y el mecanismo del aprendizaje.

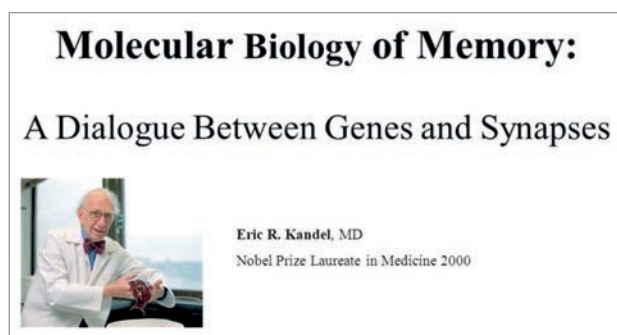


Figura 3. E.R.Kandel (1929)

La privación sensorial y social, en las primeras etapas de la vida tiene consecuencias importantes en el desarrollo psíquico y biológico del niño y en animales de experimentación. Se presentan conductas anormales, tristeza y agitación. Realizando el aislamiento a edad más avanzada, no se presentaban anomalías en el comportamiento o eran menos notables.

Los mecanismos del aprendizaje: Según Thorpe, el aprendizaje se define como un cambio de la conducta o aumento del stock de conocimientos, como consecuencia de la exposición repetida

a un estímulo o a estímulos. El aprendizaje proporciona experiencia; la conducta es en gran parte fruto de aprendizaje, de la experiencia y de la memoria.

Así como la mayoría de los investigadores argumentaban que los mecanismos del aprendizaje y la memoria se formaban en estratos superiores del sistema nervioso, no presentes en los invertebrados, Kandel escogió para sus estudios un modelo sencillo de organización neuronal. Recordó que Cajal había descubierto lo que denominaba conectividad específica, es decir que la conexión entre neuronas sensitivas, motoras e interneuronas, tenían un esquema invariable.

Para Kandel el conocimiento de los mecanismos del aprendizaje y de la memoria son básicos para entender la estructura de las funciones superiores y del desarrollo de la personalidad. El reflejo se puede modificar por dos formas elementales de aprendizaje: la habituación y sensibilización.

La habituación consiste en identificar estímulos y al mismo tiempo ignorar o eliminar otros que ya no son novedad y han perdido significado. Ello permite elaborar nuevas respuestas y eliminar otras incorrectas.

La sensibilización es un proceso en el que aumenta la respuesta refleja ante un estímulo nocivo o nuevo. En la sensibilización participa la facilitación neuronas sensitivas, estas son estimuladas y aumentan la liberación de transmisores.

La sensibilización restablece la función de las sinapsis presináptica, de este modo las neuronas que participan en la sensibilización conectan con las que se habían desconectado o inhibido. Kandel demostró que el modelo de sensibilización a corto y largo plazo puede servir como modelos de la memoria inmediata y a largo término [17,18].

Los mecanismos para la formación de la memoria a corto término se deben a la modificación en las sinapsis preexistentes. La formación de la memoria a largo plazo se debe a la formación de nuevas proteínas y al crecimiento de espinas y de nuevas sinapsis. En la memoria a largo término, se activa una proteína, la cinasa, que se incorpora al núcleo de la neurona con la que establece sinapsis, activa los genes que producen proteínas origen de la formación de nuevas espinas y nuevas sinapsis. El número de sinapsis de un axón ante una estimulación repetida, sensibilización, casi se duplica; cuando cesa la estimulación y la respuesta refleja se normaliza, el número de sinapsis retorna a la cifra inicial.

Kandel reconoce este fenómeno como plasticidad sináptica, mecanismo formulado por Cajal cien años antes. Kandel comprobó que las neuronas sensitivas, interneuronas y motoras, muestran un esquema invariable. Este esquema correspondía a la conectividad específica descrita por Cajal; Kandel como Cajal observaron que los axones iban creciendo y avanzaban, de forma

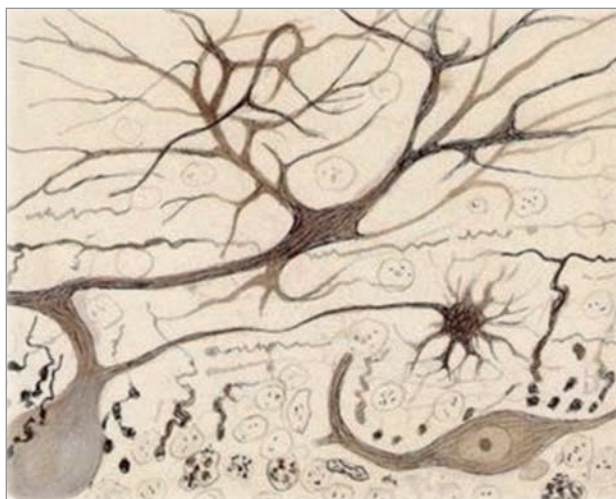


Figura 4. Dibujo de Santiago Ramón y Cajal (con el color modificado) de un corte de tejido nervioso donde se aprecian las estructuras básicas de la neurona: soma celular, dendritas y axón

sorprendente en relación con el tamaño del cuerpo de la neurona, hasta llegar a su destino. Cajal opinaba que la marcha del axón era guiada por un tropismo químico.

La aportación de Kandel, un hombre dotado de una espléndida "metanoia", representa un avance muy importante en la relación de la psiquiatría con la biología.

EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA

Las conclusiones de Kandel [17] se pueden resumir de la siguiente manera. El resultado entre dos personas una que habla y otra que escucha, es que en él primero se producen unos cambios en los mecanismos neuronales e igualmente en el cerebro de quién escucha. Las palabras producen cambio en cada uno de los interlocutores, por ello es evidente que la psicoterapia produce cambios en la mente del paciente, hay una coincidencia entre los mecanismos biológicos y psicológicos. Lo que denominamos mente no es más que la manifestación del funcionamiento de nuestro cerebro.

Siendo Freud un neurólogo con formación anatómica, ante el fracaso de método anatomoclínico imperante, inventó el Psicoanálisis. Un siglo después Kandel, un psiquiatra analítico, abandona el "diván" y lo cambia por el microscopio, se convierte en un neuroinvestigador. Se establece definitivamente la relación entre la psicología y la biología.

Los estudios de Kandel y otros han revalorizado la psicoterapia. Con técnicas adecuadas de neuroimagen se ha comprobado su mecanismo de acción, posibilidad impensable hace unos años. Actualmente, la psicoterapia se considera a nivel terapéutico análogo al de los psicofármacos. La mayor demanda de psicoterapia, requiere la formación de un mayor número de especialistas, que debe realizarse con la aportación de nuevas técnicas.

Kandel en la introducción de su libro *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*, escribe "debemos fundamentar la psicoterapia en una base científica y estudiar sus consecuencias biológicas, utilizando técnicas de diagnóstico por la imagen y otros medios empíricos de evaluación. De esta forma seremos capaces de conocer qué tipo de psicoterapia es más eficaz para las distintas categorías de pacientes."

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell Thompson R. Assyrian Medical Text. Proc Royal Soc Med 1924; 17: 1-34
2. Laín Entralgo P. La medicina hipocrática: estudio preliminar. Madrid: Instituto Arnau de Vilanova (CSIC); 1976. (Clásicos de la Medicina).
3. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1990.
4. López Piñero JM. La Medicina en la Historia. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002.
5. Haymaker W, Schiller F. 2nd ed. The Founders of Neurology. Springfield, IL: C.C. Thomas; 1970.
6. Balcells Riba M. Historia general de la Neurología. Barcelona: Grupo Saned; 2009.
7. Gay P. Freud: una vida de nuestro tiempo. Barcelona: Paidós; 1989.
8. Noyes AP, Kolb LC. Psiquiatría clínica moderna. México, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1958.
9. Baumeister AA, Hawkins M. El papel de la "serendipity" en la ontogenia de la moderna psicofarmacología. En: López Muñoz F, Álamo C (ed). Historia de la Psicofarmacología. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
10. Selye H. Syndrome produced by diverse noxious agents. Nature 1936; 138:36.
11. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol 1946; 6:117-230.
12. McEwen BS, Sapolsky RM. Stress and cognitive function. Curr Opin Neurobiol 1995; 5:205-16.
13. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 15ª ed. Barcelona: Elsevier; 2017.
14. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57: 925-35.
15. Papez JW. A proposed of mechanism of emotion. Arch Neurol Psychiatry 1937; 38: 725-43.
16. Kandel ER, Kupfermann I, Iversen S. 4ª ed. Principios de Neurociencias. Madrid: McGraw- Hill-Interamericana, 2001: 1227 -46.
17. Kandel ER. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. Barcelona: Ars Médica, 2006.
18. Forn i Dalmau X. Reflexions i vivències entorn del naixement de la psicofarmacologia i el premi Nobel de medicina del l'any 2000. Discurs d'ingrés llegit per l'acadèmic electe. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya .Barcelona 2008.

Compartir ideas. La Universidad va al Instituto: un proyecto de aprendizaje- servicio transversal de la Universidad de Barcelona¹

Compartir idees. La Universitat va a l'Institut: un projecte d'aprenentatge-servei transversal de la Universitat de Barcelona.

Sharing ideas. The University goes to the Institute: a project of transversal service-learning from the University of Barcelona.

Grupo ApS (UB)²

Grup de treball Aprenentatge Servei de la Universitat de Barcelona.

Palabras clave: Educación de pregrado en medicina/organización y administración; relaciones comunidad-instituciones; servicios de salud comunitaria; universidad.

Paraules clau: Educació de pregrau en medicina/organització i administració; relacions comunitat-institucions; serveis de salut comunitària; universitat.

Keywords: Community-Institutional relations; Community Health Services/organization & administration; education, medical, undergraduate; university.

Recibido: 15-diciembre-2017.

Aceptado: 1-febrero-2018.

Correspondencia: apsub@ub.edu

Grupo ApS (UB). Compartir ideas. La Universidad va al Instituto: un proyecto de aprendizaje-servicio transversal de la Universidad de Barcelona. Ann Sa-grat Cor 2018; 25(2): 93-96

diantes y profesorado de distintas disciplinas en un mismo proyecto. El aprendizaje servicio (ApS) es una propuesta formativa que permite el desarrollo de diferentes tipos de aprendizajes a partir de la implicación en necesidades sociales reales con la intención de transformarlas (Tapia, 2001; Martínez, 2008; Puig, 2009). En este tipo de proyectos están presentes simultáneamente la intencionalidad pedagógica y la intencionalidad solidaria. Se pueden definir como experiencias educativas solidarias protagonizadas por estudiantes, que tienen como objetivo atender a una necesidad de los destinatarios a la vez que planificar y mejorar la calidad de los aprendizajes (Tapia, 2006).

La propuesta se inicia en el 2015 como proyecto de innovación docente (2015PID-UB/150)⁴ del Grupo ApS(UB), un equipo interdisciplinar que desde hace tiempo trabaja para la promoción de experiencias y el reconocimiento del aprendizaje servicio a la Universidad de Barcelona desde el punto de vista de la responsabilidad social de la universidad (Ehrlich, 2000; Arthur y Bohlin, 2005; Martínez, 2008; Naval, 2011; Salmarsky Zlotkowski, 2011; Freixa, 2012; Santos Rego et al., 2015). Actualmente este equipo está formado por profesorado de las facultades de Bellas Artes, Biología, Ciencias de la Tierra,

INTRODUCCIÓN

Compartir ideas. La universidad va al instituto es un proyecto de aprendizaje servicio transversal de la Universidad de Barcelona.³ Este representa una propuesta de aprendizaje servicio que bajo una estructura común permite la participación de estu-

1. El contenido de este artículo está extraído de diferentes comunicaciones que el Grupo ApS(UB) ha presentado en diferentes congresos científicos y de innovación docente.

2. El Grupo ApS(UB) está formado por profesoras y profesores de diferentes facultades de la Universitat de Barcelona: Conxita Amat Miralles; Míriam Anderson; Bárbara Arias Samperiz; José Antonio Asensio Fernández; Esperanza Ballesteros; Emili Boix Fuster; David Bondía García; María Antònia Buenaventura; David Bueno Torrens; Josefina Carreras Sabaté; Irene Cases Rodrigo; Ferran Cortès, Tània Coll Florit; Antonia Collado Sevilla; Josep Lluís Condom Bosch; Mercè Costa Cuberta; Laura CuffiCheliz; Jordi Delàs Amat; Josep M. Domingo Clua; Anna Escobedo Caparrós; Anna Escofet Roig; Mireia Eparza Pagès; Esther Esteban Torné; Mar Fatjó-Vilas Mestre; Ana Belén Fernández Cuevas; Manuel Fontiveros Sánchez; Ascensión García García; Antonio Giménez Merino; Marta Goula Goula; Guillermo Grasso Galera; Eulàlia Grau Costa; Montserrat Illan Villanueva; Chus Lama López; Itziar de Lecuona; Marta López; Antonio Madrid Pérez; María Antònia March Pujol; Xus Martín; Miquel Martínez Martín; Mónica Martínez; Àngels Massip Bonet; Pep Mata Benedicto; Carles Mauricio Falgueras; Laura Moretó Alvarado; Victòria Morin Fraile; Sergi Oliva Torres; Juan Jose Pacheco Puig; José Antonio Padilla; Àlex Peñalver Cabré; Elisabet Playa Pous; M. Cristina Poblet Farrés; M. Àngels Pons Cardell; Joan Miquel Porquer Rigo; Rosa Povedano Ferré; Josep Maria Puig Rovira; Núria Pumar Beltran; Rafael Romero Pineda; Jaume Ros Vallverdú; Araceli Rosa de la Cruz; Mònica Rius Pinies; Laura Rubio Serrano; Maria Rubio Valera; Dolores Sánchez Aguilera; Fco. Javier Sarrasí Vizcarra; Alaitz Sasiain Camarero Núñez; Mercè Segarra; Francisco Javier Serrano Navamuel; Albert Soler i Llopert; Josep Solervicens Bo; Enric Teixidó Simó; Amèlia Tey Teijón; Xavier Torrado Prat; Teresa Valverde Gefaell; Antoni Vallès Segalés; Núria Vergés Bosch; Ruth Vilà i Anna Vilella Morató. Queremos agradecer la colaboración de Marta Comes i Eulàlia Esclapés del Consorci d'Educació. Finalmente el proyecto tiene mucho que agradecer a las colaboradoras Mireia Martell o, Rosa Pascual y Rosa Cuevas. Toda la información sobre el Grupo ApS(UB) puede encontrarse en: <http://www.ub.edu/grupapsub/es>

3. Para conocer más sobre el proyecto puede visionarse en: <http://www.ub.edu/ubtv/video/compartir-ideas-la-universidad-va-al-instituto>

4. Está reconocido como Proyecto de Innovación Docente por el Vicerrectorado de Docencia y Ordenación Académica de la Universidad de Barcelona: <http://mid.ub.edu/webpmid/content/compartir-idees-confer%C3%A8ncies-taller-dels-i-les-estudiants-de-la-ub>

Derecho, Economía y Empresa, Educación, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia y Ciencias de la Alimentación, Filología, Geografía e Historia, Medicina y Química.

El proyecto *Compartir ideas. La universidad va al instituto* consiste en que los y las estudiantes, de grados o másteres, en parejas preparen conferencias-taller sobre temas de interés relacionados con sus estudios y las impartan en centros de secundaria, en un formato en el que, preferentemente, haya una primera parte de información y otra segunda de debate/taller. Algunos ejemplos de los títulos de conferencias-taller realizadas durante este tiempo son: *Accionemos con métodos de creación de artistas* (Bellas Artes); *Emprendedores en el aula* (Facultad de Economía y Empresa); *Microbios viajeros o viajeros con microbios?* (Facultad de Medicina); *Somos polvo de estrellas! Del Big Bang al planeta Tierra* (Facultad de Geología).

El proyecto parte de la consideración de que una de las necesidades de nuestra sociedad hiperinformada es conseguir un saber significativo y forjar una opinión reflexiva y de motivación para actuar o adoptar nuevas conductas. A partir de la detección de esta necesidad, el servicio ofrecido es un espacio de debate sobre temas de relieve con un doble objetivo: difundir la información y animar espacios de debate, esta es la mejor manera de construir una opinión reflexiva que promueva la movilización. En este marco, las y los estudiantes tienen la oportunidad de desarro-

llar competencias y contenidos propios de cada disciplina, así como también otros aprendizajes relacionados con las competencias transversales como la capacidad comunicativa, el trabajo en equipo y el compromiso ético. En gran parte, el aprendizaje se garantiza a través de los diferentes momentos e instrumentos reservados para la reflexión sobre la propia experiencia y el valor que esta adquiere en relación a su formación, su identidad profesional y el sentido social de su aportación. Pero todo ello, sería de difícil gestión si el proyecto no contara con un *partner* clave como el Consorcio de Educación de Barcelona, que se encarga de hacer de enlace entre la universidad y los centros educativos, colaborando en la difusión del proyecto y garantizando el acceso a los centros educativos en los que vehicular las propuestas con las demandas de conferencias-taller. Por último, y con tal de garantizar el reconocimiento académico del proyecto, cada facultad decide dónde ubicar y evaluar la experiencia (en una asignatura o como reconocimiento de créditos).

A continuación se presentan las claves metodológicas de la propuesta, así como también algunos datos cuantitativos y cualitativos que permiten una primera valoración del proyecto. Los datos que aparecen hacen referencia a los cursos 2015-2016 y 2016-2017, en el momento de la publicación de este artículo todavía no se cuenta con todos los datos analizados de la tercera edición del proyecto.

Tabla 1. Procedimiento del proyecto en fases y acciones. F

Fases	Acciones
1. Elaboración del catálogo	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de las conferencias-taller partiendo de propuestas de los centros y alumnos de secundaria. - Elaboración del catálogo de conferencias-taller.
2. Difusión y gestión de demanda	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión del catálogo. - Recepción del formulario de peticiones. - Gestión de las demandas a la facultad/profesorado correspondiente desde la coordinación del proyecto.
3. Planificación de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación/motivación del proyecto a los y las estudiantes. - Tutoría de planificación de la propuesta. - Visita al instituto para definir la intervención.
4. Formación de estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> - Formación conjunta en habilidades comunicativas, oratorias y dinámicas participativas. - Búsqueda y trabajo sobre los contenidos de la conferencia-taller. - Seguimiento por parte del profesorado.
5. Preparación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del contenido y formato de la conferencia-taller. - Ensayo de la intervención. - Elaboración de un documento de síntesis de la conferencia-taller.
6. Realización del servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de la conferencia-taller. - Grabación en vídeo de su intervención para su posterior análisis.
7. Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un diario reflexivo. - Actividad reflexiva a partir del visionado posterior del vídeo.
8. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación por parte del alumnado de secundaria - Evaluación por parte del profesorado de secundaria - Evaluación y acreditación de las y los estudiantes a partir de las evidencias recogidas
9. Valoración de la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del proyecto por parte del equipo de trabajo. - Elaboración de propuestas de mejora y ampliación.

LAS FASES DEL PROYECTO

Con la intención de presentar los principales aspectos metodológicos de la propuesta, a continuación se señalan las distintas fases y acciones que hacen posible el desarrollo del proyecto. Su complejidad no reside en la idea de base sino en el diseño y puesta en marcha de un procedimiento y organización que lo haga posible.

Tabla 2. Resumen de los datos generales del proyecto.

	Centros de secundaria	Títulos	Facultades	Estudiantes	Grupos clase	Alumnos secundaria
1r semestre 2015-2016	14	22	7	56	37	906
2º semestre 2015-2016	18	36	8	91	73	1756
1r semestre 2016-2017	28	36	10	121	68	1244
2º semestre 2016-2017	35	60	8	109	89	1752

Además de los datos generales del proyecto, los diferentes instrumentos de evaluación diseñados (cuestionario de valoración del alumnado; cuestionario de evaluación del profesorado del centro) han permitido recoger las principales valo-

ALGUNOS RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Las primeras ediciones del proyecto han permitido obtener datos de carácter cuantitativo y cualitativo. Respecto a los primeros, la siguiente tabla permite destacar especialmente la creciente implicación de diferentes facultades y el aumento de estudiantes implicados, así como también algunos aspectos relativos al impacto del proyecto.

raciones de la experiencia desde cada uno de sus participantes. El análisis realizado a partir de las respuestas a estos cuestionarios permite constatar una acogida muy positiva por parte de los diferentes implicados en la propuesta.

Tabla 3. Resumen de las valoraciones del proyecto por parte de sus participantes.

	Curso 2015-2016	Curso 2016-2017
Autoevaluación de las y los estudiantes participantes	Las y los estudiantes valoraron muy positivamente la actividad realizada y afirmaron que la experiencia les había sido de gran utilidad para la comprensión y asimilación del contenido de las asignaturas y grados.	Se valoró positivamente la experiencia, destacando su utilidad para el aprendizaje de la asignatura o estudios. Algunos apuntaron que la experiencia les había permitido enfrentarse al reto que supone hablar ante un colectivo complejo y exigente.
Valoración del alumnado de secundaria	Las valoraciones fueron muy positivas poniendo énfasis en el grado de conocimiento de las y los estudiantes universitarios y la proximidad que estos conseguían con el alumnado de secundaria. Se recogieron algunas propuestas respecto a cómo aumentar la participación de las y los alumnos en la segunda parte de la actividad. La nota media obtenida fue 8,55/10.	Valoraciones satisfactorias de todas las conferencias, destacando la idoneidad de realizar talleres prácticos para favorecer la comprensión del tema. Algunas alumnas y alumnos pidieron poder profundizar en la temática. La nota media obtenida fue 8,56/10.
Valoración del profesorado de secundaria	Puntuaciones elevadas en las que destacaban las buenas habilidades comunicativas de las y los estudiantes universitarios, su proximidad con el alumnado y el acierto en la elección de las temáticas. De la misma manera, se sugería adecuar más el lenguaje (a veces excesivamente complejo). La nota media fue 9,13/10.	Puntuaciones elevadas en las que destacaban las buenas habilidades comunicativas de las y los estudiantes universitarios, su proximidad con el alumnado y el acierto en la elección de las temáticas. La nota media fue 8,86/10.

Finalmente, y para recoger también las opiniones directas de los diferentes participantes en el proyecto, adjuntamos algunas citas textuales que ayudan a complementar los datos previamente expuestos. De esta manera se expresa una estudiante de 3º de enfermería: *"Hemos integrado mejor los conocimientos que corresponden a nuestra disciplina; desarrollado habilidades comunicativas y docentes (...); mejorado nuestras capacidades de investigación bibliográfica y sobre*

base de datos con evidencia científica; mejorado nuestra capacidad de trabajo en equipo, y ganado en seguridad, confianza y criterio". Con estas palabras resume su experiencia un alumno de 3º de la ESO: *"Quiero que vuelvan los mismos estudiantes universitarios ya que me han motivado"*. Y también así, valora un profesor de instituto la conferencia taller: *"Me ha parecido muy útil e interesante y nos ha dado la oportunidad de colaborar"*.

A MODO DE CIERRE

El análisis de resultados obtenidos las diferentes ediciones del proyecto *Compartir ideas* nos demuestra la pertinencia y el valor formativo de la propuesta y nos alienta a seguir trabajando en la misma dirección. También nos apunta algunas líneas de mejora para el proyecto.

Desde el Grupo ApS (UB) consideramos que la vinculación del estudiante con la práctica en instituciones u organizaciones (en este caso en centros educativos de secundaria) a través de proyectos de aprendizaje servicio facilita la adquisición de conocimientos teóricos, el desarrollo de competencias profesionales y el aumento del compromiso social. En este sentido, tenemos la convicción que el proyecto *Compartir ideas, la universidad va al instituto*, así como el resto de proyectos de aprendizaje servicio que en estos momentos se están desarrollando desde diferentes facultades de la Universidad de Barcelona, representa una vía a favor de una inclusión más real en la formación del futuro titulado y la forma en cómo aborda su intervención profesional.

REFERENCIAS

- Arthur, J., Bohlin, K. (Ed.). (2005). *Citizenship and higher education. The role of universities in communities and society*. Londres: Routledge Falmer.
- Ehrlich, T. (Ed.). (2000). *Civic responsibility and higher education*. Arizona: OrynxPress.
- Freixa, M., Martín, X., Puig, J.M., et al. (2012). *Compromís cívica i aprenentatge a la universitat*. Barcelona: Graó.
- Martínez, M. (Ed.). (2008). *Aprendizaje servicio y responsabilidad social de las universidades*. Barcelona: Octaedro.
- Naval, C., García, R., Puig, J.M., Santos Rego, M.A. (2011). La formación ético-cívica y el compromiso social de estudiantes universitarios. *Encounters on Education, 12*, 77-91.
- Puig, J.M. (Ed.) (2009). *Aprendizaje servicio. Educación y compromiso cívico*. Barcelona: Graó.
- Saltmarsh, J., Zlotkowski, E. (2011). *Higher education and democracy. Essays on service-learning and civic engagement*. Philadelphia: Temple University Press.
- Santos Rego, M.A., Sotelino Losada, A., Lorenzo Molledo, M. (2015). *Aprendizaje-servicio y misión cívica de la universidad. Una propuesta de desarrollo*. Barcelona: Octaedro.
- Tapia, M.N. (2001). *La solidaridad como pedagogía*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Tapia, M.N. (2006). *Aprendizaje y servicio solidario en el sistema educativo y las organizaciones juveniles*. Buenos Aires. Ciudad Nueva.



¿Qué es ser médico?

Què és ser metge?

What's becoming a physician?

Teresa Gorría, Marta Feliu y Carolina Rasco

Medicina Interna. Hospital Universitari del Sagrat Cor

Palabras clave: Competencia Profesional; ética médica; médicos.

Paraules clau: Competència Professional; ètica mèdica; metges.

Keywords: Medical ethics; physicians; professional competence.

Recibido: 15-diciembre-2017

Aceptado: 1-febrero-2018

Correspondencia: teresa_gp_92@hotmail.com

Gorría T, Feliu M, Rasco C. *¿Qué es ser médico? Ann Sagrat Cor 2018; 25(2): 97-98.*

Dicen que ser médico es más que un trabajo, es una vocación. En nuestro caso ha sido siempre así. ¿El origen de la vocación? No sabemos dónde empezó. Siempre hemos sentido que queríamos ser médicos, era un sueño que queríamos hacer realidad.

El camino para conseguirlo no es fácil. El deseo interno es nuestro motor, nuestra ilusión y nuestro fuego para sobreponernos a cualquier dificultad.

Pasando por bachillerato y una selectividad donde se necesita preparación y alcanzar una nota muy alta, llega el día en que eres admitido en la Facultad de Medicina.

Ahí empieza todo, sí, la fortuna de poder tener la oportunidad de ser lo que siempre has querido, formarte para dedicarte a ello. Luego vienen seis años preciosos pero duros, donde hemos puesto a prueba nuestro esfuerzo, capacidad de superación y rendimiento.

Al principio, a pesar de la ilusión, tuvimos que hacer frente a diferentes dificultades como saber organizarse ante nuevos horarios y nuevos formatos de estudio, adquirir más responsabilidad y adaptarnos a un entorno diferente lleno de personas nuevas con tu misma meta.

A medida que pasan los años, las dificultades cambian, sobre todo cuando llegan los primeros rotatorios clínicos. El PACIENTE, el por y el porqué de la Medicina. Aún nos acordamos de esa primera vez que nuestro tutor nos dio la autonomía para hacer nuestra primera anamnesis solas ¡Qué nervios!

Pasamos unos minutos delante de la puerta de la habitación pensando cómo hacerle las preguntas, repasando los ítems más relevantes que nos enseñaban en el seminario y, sobre todo, unos minutos para respirar y coger confianza suficiente para entrar a la habitación. Tuvimos suerte, cada uno de los pacientes a los que nos dirigimos fueron amables con nosotras, a pesar de notar esa timidez e inseguridad en nuestros gestos y habla, nos respondían y colaboraban con comprensión y empatía.

A lo largo de la carrera, ellos nos han ayudado más a nosotras que nosotras a ellos, ya que nos han ayudado a coger confianza y seguridad, a formarnos en el día a día y a ser mejores profesionales y personas. El hecho de visitar a un paciente hace que formes parte de un momento de su vida, dejándonos un recuerdo, una sensación, una imagen o un aprendizaje más allá de lo que hubiéramos podido llegar a imaginar alguna vez.

En balance, los beneficios han ganado siempre a las dificultades a las que hemos hecho frente. En primer lugar, ya es una suerte poder dedicarse al que es, para nosotras, el mejor oficio del mundo. En parte, es una transformación bonita la que se vive de primero a sexto, uno no deja ser uno mismo, pero se adquiere una gran madurez a través de la responsabilidad que supone estudiar mucho para poder ser capaz de dar la mejor calidad asistencial y humana al paciente.

A nivel personal, hemos ido potenciando la empatía, la compasión, la paciencia, la comprensión, todos ellos ayudándonos a crecer como personas que nos harán, en un futuro, practicar una mejor medicina.

Es una gran responsabilidad la confianza que los pacientes depositan en el médico, cómo muestran su vulnerabilidad y cómo te miran a los ojos cuando buscan en ti un lugar donde poder estar mejor. Por esto, siempre valdrá la pena todo el esfuerzo y dedicación a la Medicina.

Por otro lado, nuestra profesión es mejor si se trabaja en equipo y se es humilde tanto para preguntar como para compartir conocimientos. No solo con compañeros de profesión sino con los diferentes profesionales como las enfermeras, au-

xiliars, fisioterapeutas... juntos llegaremos más lejos siempre. Y hacerlo así también es ser mejor médico.

En un principio nuestros principales guías y ejemplos han sido los diferentes doctores que nos han ido asignando en cada rotatorio, los cuales nos han inculcado valores personales de trato con el paciente, resolución de dilemas éticos y mucho conocimiento. Compartir el saber y la práctica clínica con nosotros es, sin duda, uno de los determinantes de nuestra calidad asistencial en el futuro. Y quien sabe, algún día tendremos que hacerlo nosotras.

Finalmente, la profesión médica no sólo abarca el día a día con el paciente, sino que también existe un área de investigación importante donde se trabaja para hacer avanzar la Medicina. Esta es la vía para mejorar, innovar, compartir e investigar la ciencia a nivel internacional. Todo ello con el objetivo de provocar una repercusión po-

sitiva en el futuro de las personas que lo necesitan.

Sin duda no podríamos haber escogido una profesión más bonita que esta. El camino es duro pero es muy gratificante, y nunca estas solo, ya sea con tus compañeros, tus amigos o tu familia que te apoyan de manera incondicional y son la luz cuando uno necesita brillar con más intensidad.

Y como dice el juramento hipocrático:

"[...] Recordaré que la medicina no es sólo ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el mejor bisturí y medicamento [...] Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda."

Dr. Joan Noguera Muñoz

**El Dr. Joan Noguera Muñoz va morir als 94 anys,
el 10 d'abril de 2018.**

Va arribar a l'Hospital del Sagrat Cor l'any 1944 com a estudiant. Volia ser cirurgià, però era esquerrà i en aquell moment semblava que això podia ser una limitació per a la cirurgia. El Dr. Agustí Peypoch li va recomanar que provés una nova especialitat que feien a l'Hospital Clínic i que pel seu caràcter creia que li aniria força bé.

I és així com es va endinsar a l'anestèsia.

Va ser deixeble del Dr. Miguel, reconegut com el mestre dels primers anestesiològics i principal impulsor del reconeixement de l'anestesiologia com a especialitat mèdica.

El Dr. Noguera, l'any 1970, ja era Cap de servei d'Anestesiologia. Vas ser membre numerari fundador de les Societats Catalana i Espanyola d'Anestesiologia i President de l'Associació Catalana d'Anestesiologia.

Una gran persona i un metge de vocació.

Memòria d'Activitats del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) idcsalud a Catalunya 2017.

Montserrat Granados, Ivan Ribera, Margarita Aguas

Durant l'any 2017 el CEIC idcsalud a Catalunya ha mantingut el compliment de la seva missió de vetllar per la protecció dels drets, seguretat i benestar dels pacients, avaluant la correcta metodologia, ètica i legalitat dels projectes de recerca, així com millorar les garanties del seu funcionament intern.

Aquest any s'ha consolidat el funcionament del comitè d'acord al nou Real Decret 1090/2015, de 4 de desembre, pel qual es regulen els assaigs clínics amb medicaments, els comitès d'ètica de la investigació amb medicaments i el Registre Espanyol d'Assaigs Clínics, que ha comportat canvis rellevants en el procés d'avaluació, autorització i seguiment dels assaigs clínics, i en l'acreditació, composició i funcionament del CEIC que passen a ser CEIm. Com a conseqüència, s'ha reduït l'activitat avaluadora dels assaigs clínics, tal i com s'esperava.

També s'ha procedit a sol·licitar l'acreditació del Comitè Ètic d'Investigació Clínica com a Comitè d'Ètica de la Investigació amb Medicaments (CEIm) Grupo Hospitalario Quirón Salud en Barcelona, d'acord amb l'INSTRUCCIÓ 1/2017.

S'han actualitzat els Procediments Normalitzats de Treball (Edició 2.6 versió 22 novembre 2017), per tal d'aplicar les novetats establertes.

COMPOSICIÓ DEL COMITÈ I ÀMBIT D'ACTUACIÓ INSTITUCIONAL

Durant el 2017 s'ha modificat la composició del comitè. Per tal de acreditar-se com a CEIm, s'ha incorporat un representant dels pacients, pendent d'acreditació final. Actualment membres acreditats:

PRESIDENT: Dra. Margarita Aguas Compaired (Farmàcia Hospitalària)

SECRETARI: Sra. Montserrat Granados Plaza (Infermera i membre Comissió Investigació)

VOCALS:

METGES: Dr. José Javier Bara Casaus (Cirurgia Maxil·lo-facial)

Dr. Francisco Javier Ruiz Moreno (Medicina Intensiva)

Dra. M^a Ángeles Rivas Fernández (Servei de Pediatria)

FARMACÒLEG CLÍNIC: Dr. Rafael Azagra i Ledesma

Dra. Maria Estrella Barcelò Colomer

FARMACÈUTIC HOSPITALARI: Dra. Pilar Marcos Pascua

FARMACÈUTIC ATENCIÓ PRIMÀRIA: Sra. Olga Manrique Rodríguez

INFERMERIA: Sra. Maria del Mar Martí Ejarque (Infermera. Referent Formació, Docència i Investigació)

Sra. Cristina Sagrera i Felip (Infermera. Referent en Seguretat del Pacient i membre del Comitè Ètica Assistencial)

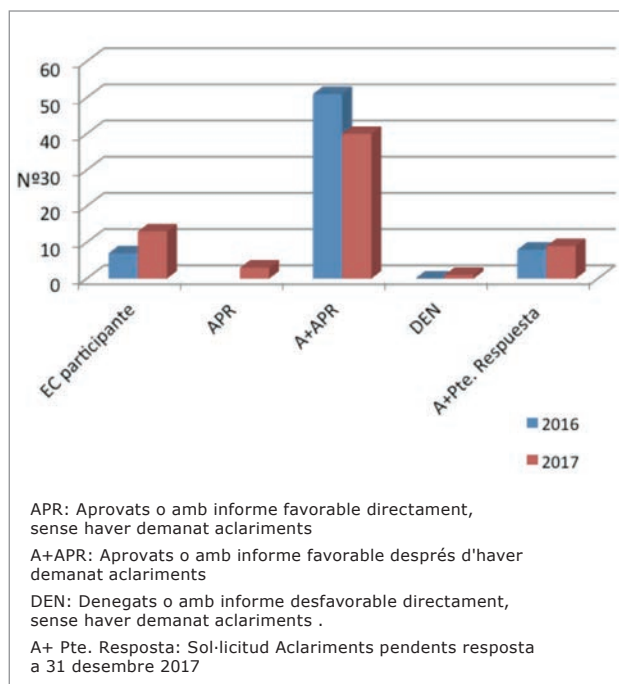
UNITAT ATENCIÓ A L'USUARI: Sra. Marta Tàpia. (Unitat d'Atenció al Usuari)

MEMBRE ALIÈ A LES PROFESSIONS SANITÀRIES: Sra. Montse Bielsa. Jurista

Sr. Iván Ribera. Administratiu CEIC

Sra. Blanca Ricart Cano, representant del pacient

L'activitat avaluadora del CEIC durant 2016-2017 queda recollida en la següent gràfica:



Altres avaluacions: En relació a Modificacions rellevants es van avaluar 18 esmenes rellevants.

També es va a avaluar 10 informes anuals de seguretat, 21 informes de situació del projecte i 17 informes de resultats finals.

DADES DE SEGUIMENT

El CEIC realitza un seguiment dels projectes que es porten a terme en el nostre centre, des del seu inici fins la recepció del informe final.

A l'Hospital Sagrat Cor en el 2017 estan actius 42 estudis. Els projectes en actiu per servei son:

	N	%
Anestesia y Reanimación/Psiquiatria	1	2,4
Cardiología	2	4,8
Cirugía Maxilo-Facial	2	4,8
Cirugía Torácica	3	7,1
Dermatologia	3	7,1
Digestivo	2	4,8
Enfermería	5	11,9
Farmacia	2	4,8
Ginecología y Obstetricia	2	4,8
Hematología	2	4,8

Medicina intensiva	3	7,1
Medicina interna	1	2,4
Neumología	2	4,8
Oftalmología	3	7,1
Pediatría	1	2,4
Pediatría	1	2,4
Psiquiatria	2	4,8
Psiquiatria	1	2,4
Reumatología	1	2,4
Reumatología	1	2,4
Unidad dolor	1	2,4
Unidad Patologia Mamaria	1	2,4
TOTAL	42	100,0

Per tipus de disseny

	N	%
Ensayo Clínico	1	2,4
EPA-LA	1	2,4
EPA-SP	7	16,7
Estudio Intervención	8	19,0
Estudio observacional	22	52,4
IC Producto sanitario	1	2,4
No EPA	2	4,8
TOTAL	42	100,0

Tipus de promotor

	N	%
Comercial	8	19,0
Institución privada	1	2,4
Institución pública	4	9,5
Instituto investigación	2	4,8
Promoción interna	21	50,0
Sociedad científica	6	14,3
TOTAL	42	100,0

Los ensayos/estudio evaluados por el CEIC en el 2017 para realizar en el Hospital Sagrat Cor son:

Servicio	Investigador principal		Título del estudio
Cardiología	Abdel Hakim	Moustafa	Estudio no intervencionista y transversal para describir el manejo de los NACOS en pacientes con fibrilación auricular no valvular en España. Estudio RE-CONOCE
Enfermería	Ana	Martín	Evaluación de una intervención educativa sobre agentes biológicos y precauciones basadas en la transmisión en profesionales sanitarios que trabajan en centros hospitalarios del grupo Quirónsalud en Catalunya. Estudio Cuasi experimental.
Enfermería	Carolina	Aliacar	Necesidades Transfusionales en Pacientes ingresados por fractura de Fémur.
Enfermería	Clara	González	Evaluación de los conocimientos previos y adquiridos tras una intervención educativa de banco de sangre.
Enfermería	Joan	Roca	Evaluación del Protocolo para minimizar los efectos producidos en una extravasación de contraste yodado endovenoso.
Enfermería	Mar	Martí	Estudio de Prevalencia: Neuropatías postoperatorias tras posición quirúrgica de Litotomía, la importancia de la atención de enfermería.
Enfermería- Unidad Dolor	M ^a José	Medina	Efectividad de la Musicoterapia para reducir la ansiedad ante una técnica intervencionista en la Unidad del Dolor.
Ginecología y Obstetrícia	M ^a Teresa	Cusidó	Bioinformática personalizada para la identificación de susceptibilidad al cáncer global y sugestión clínica.
Ginecol/Obsteta	M ^a Teresa	Cusidó	Estudio de la seguridad del tratamiento con acetato de Ulipristal sobre la glándula mamaria.
Ginecología y Obstetrícia	M ^a Teresa	Cusidó	Nuevo sistema de estratificación de riesgo y detección precoz basados en marcadores moleculares en cáncer de mama. Breca Risk©.
Hematología	Pavel Eduardo	Olivera	Manejo de edoxabán en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Med Intensiva	Cristina	Fortià	Ventilación Protectora con PEEP alta vs baja durante la anestesia general para cirugía en pacientes obesos.
Med Intensiva	Cristina	Mora	European Network for ICU-related respiratory infections.
Med Intensiva	Luis Fernando	Morales	Effect of hypercapnia in human primary culture of alveolar cells.
Med Intensiva	Mercedes	Ibarz	Determinación del Filtrado Glomerular aumentado en el paciente crítico. Estudio Epidemiológico multicéntrico.
Oftalmología	Sandra	Boniquet	Estudio comparativo del espesor macular, la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) y del disco óptico con tomografía de coherencia óptica (OCT) en pacientes con ambliopía unilateral.
Psiquiatría	Joan	Seguí	Diferencias en Psicopatología y Personalidad entre pacientes con obesidad Tipo I y Tipo II.
Reumatología	Javier	García Miquel	Estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto, con grupos paralelos y de 52 semanas de duración, en el que se comparan la eficacia y la seguridad de ixekizumab con las de adalimumab, en pacientes con artritis psoriásica que no han recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de tipo biológico.
Farmacia	Mónica	Andreu	Anàlisi de les necessitats d'informació dels pacients que acudeixen a la Unitat d'Atenció Farmacèutica de Pacients Externs (UFPE) de l'Hospital Universitari Sagrat Cor
Farmacia	Mónica	Andreu	Anàlisi de les necessitats d'informació dels pacients que acudeixen a la Unitat d'Atenció Farmacèutica de Pacients Externs (UFPE) de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor.

XXIV Sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona.

Curs acadèmic 2018-2019.

Direcció: Dr Adrià Arboix

Amb el suport de la Societat Catalana de Neurologia

i El Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

Sala d'actes de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona (setena planta).

“Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia”.

**Commemoració del 25è Aniversari
Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Aliança**

9 de Novembre de 2018 · HORARI: 13.30h

PROGRAMA

Presentació. Dr. A. Arboix i Dr. J. Massons

Benvinguda. Dr. Joan Martí-Fàbregas, President de la Societat Catalana de Neurologia

Trombocitèmia essencial i isquèmia cerebral. Dr C Besses

Isquèmia cerebral versus hemorràgia cerebral. Perfils clínics diferencials. Dr. A. Fontanellas.

Cas clínic inhabitual. Dra. L. Díez i Dr. E. Vergés

SAS en els ictus. On som i cap a on anem. Dra. O. Parra

Cloenda. Dr. A. Arboix

PARTICIPANTS

Dr. Carles Besses. Hospital del Mar, Barcelona.

Dra. Laura Díez. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Dr. Albert Fontanellas. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Dr. Joan Martí-Fàbregas. Hospital Sant Pau, Barcelona

Dr. Joan Massons. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Dra. Olga Parra. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Dr. Enric Vergés. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Dr. Adrià Arboix. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Dermatología práctica en Atención Primaria. Casos Prácticos

Hospital
Universitari
Sagrat Cor



Viernes 23 noviembre 2018

Las enfermedades cutáneas son motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Este curso basado en casos prácticos con algoritmos finales de diagnóstico y terapéutica pretende aproximar al dermatólogo al médico de Atención Primaria estableciendo criterios de derivación y prioridad para cada patología así como ayudar a la resolución de las patologías más comunes.

Sede: Sala de actos del HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR,
7ª planta Hospital, C/ Viladomat, 288

Temario

Mañana

08:30 - 09:00	Entrega documentación
09:00 - 09:10	Presentación del curso
09:10 - 09:30	Errores prácticos en dermatología. Prof. Pablo Umbert
09:30 - 09:50	No todo son alergias. Dra. Gemma Melé
09:50 - 10:10	¿Dichosas infecciones, o no? Dra. Maribel Iglesias Sancho
10:10 - 10:30	¿Y esto también es acné? Dra. Montse Salleras Redonnet
10:30 - 10:50	Si hay escamas "será psoriasis". Dra. Anna Lázaro
10:50 - 11:10	Urgencias dermatológicas. Dra. Elisabet Amores
11:10 - 11:40	Pausa - Café
11:40 - 12:00	Las uñas también importan. Dra. Lidia Creus
12:00 - 12:20	Doctor "me pica todo". Dra. Marina Corral
12:20 - 12:40	Principales ITS y actitud. Dr. Luís Novoa
12:40 - 13:00	Lesiones hipopigmentadas. Dra. Marta Olivé
13:00 - 13:20	Casos prácticos en mucosa oral. Dra. Eugenia Rodríguez
	Comida libre

Tarde

15:30 - 15:50	Dermatoscopia iniciación. Dra. Mónica Quintana
15:50 - 16:10	Casos prácticos en dermatoscopia. Parte I. Dra. Ana Iglesias
16:10 - 16:30	Casos prácticos en dermatoscopia. Parte II. Dra. Nuria Setó
16:30 - 16:50	Casos clínicos en "protuberancias cutáneas", 20 imágenes de rápido diagnóstico. Dr. Jorge Arandes
16:50 - 17:10	"El estado de tu vida no es más que un reflejo del estado de tu mente" Wayner. Dr. Jordi Serra
17:10 - 17:20	Ponencia Ambassador

Dirección Curso

Dra. Maribel Iglesias Sancho
Dra. Montse Salleras Redonnet

Organiza

ASOCIACIÓN DERMATOLÓGICA P. UMBERT
a través del Servicio de Dermatología
Hospital Universitari Sagrat Cor.
Unidad Docente Universidad de Barcelona.

Más información

C/ París, 83-87
08029 Barcelona
Tel. 93 321 49 98
e-mail: miglesias@quironsalud.es

Inscripción GRATUITA

PLAZAS LIMITADAS. Las inscripciones se atenderán por riguroso orden de recepción

Rellenar Boletín de inscripción y enviarlo a:

miglesias@quironsalud.es

Nombre y apellidos:

.....

Teléfono e-mail:

.....

Centro de Trabajo:

.....