

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2019.
Volum 26. Número 2. Publicació trimestral

Salut i poblacions vulnerables

Hospital
de Campanya
a la Parroquia
de Santa Anna

 Hospital Universitari Sagrat Cor

L'Hospital del Carrer
Campanya de salut per a les persones sense llar

Del 18 al 24 de febrer: Claustre de la Intèrpret de Santa Anna, Centre de Santa Anna, 29 08002 Barcelona

- Medicina interna
- Podologia
- Vascular
- Oftalmologia
- Odontologia
- Psicologia i psiquiatria
- Salut de la boca
- Dintre d'altres esportistes
- Infermeria

Patrocinat per:
KITS
Molins
M Science Applied to Life

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

Annals del Sagrat Cor

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

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delás Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Comparé
M. Balcells Riba
E. Gil de Bernabé Ortega
E. Irache Esteban
L. Mata Haya

Editores Asociados / Associate Editors

C. Ortopédica y Traumatología

A. Isidro Llorens

Dermatología

M. Iglesias Sancho

Neumología

O. Parra Ordaz

Neurología

A. Arboix Damunt

Psiquiatría

J. Seguí Montesinos

Radiología

E. Grivé Isern

Editores Asociados / Associate Editors

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vascular, HUSC

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

M.J. Conde Martínez

Radiodiagnóstico, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. De Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

F. Fernández Monrás

Medicina Interna, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

J. Foncillas Corvinos

C. General, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

J. Guitart Vela

Anestesiología, Fundació Plató

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerra

Dermatología, Hospital del Mar

J. Massons Cirera

Neurología, HUSC

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Monerri Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

M. Pons Bussom

Farmacia, HUSC

C. Prat Torrevejano

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnóstico, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

N. Roca Rossellini

Nutrición, HUSC

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

I. Valls Massana

Ginecología, HUSC

Editores Asociados / Associate Editors

C. Alegre de Miquel

J. Barceló

E. Basilio Bonet

L. Medina Luyo

P. Umbert Millet

G. Vidal López

EDITORIAL

Vulnerables 56

DEBATE

Salud y poblaciones vulnerables 57

Salut i poblacions vulnerables
Healthcare and vulnerable populations

Vulnerabilidades en el medio hospitalario

LUCÍA MATA HAYA

Determinantes sociales de la salud en la post-crisis

M^a JOSÉ SÁNCHEZ-LÓPEZ

África y su vulnerable hábitat

CÉSAR MORCILLO SERRA

Fragilidad no es dependencia

ANA LOZANO MIÑANA

Dolor en poblaciones vulnerables

VICENTE DE SANCTIS

Nuestras vulnerabilidades entre el miedo y el cuidado

PEIO SÁNCHEZ

ORIGINALES

Salud mental de las personas sin hogar. Estudio observacional de campaña en Ciutat Vella, Barcelona 63

Salut mental de les persones sense llar. Estudi observacional de campanya a Ciutat Vella, Barcelona
Mental health of homeless people. Observational campaign study at Ciutat Vella, Barcelona

VICTORIA JUNCADELLA PUIG

COMENTARIO

Atención a inmigrantes: historias clínicas sin fronteras 71

Atenció a immigrants: històries clíniques sense fronteres

Attention to immigrants: medical records without borders

JORDI DELÁS, CÉSAR MORCILLO

Estudio observacional de los pacientes atendidos en la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) del Hospital Universitario Sagrat Cor 72

Estudi observacional dels pacients atesos a la Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFISS) de l'Hospital Universitari Sagrat Cor

Observational study of patients admitted to the Geriatric Interdisciplinary Health and Welfare Unit (UFISS) at the Hospital Universitari Sagrat Cor

NÚRIA DE RIBA GIMÉNEZ

SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC

Masas anexiales benignas: evaluación por resonancia magnética 79

Masses annexals benignes: avaluació per ressonància magnètica

Benign adnexal masses: characterization by magnetic resonance imaging

S. LLAVERIAS A.M. GALL ART, S. GROSSI, V. QUEROL, E. SERRANO, I. CIAMPA, T. SALAYA, M. ROVIRA

CASOS CLÍNICOS PNEUMO

Neumonía organizada criptogénica 87

Pneumònia organitzada criptogènica
Cryptogenic organizing pneumonia

CLAUDIA LOZANO ESTARAS

Paciente de 91 anys diagnosticat de pneumònia adquirida a la comunitat 91

Paciente de 91 años diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad
Community acquired pneumonia in a 91 year-old patient

LAIA IBÁÑEZ TORRES

Absceso pulmonar por broncoaspiración: a propósito de un caso 95

Abscés pulmonar per broncoaspiració: a propòsit d'un cas

Lung abscess caused by respiratory aspiration: case report

MARTIN MARZABAL

HOSPITAL DE CAMPAÑA

Colaboración del Hospital Universitari del Sagrat Cor en el Hospital de Campaña de la Parroquia de Santa Anna. Febrero-junio 2019 99

J. DELÁS, M. MORALES, A. CRUZ

Y entonces, qué es la "consulta" de Santa Ana? 103

MARÍA CARRERA

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



Vulnerables

vulnerabilis. Vulnus, vulneris, herida.

1. adj. *Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente. RAE*

La herida es definida como la perforación o desgarramiento -en algún lugar- de un cuerpo vivo. Y el vulnerable es aquél que se encuentra en una posición que le hace susceptible de ser herido o lesionado, y no sólo físicamente, sino también moralmente.

En esta edición de Annals abordamos la "vulnerabilidad en salud". Un concepto que resulta multi-dimensional y dinámico. Básicamente, se relaciona con la indefensión que puede suponer enfrentarse a eventos que superan la capacidad del individuo para generar respuestas y afrontar los efectos.

Tal como hemos querido reflejar en el debate que abre el número, dentro de la polisemia de la vulnerabilidad, existe un elemento común, que es la exposición al riesgo o a determinados factores de riesgo, y la incapacidad de generar respuestas apropiadas. Ello puede deberse a factores sociales, ecológicos, económicos, personales...

Así, Lucía Mata nos cuenta que la indefensión existe incluso en el sobreprotector ambiente hospitalario, donde el paciente debe delegar su cuidado en profesionales y en la organización hospitalaria. También para los pacientes denominados frágiles, el hospital puede resultar un medio agresivo. La Dra. Ana Lozano nos introduce el concepto, y nos explica la creación de Unidades Funcionales Interdisciplinarias para este tipo de pacientes. Y además, hay quienes por motivos funcionales -bebés, ancianos, personas con discapacidad intelectual-, o sociales -prisioneros de guerra, torturados-, no pueden tan siquiera expresar su dolor, nos recuerda el Dr. Vicente De Sanctis.

Por su parte, César Morcillo nos ilustra sobre la fragilidad e interdependencia de las especies, y

la necesidad de garantizar el equilibrio entre crecimiento económico, cuidado del medio ambiente y bienestar social como única forma de alcanzar la sostenibilidad en el desarrollo.

Pero en muchas ocasiones son los determinantes sociales los que abocan a los individuos a situaciones de vulnerabilidad. Analizamos la crisis económica, que no parece haber empeorado la salud en términos estadísticos, aunque cuando los indicadores muestran variaciones, éstas apuntan invariablemente a los menos favorecidos, cuya situación empeora. Y ante las situaciones de necesidad, el rector de la Parroquia de Santa Anna, Peio Sánchez, reflexiona sobre la necesidad de revertir el miedo y de profundizar en los vínculos que nos permiten traspasar la vulnerabilidad.

La ausencia de hogar dificulta, aún más la curación de las heridas. Victoria Juncadella presenta su estudio de fin de grado de Psicología centrado en el análisis de la salud mental de las personas sin hogar. Independientemente de las circunstancias que lo producen o mantienen, la falta de hogar complica el equilibrio psicológico.

El Hospital del Sagrat Cor se ha organizado para atender personas vulnerables y sin domicilio en Barcelona. En colaboración con la Parroquia de Santa Anna se han desarrollado ya dos ediciones de "Hospital de Campanya", que nos han permitido recabar información de primera mano sobre la población "sin hogar", y nos ha convencido de seguir realizando intervenciones del Hospital de Campanya, con el objetivo de lograr, al menos, cubrir las necesidades básicas de los más vulnerables.



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*

Homeless Jesus by Timothy Schmalz, Barcelona.
Parroquia Santa Anna de Barcelona

© Ramón Sales Encinas.
RedescubriendomiBarcelona.blogspot.com

Salud y poblaciones vulnerables

Salut i poblacions vulnerables

Healthcare and vulnerable populations

Vulnerabilidades en el medio hospitalario

Lucía Mata Haya

Referente de Seguridad Clínica. Hospital Universitari Sagrat Cor

En la actualidad son bien conocidos los términos fragilidad, dependencia, personas en riesgo de exclusión, vulnerabilidad...

En cualquier proceso en el que precisemos atención por motivos de salud, se añaden nuevas vulnerabilidades a las que nos son propias, sean físicas, psíquicas o sociales.

Desde el punto de vista de la Seguridad del Paciente, cuando entramos a un medio diferente al habitual, somos más vulnerables.

En el medio hospitalario, contactaremos con gran número de buenos profesionales, pero la infalibilidad no existe. Por otro lado, las organizaciones y los sistemas de trabajo, siempre complejos, no están exentos de la capacidad de generar errores, o accidentes inesperados.

Un medio o ecosistema desconocido incrementa nuestra vulnerabilidad a nivel psíquico y físico, y por eso precisa de un proceso de adaptación. El proceso de adaptación se verá facilitado con una información previa de lo que vamos a encontrar cuando ingresemos, y también con todas aquellas

acciones que el centro sanitario implemente con el fin de que nos sintamos menos "alejados" de nuestro entorno habitual.

En el hospital somos más vulnerables a las bacterias, pues aumenta nuestra exposición a ellas. De ahí que la higiene correcta de manos sea una barrera esencial para profesionales, pacientes y visitantes.

También la identificación activa positiva es una barrera de gran impacto para disminuir nuestra vulnerabilidad frente a errores u omisiones. Consiste en que, repetidamente, nos van a preguntar nuestro nombre y apellidos, y algún otro dato personal como la edad, fecha de nacimiento o el teléfono.

Es imposible asegurar que no haya otros pacientes con nombre y apellidos iguales, o parecidos a los nuestros, por ejemplo.

Podemos argumentar que al incorporarnos al medio hospitalario se añade una vulnerabilidad sobrevenida. Todos nos podemos volver y/o sentir vulnerables al ingresar en el hospital.

Determinantes sociales de la salud en la post-crisis

M^a José Sánchez-López

Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor.

La Gran Recesión fue el período de declive económico general que, según el Fondo Monetario Internacional, ha sido la peor recesión mundial desde la década de 1930 [1]. La recesión tuvo lugar entre 2007 y 2013, aunque con diferencias entre países en cuanto a tiempo y escala. España entró en recesión dos veces. La primera recesión comenzó en el tercer trimestre de 2008, y terminó en el primer trimestre de 2010, con recaída en el segundo trimestre de 2011 hasta el tercer trimestre de 2013.

El Informe "Crisis económica y salud en España" de 2018, que analiza los datos de las encuestas de salud hasta el 2014, indica que la crisis no parece haber afectado, al menos a corto plazo, a la salud de los españoles, ni a la de los extranje-

ros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental [2].

Indicadores generales de salud como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, los años de vida saludables, los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y la mortalidad infantil no parecen mostrar una peor evolución durante los años de crisis, en relación con los años previos. Tampoco parece que la crisis se asocie, a corto plazo, con un incremento de ciertas enfermedades crónicas como el EPOC, asma, enfermedades del corazón o la infección por VIH/SIDA, ni se aprecia un deterioro en materia de salud autopercibida; es más, el análisis multivariante confirma que ésta última ha mejorado durante la crisis en ambos se-

xos, aunque el efecto no se ha mantenido en la etapa post-crisis [2,3].

Ahora bien, aunque los indicadores en salud a corto plazo no parecen haberse visto afectados de manera negativa por la crisis, sí ha impactado negativamente en los factores de riesgo social, en los determinantes sociales de la salud. La OMS, los define como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. El estado de salud disminuye continuamente, a lo largo de lo que se llama el "gradiente social en la salud", es decir, los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud [4].

Es sencillo medir el aumento de las desigualdades económicas. Eurostat publica regularmente los índices de Gini [5]. Así sabemos que la distribución de la renta en España es más desigual que antes de 2008 (el índice de Gini ha aumentado de 31,9 en 2007 a 36,0 en 2019).

Los datos reflejan grandes diferencias entre población desempleada y ocupada y, todavía mayores según el nivel de formación: mayor o menor nivel de estudios. Diferencias que se mantienen en todos los indicadores de salud donde es posible un análisis multivariante, con indicadores socioeconómicos [2].

El colectivo de extranjeros es un claro ejemplo de grupo vulnerable especialmente afectado por la crisis. Aunque se trata de un grupo de población más joven que el promedio nacional, su menor nivel educativo, y tipo de empleo ha hecho que la crisis tuviera un mayor efecto en ellos. Durante la crisis, la evolución de sus indicadores de salud no sólo ha sido peor que los de la población nacional, sino que en algunos casos (como en asma, o enfermedades del corazón) ha llegado a presentar una tendencia totalmente opuesta, viendo aumentada su prevalencia [2].

Los indicadores socioeconómicos en la postcrisis, reflejan la misma tendencia que los indicadores de salud: el crecimiento del desempleo no ha sido homogéneo, siendo las personas con menores estudios las más afectadas. La proporción de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social (Medido por el índice AROPE) muestra en los años 2014-2016, una remisión tímida poco satisfactoria. Tras las crisis, ha empeorado la situación de grupos que ya en 2004 se identificaban como desfavorecidos, cuyos máximos exponentes son las personas desempleadas o con empleos de bajos salarios en hogares con un solo adulto y cargas familiares.

Aunque sólo en algunos años se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, o entre nacionales y extranjeros, cuando tienen lugar las desigualdades sociales tienden a perjudicar a los colectivos de mujeres y extranjeros [2,3,6].

Tradicionalmente, el sistema sanitario español se ha considerado más equitativo que eficiente, cumpliendo una función social pro-equidad. Por ello, la atención sanitaria se resiste a ceder

terreno ante las desigualdades económicas [6]. La "equidad en salud" se define como la ausencia de desigualdades sistemáticas en salud. Conceptualmente es una aspiración, debido a que las desigualdades son generalizadas y posiblemente nunca se eliminarán, pero el objetivo político de avanzar hacia la equidad en salud implica intentos de reducir las desigualdades en salud a un nivel mínimo. Por lo tanto, es "un concepto ético, basado en el principio de la justicia distributiva" [7] y conectado a un campo de investigación que está "inevitablemente politizado" [8].

Resumiendo:

1. Los factores de riesgo identificados tienen su origen fuera del sistema sanitario [2-4,6-8].
2. Las dos políticas que más han contribuido a evitar el deterioro de la salud, y el bienestar de la población, han sido políticas extra-sanitarias: la prolongación de las prestaciones de desempleo una vez agotado el subsidio y el mantenimiento de las pensiones [2,6].
3. Los indicadores de riesgo social nos dibujan un perfil de pobreza más intenso para personas jóvenes sin empleo, o con empleo precario y obligaciones familiares [2,3].
4. Dentro del ámbito sanitario, se observa que la prevalencia de trastornos mentales en ciertos colectivos es notablemente superior a la media [2,3,6].
5. Las desigualdades sociales en salud siguen estando presentes, y en algunos casos incluso se han acentuado [2,3,6].

Por otra parte, hay efectos de la crisis en la salud que podrían manifestarse a medio o largo plazo, especialmente si están correlacionados con factores ajenos al ámbito directo del sistema sanitario.

Mientras no se demuestre lo contrario, el sistema económico vigente se rige por ciclos y, por tanto, la cuestión no es si volveremos a vivir crisis económicas, sino cuándo se producirán y cómo actuaremos colectivamente para paliar los daños en la periferia social. Porque finalmente, los datos reflejan que la crisis agrava la vulnerabilidad de los más vulnerables: niños y jóvenes, ancianos, desempleados y, sobretodo, pobres.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] International Monetary Fund (IMF) World Economic Outlook—April 2009: Crisis and recovery. [Internet] Washington DC, USA: IMF; 2009. [Acceso 10-Sept-2019]. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/01/pdf/text.pdf>.
- [2] Oliva Moreno J, López-Valcárcel BG, Barber Pérez P, et al. Crisis económica y salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
- [3] Saez M, Vidiella-Martin J, Casasnovas GL. Impact of the great recession on self-perceived health in Spain: a longitudinal study with individual data. *BMJ Open*. 2019; 9(1):e023258.

- [4] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: WHO; 2008.
- [5] Main Tables. Eurostat. Income and Living Conditions Database. [Internet] Disponible en: [Http://epp.eurostat.ec.europa.eu/](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/)
- [6] Dávila-Quintana CD, Lopez-Valcárcel BG. Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88:187-90.
- [7] Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ*. 2003; 81:539-45.
- [8] Carlisle S. Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Crit Public Health*. 2001; 11:267-81.

África y su vulnerable hábitat

César Morcillo Serra

Médico internista. Hospital Cima Sanitas

África es un continente donde las ciudades y las tierras de cultivo se están desarrollando rápidamente, irrumpiendo las rutas de migración de vida silvestre. Los animales son penalizados por destruir cultivos y ganado, mientras que los agricultores y pastores se enfrentan a pérdidas económicas por ello. Los casos de conflicto entre humanos y vida silvestre son comunes, y ambas partes sufren las consecuencias. Pero existen algunas iniciativas que buscan mitigar este riesgo, desplazando o protegiendo la vida silvestre de ciertas áreas y a su vez beneficiando a la comunidad con proyectos sociales de educación y atención sanitaria, como estas dos reservas naturales en las que he tenido el placer de poder colaborar recientemente.

Ziwa Rhino and Wildlife Ranch, <http://www.ziwarhino.com>, es el hogar de los únicos rinocerontes salvajes en Uganda, previamente extinguidos, gracias a su proyecto de reintroducción del Rhino Fund Uganda, siendo actualmente el hogar de veintidós rinocerontes blancos del sur. Gracias a su conservación y soporte económico, permite dar educación gratuita a la comunidad.

Otro ejemplo es el santuario de chimpancés de la isla Ngamba, <https://ngambaisland.org>, rodeado por las tranquilas aguas del lago Victoria, que alberga a 49 chimpancés huérfanos rescatados, gracias a la ONG Chimpanzee Sanctuary and Wildlife Conservation Trust, profundamente comprometida tanto en la conservación de estos animales como en la educación comunitaria y asistencia sanitaria gracias al soporte de la clínica de salud en el vecino pueblo de Myende.

Realizar un voluntariado en África es una gran experiencia que he tenido la oportunidad de vivir en varias ocasiones, siendo Uganda un marco perfecto para dar rienda suelta a la solidaridad. Llegué en busca de proyectos solidarios que fomenten la autogestión para lograr su sostenibilidad, donde los habitantes fueran los protagonistas de su propio desarrollo a través de la potenciación y preservación de recursos, tanto naturales como humanos, y encontré formidables iniciativas. Colaborar en este tipo de proyectos supone interactuar con gente del país que, con su cultura y su visión de la vida tan diferente de la tuya, te hace no sólo cambiar el chip en muchos aspectos, sino volver con la sensación de que has recibido mucho más de lo que has dado.

Un claro ejemplo es Petits Details, <http://www.petitsdetails.org>, una ONG liderada por jóvenes que creen que el cambio es posible. Tiene distintos proyectos en el país, principalmente dirigidos a la educación (el promedio de educación en Uganda es menor a 5 años), la ayuda a la infancia y al empoderamiento de la mujer, como Mupenzi Children's Home, un Orfanato en el que viven 40 niños y niñas, donde se les proporciona educación, tratamiento sanitario y alimentación, además de un hogar y una familia.

Uganda está compuesta por una amplia gama de grupos étnicos. Hacia el nordeste se encuentran los Karamojong, donde hombres y animales se desplazan a través del paisaje en busca de pastos y agua durante las estaciones secas. En los últimos años, esta comunidad ha estado expuesta a una variedad de desastres naturales, como inundaciones y sequía, y otros conflictos administrativos y políticos, que los ha puesto en peligro. Aquí he tenido la oportunidad de colaborar en un proyecto dando soporte social a esta frágil comunidad, promoviendo la salud y educación infantil, base imprescindible para su autosostenibilidad.

Espero estas palabras e iniciativas sirvan para concienciar y sensibilizar a sus lectores, entender la vulnerabilidad no solo de la especie humana, sino del resto de especies con las que convivimos, y que protegiéndolas, conseguiremos una sociedad más justa y un mundo mejor para todos.



Hakuna Matata school, Rhino Fund Uganda, Ziwa, Uganda.

Fragilidad no es dependencia

Ana Lozano Miñana

Área de Fragilidad. Hospital Universitari del Sagrat Cor

En los últimos años, ha habido un interés creciente por la *fragilidad*. Si en los años 60-70 se iniciaron las bases de la evaluación del adulto mayor y en los 80 se demostró la utilidad de la valoración geriátrica integral, desde la década de los 90 el interés se concentró en la evaluación de la fragilidad en el anciano.

La definición más aceptada de *fragilidad* es la de un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis [1].

El envejecimiento en sí es un proceso de deterioro, con una vulnerabilidad aumentada y una disminución de la reserva fisiológica sea funcional, cognitiva, etc.

El envejecimiento es heterogéneo, resultado de interacciones complejas entre factores genéticos y ambientales, con una gran variabilidad individual, por lo que la edad fisiológica no coincide exactamente con la edad cronológica, y no siempre con la presencia de la comorbilidad y dependencia [2].

De todo lo anterior, surge la pregunta si el envejecimiento se asocia a *fragilidad*. ¿Es lo mismo hablar de fragilidad que envejecimiento?, ¿fragilidad es lo mismo que dependencia?, ¿son todos los adultos mayores frágiles?, ¿existen marcadores de fragilidad?, ¿De qué sirve identificar individuos frágiles?

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor robusto (es el término empleado como contrario a frágil), hasta aquél extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación [1,2].

A lo largo de la historia se han usado distintos criterios para definirla fragilidad:

1. Criterios médicos: presencia de enfermedades crónicas, alteración de la marcha, déficit sensoriales, caídas, polifarmacia, hospitalizaciones frecuentes
2. Criterios funcionales: dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD),
3. Criterios socioeconómicos: vivir solo, viudez reciente, edad >80 años, bajos ingresos económicos,
4. Criterios cognoscitivos/afectivos: depresión, deterioro cognitivo.

Sin lugar a dudas cualquiera de estos elementos es de riesgo para una persona mayor, sin embargo, es difícil poder estandarizar una definición de este síndrome con estos criterios diagnósticos tan amplios.

En la última década han surgido numerosos intentos de encontrar cuáles son los criterios que mejor identifican a estos pacientes frágiles. Una de las principales investigadoras del tema, Linda Fried, publicó los resultados del seguimiento de 5.317 personas mayores, entre 65 y 101 años, seguidos por 4 y 7 años, parte del estudio de la cohorte de Cardiovascular Health Study, en quienes definió el síndrome de fragilidad de acuerdo a la presencia de al menos 3 de 5 criterios (Tabla 1) [3].

Tabla 1. Criterio de síndrome de fragilidad

1. Pérdida de peso involuntaria (4.5 Kg. a más por año).
2. Sentimiento de agotamiento general.
3. Debilidad (medida por fuerza de prehensión).
4. Lenta velocidad al caminar (basados en una distancia de 4.6 m).
5. Bajo nivel de actividad física (menor de 400 calorías a la semana).
DIAGNÓSTICO Fragilidad: con tres a más criterios [3]

En este estudio encontró un 7% de la muestra frágil y mostró un mayor riesgo de caídas, deterioro funcional, hospitalización y muerte. Además se pudo demostrar que el grupo frágil se diferenciaba del grupo con discapacidad/dependencia (definido como restricción en al menos una ABVD según la escala de Barthel) y del grupo con comorbilidad (presencia de al menos 2 enfermedades determinadas). A pesar de existir sobreposición entre estos 3 grupos, el 27% de la muestra era frágil exclusivamente y un 21% tenía las tres condiciones.

Fragilidad, envejecimiento, comorbilidad, dependencia todo está relacionado y puede coexistir en un mismo paciente pero es importante diferenciar cada concepto para poder realizar las intervenciones adecuadas por parte del equipo interdisciplinar ya que lo que sí se sabe es que la fragilidad puede ser frenada o retardada.

En conclusión, la fragilidad:

- Es un síndrome que se presenta asociada al envejecimiento, pero que es diferente a él.
- Como síndrome tiene múltiples causas posibles
- Es diferente a la comorbilidad y a la dependencia, aunque se superponen y potencian.
- Es un continuo, un gradiente, inicialmente silencioso, que se hace evidente al sumarse deterioros
- Existen estrategias para disminuir y/o retardar la fragilidad
- Es importante identificar a estos sujetos a tiempo, intervenir y prevenir la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Asociación Internacional de Geriátría y Gerontología (IAGG), Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). El libro blanco de la fragilidad [Internet]. Madrid: IAGG, SEMEG, 2016. Disponible en: <http://www.semeg.es/uploads/archivos/LIBRO-BLANCO-SOBRE-FRAGILIDAD.pdf>
- [2] Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, et al. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010; 42:388-93.
- [3] Fried LP, Tangen CM, Walston J, (...) Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56:M146-56.

Dolor en poblaciones vulnerables

Vicente De Sanctis

Unidad del Dolor. Hospital universitari Sagrat Cor

Cada año, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) selecciona un tema al que se presta una atención especial y concentra diversas iniciativas de la organización. Este 2019 corresponde al dolor en poblaciones vulnerables.

Para la IASP, el concepto de "extremadamente vulnerable" se aplica a bebés y niños pequeños, ancianos, supervivientes de la tortura, la violencia organizada y la guerra, personas con discapacidad intelectual y alteraciones del desarrollo.

Es decir, todas aquellas personas que por motivos físicos, psíquicos, políticos o económicos, no pueden comunicar de forma eficiente su dolor. Esta imposibilidad de comunicación los sitúa en una posición de riesgo en cuanto a evaluación y tratamiento del dolor.

Los motivos físicos pueden deberse a una imposibilidad o dificultad de expresar comprensiblemente la experiencia dolorosa. El llanto, el rictus doloroso, un quejido... son señales que revelan la existencia de un dolor en niños, discapacitados intelectualmente o enfermos afásicos, pero los instrumentos de evaluación y diagnóstico resultan limitados para paliarlo de forma rápida y efectiva. Mientras, el paciente sufre.

El dolor deliberado es muchas veces parte de una estrategia política, militar y de las relaciones internacionales: "El tiempo ha demostrado que in-

fligir dolor es una forma eficaz de ganar conflictos bélicos o pugnas políticas".

Cuando pensamos en los supervivientes de tortura, debemos tener presente que la tortura radica en causar dolor, un dolor tan insufrible que derribe las barreras del individuo, que sea capaz de hacer todo lo que el torturador desea con tal de que acabe su sufrimiento.

Estas formas de dolor no solo deben ser combatidas socialmente y denunciadas públicamente, también tenemos el deber como profesionales de ofrecer tratamientos efectivos a las víctimas de violencia, quienes muchas veces son solo consideradas como daños colaterales de conflictos y guerras.

Como profesionales, cada vez es mayor la necesidad de saber cómo afrontar el dolor en espacios que no son sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- International Association for the Study of Pain (IASP). Fact sheets on pain in the most vulnerable (Spanish) [Internet]. Washington, DC: IASP; 2019. [consulta 2-October-2019]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/GYAP2016Detail.aspx?Item Number=8933>



Nuestras vulnerabilidades entre el miedo y el cuidado

Peio Sánchez

Rector Santa Anna. Facultad de Teología Cataluña

Vivimos en un entorno VUCA, es decir, según las siglas en inglés, de volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad. O lo que es lo mismo, nuestra realidad está sometida a cambios veloces, impredecibles en gran interacción y con graves dificultades para su interpretación. Esto hace que, si bien los avances del ser humano en ciencia y tecnología nunca habían llegado tan lejos, tampoco nunca anteriormente nos habíamos sentido tan vulnerables, tan cerca de la finitud, tan próximos a la mortalidad no solo personal sino planetaria y global.

La construcción personal enfrenta, como decía Paul Ricoeur, la paradoja entre la autonomía y la vulnerabilidad [1]. Nacemos como los mamíferos más dependientes y el proceso educativo ayuda a crecer en autonomía para garantizar la independencia. El sujeto maduro es el que puede garantizar su libertad. Sin embargo, en la sociedad del riesgo cada vez es más difícil vencer las fragilidades en la medida en que todos estamos demasiado preocupados por los peligros e inseguridades que nos rodean [2]. De forma inesperada, la vulnerabilidad vence a la autonomía. Ninguno está seguro en la sociedad del riesgo.

En esta tesitura vivimos en lo que se ha calificado como la monarquía del miedo [3]. Respondemos salvándose cada uno como puede, protegiéndose en el castillo del desasosiego. Este dinamismo nos cierra y tiende a hacernos antisociales ya que el otro es vivido como un peligro y una amenaza. Poco a poco, el temor atraviesa la piel y se instala en la conciencia como ira. Así nos intoxica.

Esta es la raíz de la dinámica de la exclusión de las personas más vulnerables. Las personas sin hogar, los emigrantes, los desconocidos, los que están fuera del círculo cada vez más estrecho y exclusivo de los confiables, quedan descartados fuera de las puertas, extramuros. "La guerra contra la inseguridad, los peligros y los riesgos, se libra ahora en el interior de la ciudad y es dentro de ella donde se definen campos de batalla y se trazan las líneas del frente. Las trincheras y los búnkeres, fuertemente blindados y cuya finalidad original era la de separarse de los extraños, manteniéndolos alejados y vedando su entrada" [4]

Revertir el miedo "hace falta que todos respiremos hondo y recordemos nuestra historia" [5]. La humanidad ha avanzado en la medida en que ha cooperado y la verdadera autonomía se realiza

en relación. Ante la vulnerabilidad nos salvamos los vínculos. El vínculo de la madre sostiene sobre su pecho la fragilidad del recién nacido. La mano del hijo sostiene la mano moribunda de la madre. La vulnerabilidad traspasada puede ser algo más que un riesgo que provoca miedo, puede ser la indignación que busca los vínculos.

La ética del cuidado supone traspasar las vulnerabilidades y compartirlas. El encerramiento en la ira y la exclusión deshumaniza porque proyecta sobre el otro descartado y extraño nuestro rechazo a lo frágil de nuestras propias vidas. Acercarse al sufrimiento del otro, escuchar su dolor, implicar nuestros afectos en su padecimiento y proyectar nuestra propia fragilidad supone recobrar la lucidez que vence el miedo y así cooperar juntos para salir adelante.

El papa Francisco propone cuatro verbos en esta ética de la hospitalidad con capacidad de cuidar del otro: acoger, proteger, promover e integrar [6]. La llamada a la compasión se abre a reforzar los vínculos tocando al otro, reconociendo su vida y asumiendo así nuestras vulnerabilidades. Solamente fundando vínculos podremos encontrar un camino que como decía Hannah Arendt nos permita perdonarnos y sostener una promesa de futuro para los que vienen detrás [7].

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Cfr. Ricoeur, P., Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada, Trotta, Madrid 2008, pp. 70-86.
- [2] Cfr. Beck, U., La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad, Paidós, Barcelona 2006, 400 pp.
- [3] Cfr. Nussbaum, M., La monarquía del miedo, Paidós, Barcelona 2019, 304 pp.
- [4] Bauman, Z., Vida líquida, Paidós, Barcelona 2006, p. 99
- [5] Nussbaum, M., Ibid, p.25
- [6] Francisco, Mensaje del papa Francisco para la Jornada Mundial del Emigrante y el Refugiado 2018 (14 enero 2018). <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2017/08/21/mens.html>
- [7] Cfr. Arendt, H. La condición humana, Paidós, Barcelona 2016, p. 257

Salud mental de las personas sin hogar. Estudio observacional de campaña en Ciutat Vella, Barcelona

Salut mental de les persones sense llar. Estudi observacional de campanya a Ciutat Vella, Barcelona

Mental health of homeless people. Observational campaign study at Ciutat Vella, Barcelona

Victoria Juncadella Puig

Universitat Abat Oliba, CEU. Facultat de Psicologia.

Tutora: Sra. Francesca Higuera Ballesteros. Universitat Abat Oliba, CEU

RESUMEN

Introducción y objetivo. El objetivo del estudio es analizar la situación socioeconómica y sanitaria de las personas sin hogar en Ciutat Vella de Barcelona. Se pretende evaluar la prevalencia de trastornos de adicciones, junto con la prevalencia de politoxicomanía patología dual, y depresión mayor.

Material y método. Estudios observacionales de tipo descriptivo en las áreas de salud mental y medicina interna. La muestra se obtuvo de >18 años que acudieron al Hospital de Campaña, del 18 al 24 de febrero de 2019. El primer estudio evalúa la situación de las personas que solicitaron atención psicológica. Los datos provienen de una entrevista clínica, estructurada en forma de exploración psicopatológica (n=30). El segundo estudio descriptivo se basa en los datos en el área de Medicina Interna (n= 282).

Resultados. El perfil corresponde a un varón, de 35-40 años, soltero, sin estudios y en situación de paro. Existe una prevalencia elevada de trastornos de la adicción, pero coincidente con aquellas que tienen domicilio, lo que indica que los trastornos de adicción no son un factor común y/o de riesgo en el "sinhogarismo". Existe una correlación significativa entre el consumo de alcohol y sexo masculino ($R^2 = ,557$ significativa en el nivel 0,01), y entre el Trastorno de Depresión mayor y el sexo femenino ($R^2 = ,600$ significativa en el nivel 0,01). El porcentaje de sujetos que no responde es superior al que declara consumir.

Conclusión. Para la prevención de las consecuencias del sinhogarismo, se debe proporcionar atención médica social, sistemática y divulgadora, antes y durante la falta de vivienda.

RESUM

Introducció i Objectiu. L'Objectiu de l'estudi es analitzar la situació socioeconòmica i sanitària de les persones sense llar a Ciutat Vella de Barcelona. Es pretén avaluar la prevalença de trastorns d'addiccions, juntament amb la prevalença de politoxicomania patología dual i depressió major.

Material i mètode. Estudis observacionals de tipus descriptiu a les àrees de salut mental i medicina interna. La mostra es va obtenir dels >18 anys que van acudir a l'Hospital de Campaña, del 18 al 24 de febrer de 2019. El primer estudi avalua la situació de les persones que van sol·licitar atenció psicològica. Les dades provenen d'una entrevista clínica, estructurada en forma d'exploració psicopatològica (n=30). El segon estudi descriptiu es basa en dades recollides en l'àrea de Medicina Interna (n=282).

Resultats. El perfil correspon a un home, de 35-40 anys, solter, sense estudis i en situació d'atur. Hi ha una prevalença elevada de trastorns de l'addicció, però coincident amb aquelles que tenen domicili, el que indica que els trastorns d'addicció no són un factor comú i / o de risc en el "sensellarisme". Hi ha una correlació significativa entre el consum d'alcohol i sexe masculí ($R^2 = ,557$ significativa en el nivell 0,01), i entre el Trastorn de Depressió major i el sexe femení ($R^2 = ,600$ significativa en el nivell 0,01) . El Percentatge de subjectes que no respon és superior al que declara consumir.

Conclusió. Per a la prevenció del "sensellarisme" s'ha de proporcionar una atenció mèdica social, sistemàtica i divulgativa, abans i durant la situació d'estar sense llar.

ABSTRACT

Introduction and Objective. The objective of the study is to analyze the socioeconomic and health situation of the homeless in Ciutat Vella, Barcelona. It is intended to evaluate the prevalence of addiction disorders, together with the prevalence of dual pathology polytoxicomania and major depression.

Material and method. Observational studies of descriptive type in the areas of mental health and internal medicine. The Sample was obtained from > 18 years of age who went to the Campaña Hospital, from February 18 to 24, 2019. The first study assesses the situation of people who requested psychological attention. The data comes from a clinical interview, structured in the form

of psychopathological examination (n=30). The second descriptive study is based on the data collected in the Internal Medicine area (n = 282).

Results. The profile corresponds to a male, 35-40 years old, single, without studies and unemployed. There is a high prevalence of addiction disorders, but coinciding with those that are domiciled, which indicates that addiction disorders are not a common and / or risk factor in homelessness. There is a significant correlation between alcohol consumption and male sex ($R^2 = .557$ significant at the 0.01 level), and between Major Depression Disorder and female sex ($R^2 = .600$ significant at the 0.01 level). The percentage of subjects who do not respond is higher than the one they declare to consume.

Conclusion. For homelessness prevention, systematic and outreach social medical care before and during homelessness should be provided.

Palabras clave: Bienestar social; Evaluación de necesidades; Factores socioeconómicos; Personas sin hogar/psicología; Personas sin hogar/estadística y datos.

Paraules clau: Avaluació de necessitats; Benestar social; Factors socioeconòmics; Persones sense llar/psicologia; Persones sense llar/estadística i dades.

Keywords: Homeless Persons/psychology; Homeless persons/statistics and numerical data; Needs Assessment; Social Welfare; Socioeconomic factors.

Correspondencia: vijuncadellapuig@gmail.com

Recibido: 13-julio-2019

Aceptado: 5-septiembre-2019

Juncadella Puig V. Salud mental de las personas sin hogar. Estudio observacional de campaña en Ciutat Vella, Barcelona. Ann Sagrat Cor 2019; 26(2): 63-70.

"Nosotros tenemos que ser el cambio que queremos ver en el mundo"

Mahatma Gandhi

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Campaña de la Parroquia de Santa Anna, nace de la situación de alerta que existe en la sociedad y en concreto en el distrito de Ciutat Vella (el segundo distrito de Barcelona con mayor número de personas sin hogar durmiendo en la calle), de asistir, acompañar y amparar a las personas sin recursos que no pueden cubrir sus necesidades básicas como la alimentación, la atención médica y la vivienda.

Según datos de la Organización Internacional de Migraciones (OIM), en el mundo hay 232 millones de migrantes internacionales y 740 millones de migrantes internos.

Es fundamental abordar la realidad de los flujos migratorios en el contexto actual, desde una perspectiva intercultural y de género, poniendo especial atención a los principales hitos migratorios, y a los diferentes obstáculos que las personas migrantes y refugiadas se encuentran en su trayecto migratorio. Son obstáculos a los que, por su lado, se enfrentan las sociedades de acogida, especialmente en lo concerniente a la lucha contra la discriminación, el racismo y la xenofobia. Sociedades en continuo cambio sociodemográfico y cultural, que hoy asisten a una crisis global de Derechos Humanos, por lo que se hacen más necesarias que nunca políticas que promuevan el respeto y la convivencia.

La ausencia de dichas políticas se refleja en la creciente cifra de personas sin recursos que duerme en las calles de Barcelona, y en concreto, en el barrio de Ciutat Vella. Es por ello que muchas organizaciones e instituciones presentan nuevos proyectos e iniciativas para poder resolver o reducir, en la medida de la posible, el número de personas que, como consecuencia de una crisis global, son víctimas del <sinhogarismo> y sufren las consecuencias viviendo en la

calle, sin recursos y sin tener la posibilidad de cubrir sus necesidades básicas.

En la actualidad, se hace imprescindible ofrecer servicios sanitarios a todas estas personas sin hogar que, a causa de su situación social, pueden padecer o sufrir enfermedades infecciosas, trastornos psíquicos, enfermedades orgánicas e incluso dependencia a sustancias tóxicas y/o al alcohol.

¿Qué es un hospital de campaña?

Un Hospital de Campaña es "una infraestructura de atención sanitaria móvil, autocontenida y autosuficiente que se puede desplegar, instalar y expandir, o en su defecto desmantelar, con rapidez para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de salud durante un lapso determinado" (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

El papa Francisco propone la metáfora del Hospital de Campaña que no intenta ser una definición eclesial, sino la descripción de la actitud y el espíritu que debe alentar la evangelización en el nuevo pueblo de Dios. En este contexto, aparece una nueva definición de la Iglesia "Hospital de Campaña" citada en los discursos del Papa Francisco y en la entrevista con Antonio Spadaro. La Iglesia Católica es, en palabras de Francisco, "Hospital de campo", su esencia es la del buen samaritano que detiene su camino para cuidar, ayudar y ocuparse de aquellos que sufren, de los más vulnerables, de los ignorados por la sociedad, de quienes se encuentran en las zonas periféricas y existenciales de la globalización, de los pobres, de los ancianos, de los enfermos, de los niños, de los desplazados, de las víctimas de la guerra, de los inmigrantes y de los comerciantes de vidas humanas que asesinan en pateras en el Mediterráneo a los prófugos de la guerra (Molina, 2018; Francisco entrevistado por Antonio Spadaro, 19 de agosto de 2013).

El contenido de la nueva representación de la Iglesia hecha por el Papa Francisco no es una novedad. En efecto, aunque la concepción descrita busca ir más allá de materializar la asistencia y la cooperación de las personas voluntarias, la Iglesia católica ha liderado durante siglos proyectos y programas de ayuda a comunidades e individuos en situación de abandono, de pobreza y de miseria (Molina, 2018).

Descripción del fenómeno “Sinhogarismo”

Las personas “sin hogar” serían las que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma (Avramov, 1995). Esta definición es fundamental a la hora de realizar un análisis sobre los inmigrantes recién llegados a nuestra sociedad y no disponen de ayudas o redes sociales de apoyo (Morales, 2009, 2012; Morales, Rosario y Vázquez, 2004).

En Barcelona hay unas 3.600 personas sin hogar. A través del censo de personas que viven en la calle que organiza la Fundación Arrels, sabemos que el 71% de las personas presentan una situación muy vulnerable (Red de Atención a Personas Sin Hogar de Barcelona [XAPSLL] 2018; Morales et al., 2004)

Este fenómeno se caracteriza por un modelo multidimensional asociado a los procesos de exclusión social y vulnerabilidad, que afecta a los grupos sociales de mayor riesgo social conformado por parados adultos de larga duración, jóvenes sin empleo, enfermos mentales, drogodependientes, personas con necesidades especiales, mujeres víctimas de la violencia de género, personas divorciadas, mayores de edad con ingresos insuficientes e inmigrantes (Morales, 2009, 2012).

El incremento del fenómeno del <sinhogarismo> se ha convertido en un problema común de las sociedades modernas más avanzadas (Morales, 2009). Se convierte en una realidad social que surge a partir de los años ochenta del siglo XX. La crisis política y económica de ésta década, el paro estructural y la inconsistencia de los vínculos y las instituciones sociales como las familias, fueron los detonantes del fenómeno (Feantsa, 2008).

«Estar/vivir sin un hogar» conlleva a una variedad de situaciones de exclusión residencial (Feantsa, 2008). Éste fenómeno incluye a quienes viven en la calle, a los que residen en albergues o centros de acogida, a los que viven en viviendas inhabilitadas o en edificios y casas desocupadas. Nos enfrentamos, por tanto, a una heterogeneidad de casos y circunstancias particulares (Global Migration Indicators [IOM], 2018). Se trata, pues, de segregados sociales, discriminados por su situación social y que no disfrutaban en plenitud de los derechos de la ciudadanía (Veca, 1990).

El concepto sociológico de persona «sin hogar» es el que ilustra con más precisión su circunstancia vital y por ello es el más reconocido socialmente. En la bibliografía especializada se emplean

indistintamente las nomenclaturas de personas «sin hogar» o personas «sin techo»: “(...) para referirse a los ciudadanos que se han ido quedando fuera de las oportunidades vitales que definen una ciudadanía social plena en las sociedades de nuestros días” (Tezanos,1998).

Movimientos migratorios

Las sociedades de nuestros días son sociedades complejas que necesitan, para ser comprendidas, nuevas denominaciones y perspectivas teóricas y conceptuales que incorporen explicaciones multifactoriales; es decir, que abarque el conjunto de casualidades y factores a la hora de explicar los fenómenos sociales que suceden a gran velocidad. Dentro de este panorama social, los movimientos migratorios, junto a las causas y consecuencias que subyacen de éstos, constituyen uno de los aspectos más cuestionado de nuestro mundo actual (Arango, 2002).

Desde un posicionamiento moral, ético, democrático e intercultural, es imprescindible no restar importancia a aspectos tan fundamentales como la desigualdad, la segregación y el duelo que suelen acompañar los procesos migratorios; así, como nuestro modo de mirar al otro, de acogerlo, ignorarlo o rechazarlo (Arango,2002). Las migraciones humanas son un fenómeno persistente a lo largo de la historia de la humanidad. Los movimientos migratorios han ido constituyendo y modelando a las sociedades contemporáneas en las que vivimos, todas han sido, y/o son, en algún periodo temporal, sociedades emisoras o receptoras de migrantes (Bade,2003).

¿Cómo inciden los movimientos migratorios en el barrio de Ciutat Vella de la ciudad de Barcelona?

En Barcelona, actualmente más de tres mil personas duermen en la calle, de ellas unas 500 personas corresponden a los barrios del Eixample i Ciutat Vella (Arrels Fundació, 2017). El perfil mayoritario de las personas sin hogar recogido hasta el momento se caracteriza por ser hombre, mayor de cuarenta años, de nacionalidad extranjera y que lleva viviendo en la calle más de un año. Por otro lado, el 12% restante son mujeres, quienes presentan una situación muy difícil cuando se ven obligadas a vivir en la calle. En ambos casos, hombres y mujeres, predomina la falta de arraigo, el hecho de no tener una vida ordenada y la imposibilidad de acceder a los servicios sanitarios públicos al no disponer de tarjeta sanitaria, entre otros motivos (Herrero, Valverde, Cabrera, López, 2003; Vázquez y Panadero, 2017).

Según Arrels Fundación (2017) se pueden distinguir una serie de factores globales, precipitantes para que una persona acabe en una situación de pobreza extrema, que serían:

- Estructurales: evolución de la economía, el mercado y la vivienda.
- Institucionales: acción de los Servicios Sociales, exclusión continuada del mercado laboral, etc.

- Relacionales: familia y redes de relación.
- Personales: edad, salud física y psíquica, grado de dependencia y autonomía.
- Ausencia de estatus legal.

Morbilidad con Trastornos Psíquicos

El concepto de *morbilidad* hace referencia a la cantidad de personas que son afectados o padecen una enfermedad en un determinado momento y lugar. La morbilidad es un dato estadístico fundamental para poder analizar la evolución o el retroceso de alguna patología, como también las causas de su manifestación y las posibles soluciones (Fernández Logroño 1999; Mariscal y Pardo, 2000)

- **Depresión Mayor:** El Trastorno de Depresión Mayor, según el DSM-5 (APA, 2013), se caracteriza por un conjunto de síntomas que afectan de forma significativa a la persona, disminuyendo la capacidad del autocuidado, afectando la autoestima y la participación en la sociedad, además de tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. También aparecen, en mayor o menor grado, síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (APA, 2013; Pérez-Pardilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés y Salgado-Burgos, 2017)
- **Trastornos adictivos:** En la actualidad, las adicciones son consideradas como una patología psíquica a causa de los efectos y modificaciones en el funcionamiento y la estructura cerebral que provoca el consumo y el abuso repetitivo de dichas sustancias (Rubio, 2006). La adicción es una enfermedad que evoluciona por etapas. En la primera fase las personas consumen las sustancias para experimentar diversas sensaciones como la euforia. La adicción es el estado más severo del trastorno, en el cual se evidencia la pérdida de autocontrol y la búsqueda compulsiva de drogas, a pesar del deseo de la persona de interrumpir la adicción (APA, 2013).
- **Patología dual:** El término patología dual hace referencia a la coexistencia de, al menos, un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias tóxicas. La dualidad, por tanto, no hace referencia al número de trastornos que presenta un individuo sino a la distinta naturaleza de éstos. Los distintos diagnósticos duales se pueden clasificar a través de los distintos modelos de relación que se han ido desarrollando por diversos autores (Jaspers, 1970; Figueroa, 2018; Lehman et al., 1989).

La Parroquia de Santa Anna.

Existe una red de iglesias "Hospital de Campaña", lugares donde todos pueden sentirse acogidos, escuchados, confortados, cuidados y acompaña-

dos. Entre ellas se encuentra la parroquia de Santa Anna, en Barcelona, y la de San Antón, en Madrid.

La Parroquia de Santa Anna decidió abrir sus puertas las 24 horas al día en el 2016, sin ningún tipo de discriminación. Cada mañana pasan por la parroquia entre 150 y 200 personas a desayunar, cenar y realizar talleres dinamizados por los voluntarios que les acompañan.

Se distinguen tres perfiles:

- Menores extranjeros no acompañados (MENA).
- Personas con autonomía a las que atienden los educadores sociales.
- Personas en situación irreversible que, para ser acompañados en su largo camino de reinserción social, deben comprometerse a no consumir drogas, no consumir alcohol, no provocar peleas o conflictos y no vender ningún tipo de droga (Arrels Fundació, 2017).

Este año, Santa Anna, ha decidido dar un paso más allá de la mano de los profesionales del Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona y ha instalado un auténtico "Hospital de Campaña" en la zona cero, con el objetivo de analizar la situación de salud de las personas que viven en la calle, durante una semana (18 al 24 de febrero.). El proyecto se ha desarrollado en tres ámbitos:

- Confección de historias clínicas de las personas sin hogar de Barcelona, y en concreto del barrio de Ciutat Vella, para el análisis de su situación de salud psíquica y física.
- Actuaciones médicas y de enfermería generales y específicas como medicina interna, podología, dermatología y psiquiatría.
- Explorar la posibilidad de poder vincular a los pacientes al sistema general de salud.

A través de este proyecto, se busca realizar un mapa sobre el estado de salud de las personas que viven en las calles de Barcelona, analizando la situación para una futura toma de decisiones y para poder hacer una valoración de cómo se trabaja hasta el momento.

La Federación Europea, ha identificado específicamente en Barcelona, un incremento de los inmigrantes que han de vivir y convivir como personas ilegales e irregulares a causa de su situación social y política, y es por ello que forman parte del colectivo de personas sin hogar de la ciudad. Se puede concluir que existe una gran variabilidad en la presentación de los diferentes problemas de salud en función de las características sociodemográficas específicas de la población sin hogar y en función de la zona geográfica (FEANTSA, 2017). Es por ello que, para poder abordar diversas intervenciones en la salud en la población sin hogar, es necesario conocer mejor sus características, perfiles y la magnitud real de sus problemas sanitarios y sociales.

El objetivo principal de este estudio es analizar las carencias sanitarias de las personas sin hogar que viven en el barrio de Ciutat Vella, Barcelona. Concretamente, se pretende conocer si la prevalencia de trastornos de adicciones es alta entre las

personas sin hogar del barrio de Ciutat Vella de Barcelona. En el presente estudio se busca alcanzar tres objetivos principales en relación a la salud mental: prevalencia de politoxicomanía, prevalencia de patología dual y existencia de depresión mayor.

METODOLOGÍA

En relación a los aspectos logísticos y de salud: La parroquia Santa Anna ha coordinado la captación y el acceso de los usuarios. Por otro lado, los doctores Francesc Fernández y Jordi Delás han coordinado la organización médica; la señora Ana Cruz y el señor Dani Regaña han coordinado la organización de la enfermería y por último la señora Marta Morales ha coordinado la atención a los usuarios de la campaña.

En cuanto a la difusión necesaria para todos los usuarios interesados en acudir al Hospital de Campaña durante esta semana de febrero, se ha ofrecido este servicio a todas las personas que acuden diariamente al comedor de la parroquia para desayunar y/o cenar y también se realizó una jornada de presentación del proyecto a todas las entidades de ámbito social como la *Fundación Arrels* para que remitiesen al Hospital a todas aquellas personas que lo necesitan.

Desarrollo del Hospital de Campaña

Es necesario contar con personal administrativo para la toma de datos sociodemográficos; con personal de enfermería para el triaje; con personal médico para las valoraciones clínicas; con personal

de enfermería, podología y dermatología para las curas y con trabajadores o voluntarios que puedan facilitar la traducción en inglés, francés o árabe a fin de poder mantener una visita médica fluida. Además se requiere material sanitario, y material específico para realizar las curas y medicamentos de primera línea.

Además se preparó un *kit* de productos de higiene para el aseo personal, con gel de baño, crema hidratante, crema de pies, unos calcetines, un cepillo de dientes y pasta dentífrica.

El personal asistencial estaba compuesto por observadores, colaboradores y voluntarios, todos ellos profesionales del área sanitaria y llevarán batas blancas para su fácil identificación. La coordinación entre el personal se hizo a través de los siguientes turnos (Tabla 1):

Tabla 1. Turnos del Hospital de Campaña.

8:00 a 12:00 horas	Captación de usuarios: 3 voluntarios Traductores: 2 voluntarios por idioma
12:00 a 16:00 horas	Personal de acompañamiento punto a punto: 4 voluntarios Triage: 2 voluntarios de enfermería y 2 voluntarios médicos.
16:00 a 18:00 horas	Coordinación: 2 voluntarios para organizar los diferentes puntos de consulta

La logística (Figura 1) permitía atender simultáneamente a 8 pacientes en los distintos puntos de especialidades. En ningún caso se pospuso la atención por la recogida de datos que se hizo manualmente y luego se informatizó.

Figura 1. Logística del Hospital de Campaña

<p>Punto de captación: Captación de personas en la carpa, zona exterior de la parroquia y comedor parroquial.</p>	<p>Punto de triaje: Las personas que precisan atención se dirigen al punto de triaje.</p>
<p>Punto datos: Se realiza la recogida de datos sociodemográficos y sanitarios, motivos de consulta. Firma de consentimiento informado.</p>	<p>Punto historia: Realización de historia clínica informatizada. Información al usuario de cómo acceder a la contraseña.</p>
<p>Punto asistencia: Asistencia sanitaria formada por 2 médicos y 2 enfermeros. En casos específicos se derivará a los especialistas.</p>	<p>Punto alta: Se entregará un documento con las especificaciones de la consulta.</p>

En última instancia, la parroquia sería la responsable de coordinar los procedimientos habituales en caso de precisar de atención social, en la orientación del procedimiento de higiene urgente y en la orientación sobre el procedimiento de conductas alimentarias.

Población del estudio

La muestra se obtuvo de los mayores de edad, que acudieron al Hospital de Campaña durante la semana 18 al 24 de febrero de 2019, siendo evaluados en las áreas de Salud mental y Medicina In-

terna. No se aplicaron más criterios de inclusión o exclusión, aparte del consentimiento informado de los pacientes.

El primer estudio evalúa la situación de las personas que solicitaron atención psicológica. Los datos provienen de una entrevista clínica, estructurada en forma de exploración psicopatológica. La muestra en este estudio es de 30 pacientes.

El segundo estudio descriptivo se fundamenta en los datos recabados en las visitas y exploraciones médicas realizadas en el área de Medicina Interna. La muestra en este estudio descriptivo es de 282 personas.

Diseño y procedimiento

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y el porcentaje para las variables cualitativas. Para analizar si la aparición de complicaciones estaba relacionada con alguna de las variables independientes se realizó la prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fischer para las variables cualitativas; y la prueba de comparación de medias de T-student para para las variables cuantitativas, cuando la distribución era normal, y U de Mann-Whitney, si no lo fuese. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

En el tratamiento estadístico de datos se utilizará la aplicación estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

RESULTADOS

Estudio descriptivo en el área de la salud mental

En la tabla 2 se observan los datos socio-demográficos de la muestra de referencia.

Tabla 2: Características sociodemográficas

Edad, rango media (DE)	15 - 65 35,03 (DE 11,77)
Sexo, $n(\%)$ Mujeres Hombres	7 (23,3%) 23 (76,6%)
Estado civil, $n(\%)$ Soltero Casado Pareja Otros	23 (76,6%) 3 (10%) 2 (6,6%) 2 (6,6%)
Estudios, $n(\%)$ Sin estudios Secundarios Otros	28 (93,3%) 1 (3,3%) 1 (3,3%)
Situación laboral, $n(\%)$ Activo Paro Baja	5 (16,6%) 24 (80%) 1 (3,3%)

Resumiendo, el perfil corresponde a un varón, de una media de edad de 35 años, soltero, sin estudios y en situación de paro. En base al marco teórico desarrollado, estos datos coinciden con el perfil presentado por la Fundación Arrels de las personas sin hogar que conviven en el barrio de Ciutat Vella.

Tabla 3. Hábitos tóxicos

	Rango Mínimo - máximo	Media (DE)
Gramos alcohol /día	0 - 1	0,47 (DE 0,5)
Cigarrillos día	0 - 20	13,53 (DE 8,3)
Porros /día	0 - 5	1,97 (DE 1,93)
Tazas de Café /día	0 - 6	1,23 (DE 1,67)
Gramos cocaína /día	0 - 1	0,2 (DE 0,4)

En cuanto a la prevalencia de hábitos tóxicos (Tabla 3) y trastornos mentales:

- Existe una correlación significativa entre gramos de cocaína al día y cantidad porros diarios ($R^2 = ,511$ significativa en el nivel 0,01).
- Existe una correlación significativa entre el consumo de alcohol y sexo masculino ($R^2 = ,557$ significativa en el nivel 0,01). En la línea de diversos autores, (Monsalve, Espinosa y Espinosa, 2011), los hombres consumen más alcohol y en mayor frecuencia que las mujeres.
- Por otro lado, existe una correlación significativa entre el Trastorno de Depresión mayor y el sexo femenino ($R^2 = ,600$ significativa en el nivel 0,01).

Estudio descriptivo en el área de la medicina interna

El objetivo de este estudio se basa en corroborar si la prevalencia de trastornos de adicción es alta entre las personas sin hogar del barrio de Ciutat Vella de Barcelona. En la Tabla 4, se presentan los resultados sociodemográficos de la muestra. Se evidenció una abrumadora proporción de hombres (84%) con una edad media de 37,27 años, y sin domicilio (77,6%), frente a 26 personas que vivían amparados por una institución o 37 personas con domicilio, pero sin recursos básicos para subsistir. Todo ello corroboró la situación de "Sinhogarismo" vivida por la mayor parte de personas que han acudido al Hospital de Campaña.

Tabla 4. Características sociodemográficas muestra de usuarios de medicina interna

Edad	14 - 76 37,27 (DE 13,7)
Sexo Mujeres Hombres	45 (16%) 237 (84%)
Domicilio Sin domicilio Institución Domicilio fijo	218 (77,6%) 26 (9,2%) 37 (13,1%)

La tabla 5 recoge los hábitos de consumo de sustancias adictivas declarados por los sujetos integrantes de la muestra. El consumo de alcohol supuso el hábito tóxico más frecuente, seguido de cannabis, cocaína y anfetamina. Ahora bien, debe destacarse que el porcentaje de sujetos que no responde es superior al que declara consumir.

DISCUSIÓN

Las tres hipótesis desarrolladas en el estudio descriptivo en el área de la Salud Mental se plantean si existe una prevalencia alta de trastornos de la adicción, si existe una prevalencia alta de depresión mayor y si existe una prevalencia alta de patología dual entre las personas sin hogar del barrio de Ciutat Vella que acuden al hospital de campaña solicitando atención psicológica.

Tabla 5. Hábitos de consumo tóxicos

	SI	NO	No responde
Alcohol	80 (28,4%)	123 (43,6%)	79 (28%)
Anfetaminas	12 (4,3%)	173 (61,3%)	97 (34,4%)
Cannabis	66 (23,4%)	121 (42,9%)	95 (33,7%)
Cocaína	35 (12,4%)	155 (55%)	92 (32,6%)

A partir de los resultados obtenidos, se puede colegir que existe una prevalencia elevada de trastornos de la adicción en la población que ha acudido al hospital de campaña. Esta prevalencia es mayor en los pacientes que han acudido al servicio de Salud mental. Ahora bien, es alta pero coincidente tanto en las personas sin hogar como en aquellas que tienen domicilio, lo que indica que los trastornos de adicción no son un factor común y/o de riesgo en el "sinhogarismo".

En cuanto a la prevalencia de hábitos tóxicos, la mayoría de los usuarios declaran no consumir. Ahora bien, el alto porcentaje de usuarios que no acceden a responder sobre su posible consumo de sustancias tóxicas, impide contar con datos suficientes para conocer su frecuencia real en la muestra.

De todas las personas sin hogar, hay que distinguir entre los perfiles tradicionales y los más actuales, que se sitúan en el centro de la vulnerabilidad y la exclusión social, como consecuencia de la propia dinámica social. Los procesos de exclusión social son la causa por los que las personas sin hogar viven involuntariamente al margen del modelo de la sociedad de referencia, convirtiéndose en el sector social estigmatizado e ignorado por el resto de la comunidad (Veca, 1990).

Además de los factores anteriores, es importante tener en cuenta el tipo de patrón que presenta cada persona sin hogar. Según la clasificación general de Arrels Fundació (2017) se puede distinguir tres tipos:

- 1. Patrón Crónico:** Hace referencia a los individuos que se encuentran en situación de pobreza extrema sin recursos desde hace más de un año. Los factores de riesgo que se identifican para la cronicidad de esta situación serían: problemas de salud mental, abuso de sustancias, problemas de salud física, historial delictivo y ser mayor de 35 años.
- 2. Patrón intermitente:** Referente a una situación en la que el individuo alterna periodos de vivir en la calle sin recursos y vivir con ayudas de instituciones públicas o sociales, como las ONG.
- 3. Patrón transicional:** Referente a periodos cortos en relación a episodios de crisis vitales (depresión, rupturas, situación social...).

Además, se identifica una morbilidad amplia con enfermedades infecciosas, salud mental, alcoholismo y abuso de sustancias, enfermedades cardiovasculares y metabólicas y víctimas de violencia (Arrels, Fundació, 2017).

Por último, una de las causas principales del incremento de personas sin techo en Europa, hace referencia a la falta de acceso a la vivienda. Se-

gún *European Federation of National Organizations working with the Homeless* (FEANTSA) se ha producido un incremento de las personas sin hogar en 15 de los 21 estados miembros; 410.000 personas duermen en la calle y más de 4.000.000 viven expuestas a situaciones de riesgo (FEANTSA, 2017).

Nos encontramos ante un reto fundamental para el desarrollo del proyecto y es que parece que todas estas personas no tienen conciencia de que el valor de la salud y la prevención de enfermedades son o deberían ser cuestiones prioritarias en su vida. Otros obstáculos identificados serían: reticencia a facilitar datos personales, no disponer de tarjeta sanitaria ni de prestación farmacéutica, falta de rutinas básicas, dificultad para asistir a visitas médicas establecidas, dificultades para cumplir con el seguimiento terapéutico y de falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos, acudiendo a los servicios de urgencias sólo cuando su situación de salud es grave.

CONCLUSIONES

En Barcelona, se estima que existen actualmente unas 3.600 personas sin hogar, el 71% de las cuales presentaría una situación muy vulnerable. Ello debería orientar la reforma de las políticas sociales y económicas, a fin de atender y reducir esta realidad.

Finalmente, teniendo en cuenta las variables, los resultados y los factores desarrollados en el curso del trabajo, somos conocedores de que nos encontramos ante una población vulnerable y de riesgo por sus características de movilidad y exclusión social, con obstáculos y poca adherencia a los servicios sociales y sanitarios. Es por ello que esta situación debe ser foco de atención por parte de los responsables de las instituciones públicas, como la sanidad, para promover medidas de prevención y estrategias viables de intervención, que permitan mejorar las condiciones vitales y la situación social de todas las personas sin hogar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA.
2. APA. (2013). *DSM-5*. (1ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
3. Arango, J. (2002). *Globalización e inmigración*, en VV.AA.: *El sindicalismo ante una economía globalizada*. Valencia: Germania.
4. Arrels Fundació. (2017). *Els recomptes evidencien que 1.301 persones dormen al carrer en set municipis catalans*. Recuperado de <https://www.arrels-fundacio.org/recomptes2017/>

5. Avramov, D. (1995). Homelessness in the European Union. *Social and legal context of housing exclusion in the 1990s*. Brussels: FEANTSA.
6. Bade K. J. (2003). *Europa en movimiento: las migraciones desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días*. Barcelona: Crítica.
7. Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza.
8. Bonilla, M. (13 de agosto de 2017). *La reforma de las estructuras y el cambio del modelo eclesial*, prof. Rafael Luciani. Recuperado el 1 de 7 de 2017, de http://es.radiovaticana.va/news/2017/04/13/«la_reforma_de_las_estructuras_y_el_cambio_del_modelo_eclesi/1305512
9. Castles, S. (2000). La migración internacional a comienzos del siglo XXI: tendencias y problemas mundiales, *Internacional Social Science Journal*, 65.
10. Cáritas, (2009), *Memoria Anual*. Recuperado de <https://caritas.barcelona/wp-content/themes/CaritasCorporativo/publicacions/memoria2009cast.pdf>
11. Doll H, Geddes J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.*, 5: 225.
12. Francisco. (4 de octubre de 2015). *Homilía Santa misa de apertura de la XIV Asamblea General ordinaria del Sínodo de los obispos*. Recuperado el 5 de 7 de 2017, de https://w2.vatican.va/content/francesco/es/homilies/2015/documents/papa-francesco_20151004_omelia-apertura-sinodo-vescovi.html
13. Francisco. (16 de marzo de 2013). *Discurso a los representantes de los medios de comunicación Sala Pablo VI*. Recuperado el 5 de 7 de 2017, de http://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2013/march/documents/papa-francesco_20130316_rappresentanti-media.html
14. Francisco. (19 de agosto de 2013). Francisco entrevistado por Antonio Spadaro, s.j. (s. Antonio Spadaro, Entrevistador) Recuperado el 31 de 6 de 2017, de https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2013/september/documents/papa-francesco_20130921_intervista-spadaro.html
15. European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA 2018). Informe Europeo. El papel de la vivienda en el sinhogarismo. Alojamiento y Exclusión residencial. (2018). Recuperado de <https://docplayer.es/5051116-Feantsa-informe-europeo-el-papel-de-la-vivienda-en-el-sinhogarismo-alojamiento-y-exclusion-residencial.html>
16. Fernández Logroño J. (1999). *Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
17. Fernández-Rufete y García Jiménez M. (eds.) (2005). *Movimientos migratorios contemporáneos*. Murcia.
18. Figueroa, G. (2018). La Psicopatología general de K. Jaspers en la actualidad: fenomenología, comprensión y los fundamentos del conocimiento psiquiátrico.
19. Herrero, S. P., Valverde, C. V., Cabrera, J. J. V., y López, M. M. (2003). Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3(2), 100-116.
20. IOM Releases Global Migration Indicators Report 2018. Recuperado de <https://www.iom.int/news/iom-releases-global-migration-indicators-report-2018>
21. Lehman y cols, (1989). Recuperado de <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2016/02/PMD-Patolog%C3%ADa-Dual-Epidemiolog%C3%ADa-factores-etiol%C3%B3gicos-y-modelos-asistenciales.pdf>
22. Mariscal E. y Pardo M J. (2000). La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. *Atención Primaria*, 26 (7): 453-458.
23. Molina, D. I. E. (2018). Francisco ¿el papa del fin de la era constantiniana? *Cuestiones Teológicas*, 44(102), 347-372.
24. Monsalve, A. S., Espinosa, X. P., y Espinosa, Á. F. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 77-97.
25. Morales, M. R. H. S. (2012). En los límites de la exclusión social. Inmigración y "sinhogarismo" en España. *Papers: revista de sociología*, 97(4), 829-847.
26. Morales, M. R. S. (2009). Inmigración y "sinhogarismo". *Temas para el debate* (174), 31-34.
27. Morales, S., Rosario, M., y Vázquez, S. T. (2004). Los inmigrantes sin hogar en España: un caso extremo de exclusión social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 55, 45-64.
28. Muñoz M, Vázquez JJ, Panadero S. (2017). Características de las personas sin hogar en España. *Psiquiatría Comunitaria*. 2003; 3:100-16.
29. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2003* - WHO - OMS. Recuperado de <http://apps.who.int/bookorders/WHP/dartprt1.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=24&codcch=2003>
30. Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.
31. Pérez, J.C., Valderrama, J.C., Cervera, G. y Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
32. Red de Atención a Personas Sin Hogar de Barcelona (XAPSLL). (2018), Recuento organizado por la red de atención a personas sin hogar el 16 de mayo del 2018. Recuperado de <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/barcelona/>
33. Resolución del parlamento europeo sobre estrategias de la UE ante el sinhogarismo (2013/2994, RSP). Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52014IP0043>
34. Tezanos, J. F. (2008). Exclusión social, democracia y ciudadanía económica. La libertad de los iguales. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 17-30.
35. UNESCO, (2019). Agenda 2030. Recuperado de https://participa.gencat.cat/uploads/decidim/attachment/file/238/HousingCHURV9_AGENDA_2030.pdf
36. Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. *Manual de Psicopatología*, 2, 717-784.
37. Veca, S. (1990). *Cittadinanza: riflessioni filosofiche sull'idea di emancipazione*. Feltrinelli Editore.

Atención a inmigrantes: historias clínicas sin fronteras

Atenció a immigrants: histories clíniques sense fronteres

Attention to immigrants: medical records without borders

Jordi Delás^a, Cèsar Morcillo^b

^aMedicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. ^bMedicina Interna. Hospital CIMA. Sanitas. Barcelona

ATENCIÓN A INMIGRANTES: HISTORIAS CLÍNICAS SIN FRONTERAS

La acogida de personas en situación socialmente deprimida, procedentes de otros países, suele comportar exámenes de salud destinados a descartar problemas individuales y su repercusión para la comunidad.

Implica la recogida de información sociodemográfica, antecedentes de enfermedades, el estado de salud en ese momento y, en ocasiones, exploraciones complementarias e incluso tratamiento. Una buena oportunidad para acceder a poblaciones, de difícil acceso para intervenciones preventivas [1].

Esta información se recoge de forma dispar. Mayoritariamente en hojas manuscritas, con un sistema de autocopia que permite que el recién llegado y la institución que la atiende puedan contar con un ejemplar.

Al personal asistencial, inmediatamente después de la visita, le surge la duda sobre la utilidad de una hoja escrita a mano para alguien sin datos de identificación, que probablemente va a cambiar de alojamiento, viajar ligero de equipaje y que una nueva visita sanitaria implicará reiteración de las mismas preguntas, incluso idénticas exploraciones complementarias.

Existen webs gratuitas de registros médicos, de acceso simple, tan o más sencillas de utilizar que las habituales de nuestros centros sanitarios. Permiten recoger la información necesaria con formularios preestablecidos y la posibilidad de incluir archivos de exploraciones complementarias [2,3]. El acceso por el habitual sistema de usuario y contraseña es posible para el profesional y, a través del portal del paciente, a la persona atendida, en la línea de que la historia clínica pertenece al individuo que, ha de tener acceso a ella de forma fácil y continuada.

Garantizados en cada entorno aspectos concretos de la protección de datos o la conformidad del paciente [4], esta historia clínica es de utilidad para personas sin domicilio fijo, en tránsito, útiles para cooperantes que atienden a la población en sus lugares de origen y, recomendable, para quienes van a iniciar una larga migración.

Para muchas personas puede ser el único documento con el que cuenten, un vínculo con los servicios sanitarios y sociales que les han atendi-

do, a recuperar a partir de los dispositivos móviles progresivamente generalizados en todos los estratos sociales o con alguna otra ayuda más sencilla.

Estos formularios sanitarios son de traducción fácil e instantánea en las propias páginas web, y se orientan a conseguir el mejor grado de calidad en la atención sanitaria.

Por último y no desdeñable, si bien es deseable el consenso entre las instituciones con responsabilidades en la atención de personas en situación socialmente deprimida, de mayor reconocido riesgo de morbilidad [5], pueden ser utilizadas de forma individual por el profesional que quiera optimizar su atención. Comentando, al final de la visita.

“En esta web, con este nombre de usuario y esta contraseña puede acceder a todo lo que hemos comentado y hecho. Alguien con su autorización o usted mismo, puede modificar el contenido. Mucha suerte”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Metayer N, Boulos R, Tovar A, et al. Recruitment of new immigrants into a randomized controlled prevention trial: the live well experience. *J Prim Prev.* 2018; 39:453-68.
2. Capterra Medical Software Blog. EHR & Medical Practice Management software advice for doctors and staff. [Internet]. Arlington, VA: Capterra Inc.; 2018. [Consulta 24-Agosto-2018]. Disponible en: <https://blog.capterra.com/articles/medical-software/>
3. Reizenwitz C. The Top 7 Free and Open Source EMR Software Products. [Internet]. Capterra Medical Software Blog. Arlington, VA: Capterra Inc.; 2018. [Consulta 24-Agosto-2018]. Disponible en: <https://blog.capterra.com/top-7-free-open-source-emr-software-products/>
4. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). Protecting the Privacy and Security of Your Health Information. [Internet]. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. [Consulta 24-Agosto-2018]. Disponible en: <https://www.healthit.gov/topic/protecting-your-privacy-security>
5. Chen Z, Min J, Bian J, et al. Risk of health morbidity for the uninsured: 10-year evidence from a large hospital center in Boston, Massachusetts. *Int J Qual Health Care.* 2019; 31:325-30.

Estudio observacional de los pacientes atendidos en la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) del Hospital Universitari Sagrat Cor.

Estudi observacional dels pacients atesos a la Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFISS) de l'Hospital Universitari Sagrat Cor.

Observational study of patients admitted to the Geriatric Interdisciplinary Health and Welfare Unit (UFISS) at the Hospital Universitari Sagrat Cor.

Núria de Riba Giménez

Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina.

Tutors: Dr. Jordi Delás, Dra. Ana Lozano, Departament de Medicina Interna. Hospital Universitari del Sagrat Cor. Dra. Galdina Valls

RESUMEN

Introducción y objetivo. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes frágiles que acuden a una UFISS mixta, como es la del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC), estableciendo patrones comunes, así como evaluar la respuesta asistencial que se les ofrece, categorizada como el destino al alta del paciente.

Material y método. Estudio observacional, retrospectivo, transversal, sin intervención, realizado en el ámbito del Servicio de Medicina Interna, entre el 18 Febrero y 9 Marzo 2019, el periodo del estudio, correspondiente a 20 días naturales. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados atendidos por la UFISS.

Resultados. Se recogieron datos de 125 pacientes. En el destino al alta de los pacientes atendidos por UFISS no influye ni la edad, ni patología, ni servicio, ni garante. Las diferencias significativas se encuentran en factores sociodemográficos y familiares: sexo, convivencia y procedencia.

Conclusión. La atención integral de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas es uno de los mayores retos en los sistemas sanitarios modernos.

RESUM

Introducció i objectiu. L'objectiu d'aquest estudi és descriure les característiques dels pacients fràgils que van a una UFISS mixta, com és la de l'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC), establint patrons comuns, així com avaluar la resposta assistencial que se'ls ofereix, categoritzada com el destí a l'alta del pacient.

Material i mètode. Estudi observacional, retrospectiu, transversal, sense intervenció, realitzat en l'àmbit del Servei de Medicina Interna, entre el 18 febrer i 9 Març 2019, el període de l'estudi, corresponent a 20 dies na-

turals. Es van revisar les històries clíniques dels pacients ingressats atesos per la UFISS

Resultats. Es van recollir dades de 125 pacients. En la destinació a l'alta dels pacients atesos per UFISS no influeix ni l'edat, ni patologia, ni servei, ni garant. Les diferències significatives es troben en factors sociodemogràfics i familiars: sexe, convivència i procedència.

Conclusió. L'atenció integral dels pacients geriàtrics amb malalties cròniques és un dels majors reptes en els sistemes sanitaris moderns.

SUMMARY

Introduction and objective. The objective of this study was to describe the characteristics of the fragile patients attended at a mixed UFISS, such as that of the University Hospital Sagrat Cor (HUSC), establishing common patterns, as well as assessing the assistance response offered to them, categorized as the destiny to discharge of the patient.

Material and method. Observational, retrospective, cross-sectional study, without intervention, within the scope of the Internal Medicine Service, between February 18 and March 9, 2019, the study period, corresponding to 20 calendar days. The medical records of admitted patients treated by UFISS were reviewed.

Results. Data were collected from 125 patients. In the destination on discharge of the patients attended by UFISS it did not influence neither the age, neither the pathology, nor medical department, nor guarantor. The significant differences were found in sociodemographic and family factors: sex, living and origin.

Conclusion. The comprehensive care of geriatric patients with chronic diseases is one of the biggest challenges in modern healthcare systems.

Palabras clave: Mayores, 80 o más años; Geriatria; Departamentos hospitalarios/ organización y administración; Derivación y consulta/estadística y datos.

Paraules clau: Gent gran, 80 o més anys; Geriatria; Departaments hospitalaris/organització i administració; Derivació i consulta/estadística i dades.

Keywords: Aged, 80 and over; Geriatrics; Hospital Departments/organization and administration; Referral and consultation/statistics and numerical data.

Correspondencia: nuriaderiba@gmail.com

Recibido: 29-mayo-2019

Aceptado: 5-septiembre-2019

De Riba Giménez N. Estudio observacional de los pacientes atendidos en la Unidad Funcional Interdisciplinar Sociosanitaria (UFISS) del Hospital Universitari Sagrat Cor. *Ann Sagrat Cor* 2019; 26(2): 72-78.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de la población ha aumentado en las últimas décadas gracias a los avances terapéuticos, tanto en patologías crónicas como agudas, y al desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas que permiten un abordaje precoz. Ello, junto a la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y la calidad de vida, dibuja una pirámide poblacional cada vez más invertida, en la que la población anciana tiene un gran peso (Figura 1).

El aumento en años de vida conlleva una incidencia mayor de enfermedades y un aumento en el número de pacientes atendidos por el sistema sociosanitario. Todo ello ha convertido la atención integral de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas en uno de los mayores retos en los sistemas sanitarios modernos.

Orientados principalmente a los procesos agudos, los hospitales y servicios sanitarios no acaban de ajustarse a este nuevo perfil de paciente, que presenta una o varias patologías de larga evolución.

Se define el anciano frágil como aquél que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y

un mayor riesgo a declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia.

Si bien algunos países aplican modelos alternativos adaptados a esta nueva realidad, en España encontramos iniciativas aisladas de los propios centros, lejos de existir un sistema generalizado que dirija y promueva una mejor atención a este grupo de pacientes vulnerables. [1-8]

En este contexto se han creado las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS) [9], equipos de soporte a nivel hospitalario, destinadas al cuidado de las personas ancianas, así como a las curas paliativas para atender a pacientes en fase terminal. Aunque encontramos diversos tipos de UFISS, -geriátricas, respiratorias-, existen pocos estudios al respecto y la mayoría se refieren a una patología o intervención concreta [10].

En base a todo ello, el objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes frágiles que acuden a una UFISS mixta, como es la del Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC), estableciendo patrones comunes, así como evaluar la respuesta asistencial que se les ofrece. Para ello, se establecen como objetivos secundarios la descripción sociodemográfica de la muestra, las características clínicas, y la intervención asistencial proporcionada, categorizada como el destino al alta del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, sin intervención, realizado en el ámbito del Servicio de Medicina Interna del HUSC de Barcelona, hospital médico/quirúrgico de 240 camas para pacientes adultos.

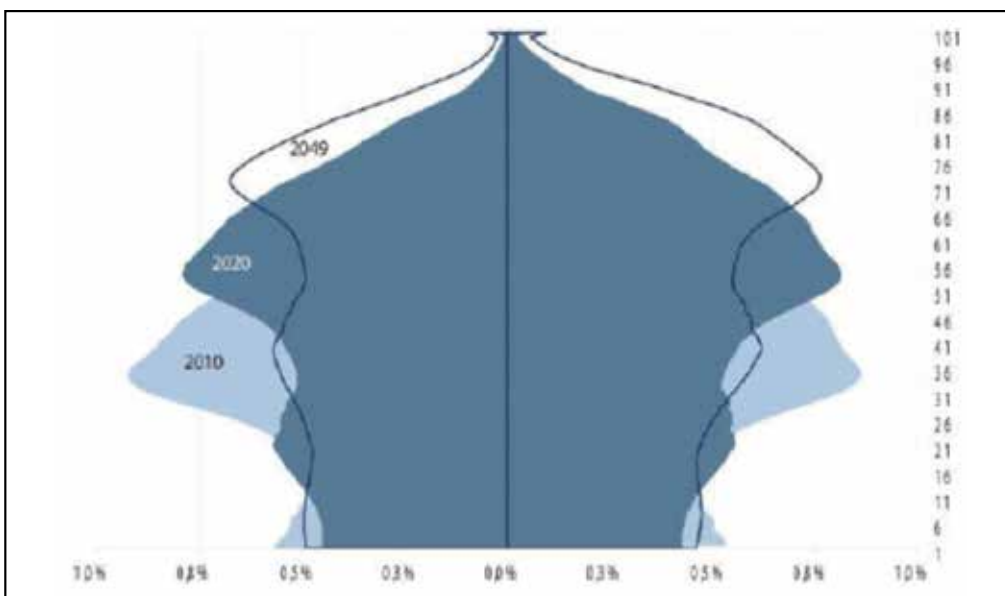


Figura 1. Población española 2010, 2020, 2049. Pirámides superpuestas. Fuente: INE Base. Population projections. Census Base 2001 [3].

Una vez obtenida la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica, se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en el HUSC atendidos por la UFISS entre el 18 Febrero y 9 Marzo 2019, el periodo del estudio, correspondiente a 20 días naturales.

Se recogieron los datos en el momento del alta hospitalaria del paciente, a partir del programa informático CASIOPEA y del registro elaborado por el Servicio de Medicina Interna del HUSC. El tratamiento de los datos mantuvo la confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente.

Muestra

La población diana del estudio estuvo compuesta por los pacientes susceptibles de ser atendidos en una UFISS y la población estudiada fueron los pacientes por los que se consultó a la UFISS del HUSC. El único criterio de inclusión fue haber sido atendido por la UFISS durante el período de estudio. El tamaño de la muestra fue de 125 pacientes estudiados de forma correlativa a partir de las consultas recibidas en la UFISS durante los 20 días del estudio.

Variables

Se recogieron los datos demográficos: edad, sexo, procedencia (residencia, domicilio, centro sociosanitario (CSS), sin hogar), convivencia (solo, pareja, familia, cuidador 24h, cuidador a tiempo parcial, otros), tipo de ingreso (urgencias, trasladado de otro hospital, programado), servicio hospitalario que realiza la interconsulta a la UFISS, duración de la estancia hospitalaria, días de seguimiento por la UFISS.

- Índice de Barthel. Herramienta para determinar la capacidad del paciente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), obteniéndose una estimación de su grado de independencia [11,12].
- Test de Pfeiffer. Se trata de un cuestionario que detecta un posible deterioro cognitivo. Una puntuación con más de 2 errores en el Test de Pfeiffer se considera positivo, y se debe aplicar un test diagnóstico confirmativo [11,13].
- Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado a Edad (ICCE). Se trata de un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los 10 años, en relación a la edad y comorbilidades del sujeto [14-17].
- Destino al alta: centro sociosanitario, domicilio, residencia, exitus. [18]
- Consideraremos el término "institucionalizados" para referirnos a pacientes de las siguientes dos categorías: Centros socio-sanitarios (CSS), se trata de un recurso temporal (2-4 meses) cuyo objetivo es la rehabilitación y/o mejora clínica en etapa de convalecencia del episodio agudo abordado en el hospital, y Residencia, único recurso definitivo que se da a pacientes que lo requieren.

Tabla 1. Descripción de las características de los pacientes

VARIABLES CUANTITATIVAS		Media	SD
Edad (años)		83,6	9,8
Estancia hospitalaria (días)		13,26	24,8
Días de seguimiento por la UFISS (días)		5,3	5,9
VARIABLES CUALITATIVAS		N	%
Sexo	Hombre	57	45,6
	Mujer	68	54,4
Procedencia	Domicilio	100	80,0
	CSS	7	5,6
	Residencia	7	5,6
	Prisión	1	0,8
	Sin hogar	2	1,6
	No consta	8	6,4
Convivencia	Solo	20	16,0
	Pareja	34	27,2
	Familia	23	18,4
	Cuidador 24h	7	5,6
	Cuidador a tiempo parcial	6	4,8
	Otros	2	1,8
	No valorable (institucionalizado)	15	12,0
	No consta	18	14,4
Objetivo de consulta	Buscar Recurso	105	84,0
	Consultoría	20	16,0
Garante	Servei Català de la Salut	100	80,0
	Mutualidad	25	20,0
Servicio	Medicina interna	43	34,4
	Neumología	21	16,8
	Unidad del paciente complejo (UPC)	11	8,8
	GerontoCOT*	10	8,0
	Neurología	10	8,0
	Traumatología	8	6,4
	Otros	22	17,6
Destino	CSS	47	37,6
	Domicilio	60	48,0
	Exitus	12	9,6
	Residencia	6	4,8
Recurso sin institucionalización	PreAlt	41	32,5
	PADES	5	4,0
	Recurso por mutualidad	9	7,2
	Excluidos por institucionalización	68	54,0
Ingreso	No consta	2	1,6
	Derivado de otro hospital	17	13,6
	Programado	7	5,6
Barthel	Urgencias	101	80,8
	Dependencia total	43	34,1
	D. grave	44	34,9
	D. moderada	33	26,2
Pfeiffer	D. leve	5	4,0
	Independencia total	1	0,8
ICCE	0-1	97	77,6
	≥ 2	28	22,4
ICCE	2	3	2,4
	3	7	5,6
	4	15	12,0
	5	12	9,6
	6	22	17,6
	7	23	18,4
	8	17	13,6
	9	10	8,0
	≥10	12	9,6

- Sin institucionalización, diferenciaremos PreAlt (seguimiento por Atención Primaria), PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte), recurso por mutualidad. También se anota el garante, es decir, el proveedor de servicios -Servei Català de la Salut (SCS)-, o mutualidad.

Estudio estadístico

Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo mediante el cálculo de las medias, desviaciones estándar para las variables cuantitativas y el porcentaje para las variables cualitativas.

Para analizar si la aparición de complicaciones está relacionada con alguna de las variables independientes se ha realizado para:

- Variables cualitativas: la prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fischer.
- Variables cuantitativas: Prueba de comparación de medias T-Student o ANOVA, cuando la distribución sea normal. El test Post Hoc utilizado ha sido la corrección de Bonferroni para ajustar las múltiples comparaciones. Se considera un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. En el tratamiento estadístico de datos se utilizará la aplicación estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.

RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue de 125 pacientes cuyas características sociodemográficas están detalladas en la tabla 1.

Los servicios que han realizado más interconsultas a la UFISS han sido medicina interna (34,4%) seguido de neumología (16,8%); y el 80% de pacientes provienen del Servei Català de la Salut.

Cuando se comparan las variables de la tabla 1 con el destino al alta, observamos (Tabla 2):

No se han observado diferencias por servicios

hospitalario, tampoco por origen del ingreso, ni por garante.

Tampoco la edad de los pacientes influye de forma significativa en el destino al alta. En relación al sexo, observamos que un 54,4% de las mujeres son institucionalizadas al alta frente a un 28,1% en el caso de los hombres. Inversamente, un 59,6% de los varones retornan a su domicilio frente a un 38,2% de las mujeres. Estas diferencias son significativas estadísticamente ($p=0,020$).

La diferencia entre hombres y mujeres destinados a CSS versus domicilio es significativa estadísticamente ($p=0,003$), reflejando un mayor número de mujeres destinadas a CSS y un mayor número de hombres que van a domicilio.

Los pacientes con mayor estancia hospitalaria, y más días en seguimiento por la UFISS resultan estadísticamente significativos en relación al éxitus, frente a los que van a domicilio y CSS ($p=0,006$ y $p=0,02$, respectivamente).

El índice de Barthel refleja mayor independencia en los pacientes que regresan al domicilio, aunque sólo existe significación entre domicilio y éxitus ($p=0,003$).

El test de Pfeiffer solo ha sido evaluado en pacientes con recurso PreAlt, es decir en los que se decide dar continuidad de asistencia sanitaria ambulatoria desde Atención Primaria, tanto en domicilio como en residencia, sin que se observen diferencias estadísticamente significativas.

El Índice de Comorbilidad de Charlson asociado a Edad (ICCE) muestra diferencias estadísticamente significativas entre CSS y residencia ($p=0,017$).

La procedencia también influye de manera significativa en el destino al alta de los pacientes ($p=0,000$). Así, el 71,4% de los provenientes de CSS retornan a éste, 14,3% fallecen y 14,3% vuelven a domicilio. El 57,7% de los pacientes que provienen de domicilio retornan a éste y un 34% son institucionalizados (Tabla 3).

También la convivencia influye significativamente en el destino al alta de los pacientes ($p=0,001$).

Tabla 2. Características de los pacientes en relación al destino tras el alta.

	Domicilio	CSS	Residencia	Exitus
Edad media (años)	84,5 (DE 8,6)	83,3 (DE 8,9)	83,1 (17,7)	81 (DE 12,2)
Sexo				
Hombres	59,6%	28,1%	50%	60%
Mujeres	38,2%	54,4%	50%	40%
Estancia hospital (días)	9,6 (DE 5,3)	11,3 (DE 8,0)	12 (DE 4,3)	39,1 (DE 75,0)*
Días en UFISS	4,5 (DE 4,5)	6,6 (DE 6,1)	9,1 (DE 5,9)	28,8 (DE 74,2)*
Índice de Barthel	51 (DE 30,3)*	38,1 (DE 26,3)	44,2 (DE 36,0)	18,8 (DE 25,1)*
Test de Pfeiffer	3,1 (DE 3,7)	--	5,5 (DE 3,5)	--
ICCE	6,7 (DE 2,1)	5,9 (DE 2,3)*	8,8 (DE 2,1)*	7,8 (DE 2,7)

* Diferencias estadísticamente significativas

Tabla 3. Tabla de contingencia de destino según procedencia y convivencia previa del paciente.

	Domicilio	CSS	Residencia	Exitus
Procedencia				
Domicilio	57 (57%)	32 (32%)	2 (2%)	9 (9%)
CSS	1 (14,3%)	5 (71,4%)	--	1 (14,3%)
Residencia	1 (14,3%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)
Otros	1 (9,09%)	8 (72,7%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)
Con vivencia				
Solo	6 (30%)	10 (50%)	3 (15%)	1 (5%)
Pareja	24 (70,6%)	10 (29,4%)	--	--
Familiar	18 (78,3%)	3 (13%)	--	2 (8,7%)
Cuidador 24 h.	4 (57,1%)	1 (14,3%)	--	2 (28,6%)
Cuidador parcial	2 (33,3%)	3 (50%)	--	1 (16%)
No consta/no valorable	6 ()	20 ()	3	6

Así:

- De los que vivían solos (n=20), un 65% son institucionalizados (50% CSS; 15% residencia), un 30% vuelven a domicilio y un 5% son exitus.
- De los pacientes que vivían con su pareja (n=34), un 70,6% vuelven a domicilio y el resto ingresan en CSS (29,4%). No hay registro de exitus ni de destino en residencia.
- De los pacientes que refieren vivir con algún familiar (n=23), un 78,3% regresan a domicilio, un 13% ingresa en CSS y un 8,7% son exitus. Ninguno ingresa en residencia.
- De los pacientes que viven con cuidador 24h (n=7), un 57% retornan a domicilio, un 28,6% son exitus y un 14,3% van a CSS. Ninguno ingresa en residencia.
- De los pacientes con cuidador a tiempo parcial (n=6), la mitad van a CSS, dos van a domicilio e uno fallece.
- De los pacientes que ya estaban institucionalizados previamente (15), un 66,7% (2/3) vuelven a CSS o residencia, un 20% fallecen (1/5) y el resto, 13,3%, van a domicilio.

DISCUSIÓN

Hay una serie de factores que resultan significativos en el destino tras el alta de los pacientes valorados por la UFISS.

Mientras que la edad no muestra influencia, el sexo refleja un mayor porcentaje de mujeres que acuden a la institucionalización temporal (54,4% de las mujeres frente al 28,1% en el caso de los hombres). Esto puede interpretarse teniendo en cuenta diversos factores biológicos y socioculturales. Por un lado, es conocido que la esperanza de vida en las mujeres es mayor que la de los hombres [19], lo que facilita su disponibilidad para cuidar de sus parejas varones en domicilio. Además, es sabido, existe un mayor porcentaje femenino en las profesiones que requieren cuidados [20], por lo que puede interpretarse que el instinto maternal y de donación de la mujer pueden influir en el hecho de que haya un mayor número de casos en que se garanticen unos cuidados óptimos para el hombre en el mismo

domicilio, sin ser necesaria la institucionalización de estos, cuando las circunstancias lo permiten. Por otro lado, socioculturalmente, en las generaciones actualmente geriátricas, la mujer sigue teniendo un papel importante en los cuidados y tareas de la casa, factor que influye también indirectamente en la decisión de retorno a casa o ingreso en institución del paciente [21].

En cuanto a la estancia hospitalaria y los días en UFISS, no sorprende que los pacientes que regresan al domicilio son aquellos que presentan estancias hospitalarias más cortas, mientras que los pacientes en exitus son los que están más días ingresados. Ello resulta congruente con la idea de que los pacientes en estadios más graves tienen una mayor estancia y un peor pronóstico.

De manera coherente, los pacientes que van a domicilio muestran un índice de Barthel superior, lo que indica mayor aptitud para las ABVD; junto con un menor deterioro cognitivo reflejado en el Test de Pfeiffer.

El estado cognitivo tiene un gran impacto en la autonomía del paciente [12, 13] y, consiguientemente, en la valoración del recurso solicitado para el paciente al alta hospitalaria. Sin embargo, con la muestra actual las diferencias no han sido significativas.

Sin embargo, y contrariamente quizás a lo que podríamos esperar, la media del ICCE menor, la encontramos en el grupo de pacientes que van a CSS y no los que van a domicilio. También puede sorprender que la media del ICCE mayor se encuentre en el grupo de pacientes que van a residencia y no en los que son exitus. Las diferencias solo son significativas entre CSS y residencia, presentando menor comorbilidad aquellos que van a CSS.

Para interpretar estos resultados se debe tener en cuenta que un agregado importante de pacientes destinados a CSS son personas ingresadas de forma programada por el servicio de traumatología (por prótesis programada mayoritariamente) con una media de edad menor y poca comorbilidad. Este subgrupo atendido en la UFISS presenta características muy diferentes al resto del colectivo que pasa por la unidad.

También se debe tener en cuenta que la muestra de pacientes destinados a residencia es

muy bajo (n=6), por lo que cuestionamos la validez real de estos datos.

No se observan diferencias significativas por servicios hospitalarios. Los pacientes de Cardiología no han necesitado institucionalización en ningún caso, lo que puede deberse a que la patología cardiovascular no suele requerir cuidados de CSS, mientras que las patologías atendidas en Neurología, GerontoCot y Traumatología suelen tener secuelas y requerir un proceso de rehabilitación activo. El hecho de que la mayor parte de los pacientes de UPC regresan a domicilio sin registro de casos de exitus, podría sugerir que la atención integral del paciente geriátrico y/o vulnerable, tenga un impacto en la evolución y pronóstico de estos gracias a la atención integral geriátrica multidisciplinar [22].

El hecho que haya mayor número de exitus y de necesidad de recurso definitivo en los pacientes de medicina interna puede ser debido al hecho que los pacientes atendidos por este servicio suelen presentar mayor comorbilidad, hecho por el que se decide ingresarlos en esta unidad con atención global [23,24].

Para interpretar que menos de la mitad de los pacientes en los que se pedía recurso van a una institución, hay que tener en cuenta que uno de los recursos que ofrece la UFISS es el PreAlt a domicilio.

Llama la atención que un gran porcentaje de pacientes atendidos por la UFISS a raíz de consultoría son en exitus (35%), frente a un 4,8% en aquellos atendidos por búsqueda de recurso. Este dato probablemente esté influido por el hecho de que cuando un profesional pide recurso post alta es porque pronostica una buena evolución de éste, por lo que las probabilidades de que éste fallezca en el ingreso son menores.

Por otro lado, nos preguntamos si la gran parte de las interconsultas a la UFISS con objetivo de consultoría son de pacientes en fase paliativa y en fase de final de vida, dato que apoyaría el elevado porcentaje de exitus. [25-28]

Limitaciones

La principal limitación proviene de la muestra poblacional objeto del estudio. La población de la muestra está circunscrita al Hospital Universitari Sagrat Cor, con pacientes de atención sanitaria pública circunscritos geográficamente y de mutualidad.

Sin embargo ello puede haber influido en el nivel educativo y socioeconómico global de la muestra. Por ello podría resultar aventurado considerar los resultados representativos del total de la población de Barcelona, y tan solo sería extrapolable a poblaciones similares.

Otra posible limitación podría ser la duración del periodo de estudio, ya que 20 días podrían ser pocos para obtener datos fiables.

Y, por último, mencionar que la falta de experiencia de la investigadora principal probablemente haya limitado la interpretación de los resultados.

CONCLUSIÓN

La atención integral de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas es uno de los mayores retos en los sistemas sanitarios modernos. Orientados principalmente a los procesos agudos, los hospitales y servicios sanitarios no acaban de adaptarse al nuevo perfil de paciente con una o varias patologías de larga evolución.

En otros países se aplican modelos alternativos adaptados a esta nueva realidad. Sin embargo en España encontramos iniciativas aisladas de los propios centros, lejos de existir un sistema generalizado que dirija y promueva una mejor atención a este grupo de pacientes vulnerables. No existe mucha bibliografía en torno a esta necesidad y nos planteamos la oportunidad de estudiar las características de estos pacientes y la respuesta asistencial que está siendo ofrecida a este agregado de personas.

A través de este análisis descriptivo hemos buscado conocer las tendencias existentes sobre parámetros sociales y sanitarios de este colectivo mediante el estudio de una muestra de pacientes atendidos por la UFISS en el Hospital Universitario Sagrat Cor.

AGRADECIMIENTOS

Desearía agradecer al HUSC la oportunidad de realizar el estudio y al CEIm la orientación recibida. También agradecer al Dr. Delás, la Dra. Lozano y la Dra. Valls por el asesoramiento, guía y acompañamiento proporcionado.

Gracias también a las componentes de la UFISS, la enfermera Dolors Farran y la asistente social Nieves Pina, junto a la Dra. Lozano, por la oportunidad de formar parte de esta realidad durante tres semanas. Por último, este estudio no podría haber sido realizado sin la labor de Margarita Aguas, farmacóloga clínica que ha sido el referente en la estadística del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nikolich-Žugich J, Goldman D, Cohen P, et al. Preparing for an aging world: engaging biogerontologists, geriatricians, and the society. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016; 71:435-44.
2. Chen C, Goldman D, Zissimopoulos J, et al. Multidimensional comparison of countries' adaptation to societal aging. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018; 115:9169-74.
3. Serrano J, Latorre J, Gatz M. Spain: promoting the welfare of older adults in the context of population aging. *Gerontologist.* 2014; 54:733-40.
4. García Navarro J. La geriatría ante los nuevos retos del sistema sanitario: ¡ Hay que moverse ya!.. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48:251-3.
5. Mas M, Amblàs-Novellas J. La geriatría ante el reto de construir un nuevo relato de futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52:237-9.

6. Hurria A, High KP, Mody L, et al. Aging, the medical subspecialties, and career development: where we were, where we are going. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65:680-7.
7. Las personas mayores en España. Informe 2016. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas – Alertas y publicaciones [Internet]. A Coruña: Xunta de Galicia; 2019 [citado 20-mayo-2019]. Disponible en: <https://blogs.xunta.gal/publicacions-ps/es/las-personas-mayores-en-espana-informe-2016-datos-estadisticos-estatales-y-por-comunidades-autonomas/>
8. Thomas K, Armstrong J, et al. Prognostic Indicator Guidance (PIG) [Internet]. 4th Ed. The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC. Oc2011[Citado 23-mayo-2019]. Disponible en: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
9. Pla director sociosanitari Estratègies 2017-2019 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2019 [citado 28-mayo-2019]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Sociosanitari/Linies-estrategiques/PDsociosanitari_2017_2019.pdf
10. de Miguel Artal M, Roca Chacón O. [Intervention by a geriatric interdisciplinary health and welfare unit (UFISS) in patients with hip fractures admitted to a Traumatology Department]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014; 49:96-7.
11. Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor (AMF 2013) Paso a paso [Internet]. Madrid: Semfyc; 2013 [citado 23-mayo-2019]. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1187
12. Barrero Solís CL, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Nuevos Horizontes* 2005; 4: 1-2
13. Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23:433-41.
14. Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez E, et al. [Comorbidity in the elderly: utility and validity of assessment tools]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45:219-28.
15. Boyd CM, Ritchie CS, Tipton EF, et al. From Bedside to Bench: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on comorbidity and multiple morbidity in older adults. *Aging Clin Exp Res.* 2008; 20:181-8.
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987; 40:373-83.
17. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61:1234-40.
18. Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, et al. Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52:342-7.
19. Bilal U, Cainzos-Achirica M, Cleries M, et al. Socioeconomic status, life expectancy and mortality in a universal healthcare setting: an individual-level analysis of >6 million Catalan residents. *Prev Med.* 2019; 123:91-4.
20. Block K, Croft A, Schmader T. Worth less? Why men (and women) devalue care-oriented careers. *Front Psychol.* 2018; 9:1353.
21. Solé-Auró A, Alcañiz M. Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *Int J Equity Health.* 2016; 15:126.
22. Gual N, Yuste Font A, Enfedaque Montes B, et al. [Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit]. *Aten Primaria.* 2017; 49:510-7.
23. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016 [citado 20-mayo-2019]. Disponible en: http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/docrel/nota-premsa/contingut/download/89293.htm
24. Jiménez M. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2007. p. 42-6.
25. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, et al. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2013; 11:48.
26. González-Montalvo JI, Mauleón Ladrero C, Menéndez-Colino R, et al. [Efficiency of the acute geriatric units compared to the rest of the hospital departments. A 5-year audit of the case-mix adjusted for diagnosis-related group]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019; 54:94-8.
27. Dyer C, Hyer K, Feldt K. Frail older patient care by interdisciplinary teams. *Gerontol Geriatr Educ.* 2004; 24:51-62.
28. Commission on Hospital Care for Frail Older People: main report [Internet]. Hsj.co.uk. 2014 [cited 21 May 2019]. Disponible en: <https://www.hsj.co.uk/download?ac=1292263>

Masas anexiales benignas: evaluación por Resonancia Magnética

Masses annexals benignes: avaluació per Ressonància Magnètica.

Benign adnexal masses: characterization by Magnetic Resonance Imaging.

Silvia Llaverias Anna Maria Gallart, Sara Grossi, Vicenç Querol, Elena Serrano, Iacopo Ciampa, Tomás Salaya, Mariana Rovira

Servicio de Diagnóstico por la Imagen. HealthDiagnostic. Hospital Universitari Sagrat Cor

Palabras clave: Enfermedades anexiales/diagnóstico; Diagnóstico diferencial; Neoplasias ováricas/diagnóstico por imagen; Imagen por resonancia magnética/métodos.

Paraules clau: Malalties annexals/diagnòstic; Diagnòstic diferencial; Neoplàsies d'ovari/diagnòstic per imatge; Imatge per ressonància magnètica/mètodes.

Keywords: Adnexal Diseases/diagnosis; Diagnosis, Differential; Ovarian neoplasms/diagnostic imaging; Magnetic Resonance Imaging/methods.

Correspondencia: silviallaverias@gmail.com

Recibido: 4-febrero-2019

Aceptado: 30-mayo-2019

Llaverias S, Gallart A, Grossi S, Querol V, Serrano E, Ciampa I, Salaya T, Rovira M. Masas anexiales benignas: evaluación por resonancia magnética. Ann Sagrat Cor 2019; 26(2): 79-86.

La TC se utiliza principalmente para la estadiaje preoperatorio de las masas que son altamente sospechosas de malignidad, con el objetivo de valorar su extensión y poder planificar el abordaje quirúrgico de forma más adecuada. En cambio, la TC tiene un escaso papel para la caracterización inicial de las masas anexiales, excepto cuando contengan grasa o calcificaciones groseras que sugieran el diagnóstico de Teratoma. Conviene recordar que la TC expone a la paciente a radiación ionizante, aportando poco beneficio diagnóstico.

La RM se ha convertido en una herramienta esencial para resolver problemas diagnósticos, primero para precisar el lugar de origen de una masa pélvica, y después para caracterizarla. Las principales ventajas de la RM son su alto contraste tisular y la ausencia de exposición a radiación ionizante. Está bien establecido que la RM aporta información específica sobre el contenido hemático, grasa o de colágeno de una lesión, y puede distinguir tumores ováricos benignos de malignos, con una exactitud de alrededor un 88% al 93%. Existen una serie de lesiones anexiales que pueden ser diagnosticadas de forma segura por RM, como son los quistes funcionales, los quistes hemorrágicos, los cistoadenomas, teratomas, endometriomas, hidrosalpinx, y los leiomiomas uterinos [5-8].

Obtener un diagnóstico por imagen de benignidad permite disminuir el número de cirugías innecesarias, o al menos, realizar intervenciones mínimamente invasivas y/o procedimientos ahorradores de fertilidad. Por el contrario, aquellas lesiones anexiales indeterminadas que siguen siendo indeterminadas por RM, o que presentan criterios de sospecha de malignidad, deben ser rápidamente derivadas para realizar un correcto tratamiento quirúrgico oncológico.

RECUERDO ANATÓMICO DEL ANEJO UTERINO

La región anexial contiene el ovario, la trompa de Falopio, el ligamento ancho, el ligamento ovárico, el ligamento redondo y el ligamento infundíbulo-pélvico. Los ovarios normales, el ligamento ancho y el ligamento redondo se visualizan muy bien en las imágenes de RM [4-8].

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica diaria es frecuente hallar masas pélvicas anexiales, muchas veces detectadas de forma incidental al realizar una Tomografía Computarizada (TC) o una ecografía abdominal por otro motivo, y su diagnóstico supone un reto para el radiólogo. Es importante destacar que la gran mayoría de estas masas finalmente van a resultar ser benignas (la frecuencia de malignidad en mujeres premenopáusicas sometidas a resección quirúrgica está por debajo del 10% en USA, y en el caso de las postmenopáusicas alrededor de 15%) [1-3].

Las técnicas de imagen disponibles en la actualidad para el estudio de estas lesiones son la ecografía (US), la Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética (RM). [1]

La ecografía (transvaginal o transabdominal) es la primera modalidad de examen ante la sospecha de una masa ovárica, y en muchos casos, es suficiente para su correcto diagnóstico. Sin embargo, en ocasiones esto no es posible. Se define como masa anexial indeterminada aquella lesión, que después de un examen US exhaustivo con Doppler, no puede ser tipificada con certeza ni en la categoría de benignidad ni en la de malignidad. En el caso de que no se pueda establecer con precisión el origen de una masa pélvica, ésta también se considerará indeterminada [1,4].

Los **ovarios** se sitúan en la fosa ovárica, depresión lateral pélvica, delimitada anteriormente por los vasos ilíacos externos, y posteriormente por el uréter y los vasos ilíacos internos. Hay mucha variabilidad en la posición de los ovarios y en su tamaño, que varía según la edad, atrofiándose en la menopausia. Histológicamente se componen de una porción central o medular, que contiene células del estroma, vasos linfáticos, sanguíneos y nervios, y una porción periférica o cortical, que contiene los folículos. El ovario premenopáusico presenta una intensidad de señal intermedia en secuencia potenciada en T2, con numerosos pequeños folículos distribuidos por la región cortical y subcortical, de diversos tamaños, homogéneos con fino halo hipointenso a su alrededor. El ovario postmenopáusico muestra una señal más baja y homogénea con ausencia o escasez de folículos en su interior. En las secuencias potenciadas en T1, los ovarios tienen una intensidad de señal homogéneamente isointensa con respecto al miometrio. En ocasiones puede resultar difícil localizar los ovarios postmenopáusicos, generalmente pequeños (<2 cm) con escasos folículos, pudiendo ser confundidos con adenopatías. En estos casos, es útil usar los ligamentos descritos como guías anatómicas para poder reconocer los ovarios (Figura 1).

Las **Trompas de Falopio** se hallan incluidas en la porción superior del ligamento ancho del útero y tienen una longitud aproximada de 10 cm., y un diámetro de 1-4 mm. En condiciones normales no se visualizan ni en RM, ni en US, ni en la TC.

PROTOCOLO TÉCNICO RM

Para obtener información anatómica y poder valorar las características morfológicas y de intensidad de señal de una masa anexial, se realizan secuencias potenciadas en T1 y en T2. La secuencia T1, con saturación de grasa, es básica para detectar áreas de hemorragia y de grasa. El uso de contraste intravenoso (Gadolinio) puede mejorar la detección del patrón de captación de los septos y de los focos sólidos dentro de una masa, o la extensión a la superficie peritoneal. Actualmente es recomen-

dable realizar estudios dinámicos multifásicos, con alta resolución temporal que permiten adquirir curvas de captación. Estudios recientes sugieren que las lesiones que demuestran una rápida e intensa captación con lavado precoz tienen alta probabilidad de ser malignas.

La utilidad de la secuencia de Difusión (DWI) ha sido controvertida a lo largo de la literatura, pero en la actualidad se debe incluir en todos los protocolos de estudio y valorarla siempre junto al mapa ADC [9-11]. Según las recomendaciones de la European Society of Urogenital Radiology (ESUR) [12], la secuencia de DWI para la imagen ginecológica debe usar valores de "b" altos (desde 800-1400s/mm²).

La DWI solo se debe usar en la valoración de masas pélvicas no-grasas y no-hemorrágicas, que sean enteramente sólidas o masas complejas sólido-quísticas. Por tanto, la difusión no tiene papel en el diagnóstico del endometrioma, ni del teratoma. Si el componente sólido de una masa indeterminada muestra baja intensidad de señal en secuencias T2 y también es hipointensa en la DWI, existe una alta probabilidad de que sea una masa benigna, independientemente de su patrón de captación. Por tanto, la secuencia de DWI será diagnóstica en muchas masas sólidas como son: el fibroma, cistoadenofibroma ovárico y los leiomiomas uterinos. De este modo, en estas circunstancias concretas, la DWI puede substituir al estudio dinámico. Por el contrario, si una masa anexial indeterminada es sólida o contiene áreas sólidas que muestran alta señal en DWI, la lesión tanto puede ser benigna como maligna, y debe realizarse administrarse contraste intravenoso para mejorar la capacidad diagnóstica [9,13,14].

Protocolo estándar:

1. TSE-T2 en planos sagital, axial y coronal.
2. TSE-T1 axial con y sin saturación de la grasa.
3. T2 Saturación grasa o STIR axial.
4. DWI y ADC, valor b0 b800 b1400.
5. Ocasionalmente estudio con contraste i.v. (Gadolinio).
6. Imágenes de substracción (no incluidas en nuestro protocolo).

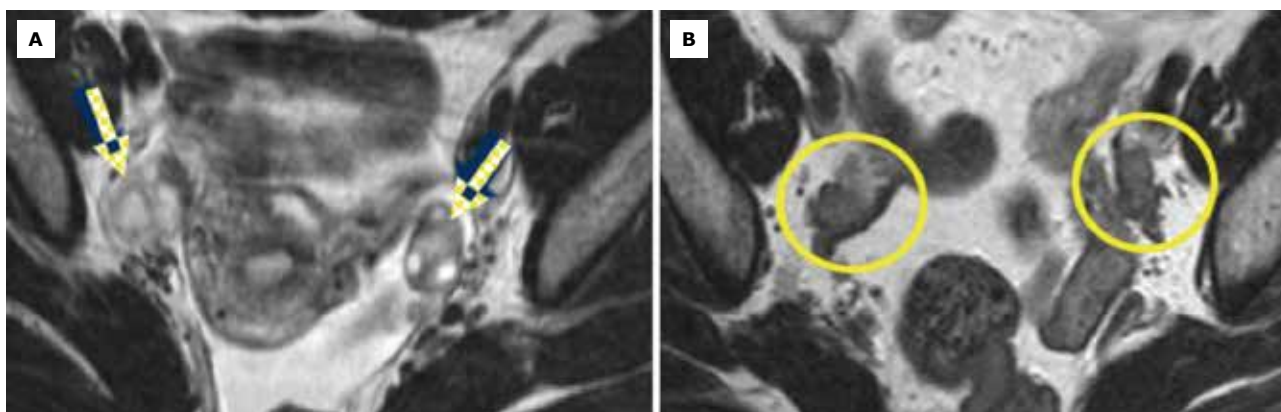


Figura 1. Anatomía de la región anexial por RM, secuencia axial T2. El ovario premenopáusico (A) se reconoce fácilmente con la presencia de pequeños folículos hiperintensos en T2 (flecha). El ovario postmenopáusico (B) puede ser más difícil de localizar puesto que se atrofia con la edad y se hace más isointenso con escasos o ausentes folículos. Las trompas de Falopio no se visualizan condiciones normales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de las masas anexiales benignas se deben incluir procesos neoplásicos y no neoplásicos originados tanto en el ovario como fuera del mismo (Tabla 1)[13-16].

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de las masas anexiales benignas según su origen anatómico [11].

Masas anexiales Benignas
No neoplásicas
Quiste folicular. Síndrome del ovario poliquístico. Torsión ovárica. Adenomioma, cuerno obstruido. Quiste paraovárico. Hidrosalpinx, hemato/piosalpinx. Absceso tubo-ovárico. Embarazo ectópico.
Neoplasias Benignas
Cistoadenoma seroso y mucinoso. Cistoadenofibroma. Teratoma maduro/Struma ovarii. Fibroma, Fibrotecoma. Tumor de Brenner. Tumor Esclerosante Estromal (raro). Leiomioma pediculada.
Masas extra-anexiales benignas
Quiste de inclusión peritoneal Mucocele apendicular, quiste de duplicación entérico. Linfocele, linfangioma. Fibromatosis o tumor desmoide. Tumor de la vaina nerviosa, schwannoma.

Se han descrito una serie de criterios de imagen para intentar diferenciar entre lesiones benignas y lesiones malignas [15,16]. Los signos que van a favor de benignidad son:

- Tamaño inferior a 4 cm.
- Estructura enteramente quística.
- Grosor de la pared y/o de los tabiques inferior a 3 mm.
- Presencia de hallazgos específicos de quiste dermoide o endometrioma.
- Ausencia de ascitis, ausencia de implantes peritoneales y ausencia de adenopatías.

Desde un punto de vista didáctico, y de acuerdo con sus características semiológicas, las dividiremos en tres tipos [6,15]:

- Masas puramente quísticas.
- Masas complejas sólido-quísticas.
- Masas predominantemente sólidas.

1. MASAS ENTERAMENTE QUÍSTICAS

Generalmente presentan una morfología redondeada u ovoidea, de márgenes bien delimitados, homogéneas con comportamiento líquido puro: muy hiperintensas en T2 e iso o hipointensas en T1; pueden mostrar hiperseñal en T1 cuando tienen contenido hemático o proteináceo. No deben mostrar ningún componente sólido, lo cual debe asegurarse mediante secuencias con contraste i.v. y/o

DWI. Sus paredes y tabiques son finos (<3 mm), y pueden mostrar ligero realce tras administración de contraste. Se pueden dividir en dos tipos: uniloculares o multiloculares.

1.1. Quistes uniloculares (Figura 2)

Generalmente benignos, pueden originarse tanto en el ovario como fuera de él.

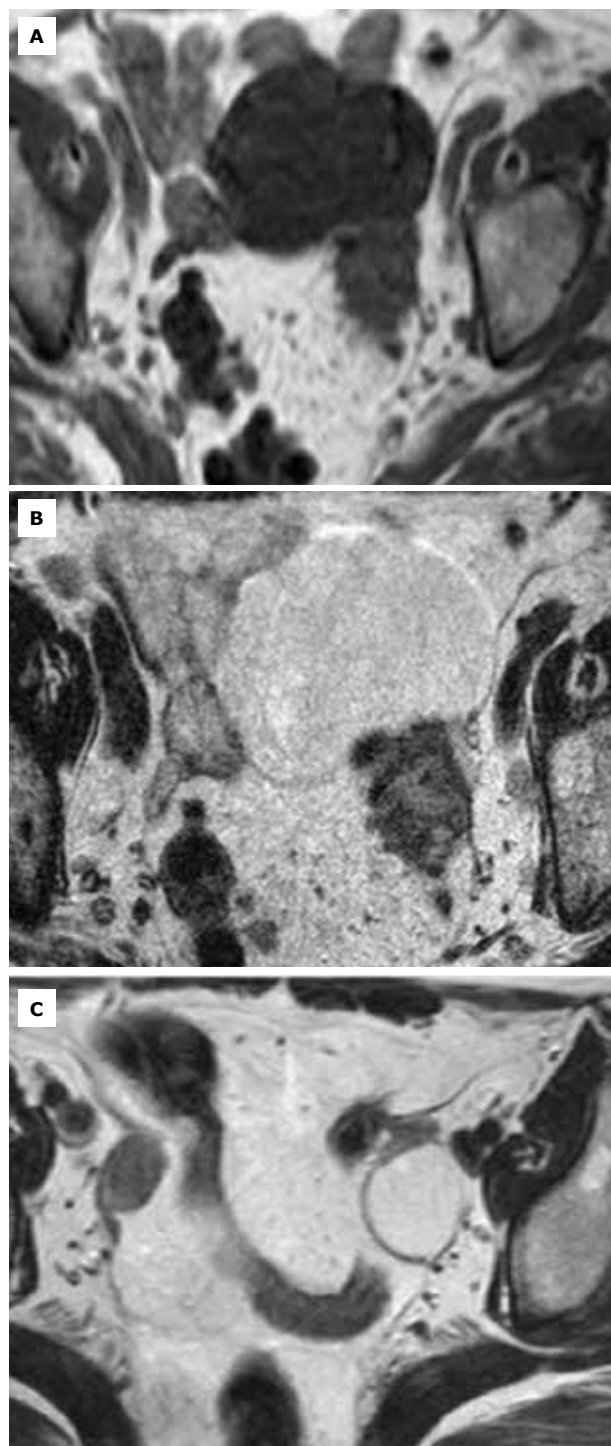


Figura 2. Las masas quísticas uniloculares casi siempre son benignas. Secuencia axial T1 (A) y axial T2 (B) muestran una lesión homogéneamente hipointensa en T1 y muy hiperintensa en T2, correspondiente a un Cistoadenoma Seroso, confirmado quirúrgicamente. (C) En este caso mostramos un Quiste Folicular ovárico simple situado en el ovario izquierdo en plano axial T2, siendo indistinguible solo por imagen de un Cistoadenoma Seroso.

Los **quistes ováricos funcionales** son las lesiones quísticas más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, y forman parte del ciclo menstrual normal, incluyendo folículos (<20 mm), folículos dominantes (20-25 mm), quistes foliculares (resultado de la persistencia de un folículo no roto) y quistes del cuerpo lúteo (resultado del fallo en la regresión de cuerpo lúteo). Los quistes del cuerpo lúteo pueden crecer debido a hemorragia en su interior mostrando paredes captantes y contenido hemorrágico, con hiperseñal en T1 y T2, siendo recomendable el seguimiento hasta su resolución completa para diferenciarlo de un eventual endometrioma.

Los **quistes paraováricos o paratubáricos** suelen ser asintomáticos a menos que se torsionen. Es difícil diferenciarlos de los quistes ováricos, a no ser que se consiga identificar el ovario normal.

Los **cistoadenomas** son neoplasias ováricas epiteliales benignas. Los cistoadenomas serosos suelen ser quistes uniloculares, homogéneos y el 25% son bilaterales. La pared es fina y regular de <3 mm de grosor, sin septos internos ni proyecciones papilares ni componente sólido.

El **hidrosalpinx** corresponde a la dilatación de la trompa de Falopio rellena de líquido, por oclusión de su extremo fimbriado, sea por enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), endometriosis, tumores o adherencias. Asume una apariencia quística simulando una lesión ovárica, pero la evaluación multiplanar de la RM permite reconocer el aspecto típico de estructuras tubulares tortuosas rellenas de líquido en forma de "S" o "C", con señal líquido en secuencias T1 y T2, observándose finos pliegues mucosos longitudinales muy característicos y específicos de la dilatación tubárica (Figura 3). Si hay infección hablaremos de **piosalpinx o hidropiosalpinx**, mostrando en RM una señal más variable en T1 y T2, a veces con niveles líquido-partículas, y con realce de la pared en secuencias post-contraste intravenoso. Si hay contenido hemático hablaremos de **hematosalpinx** mostrando hiperseñal en secuencias T1 con saturación grasa, y pudiendo corresponder a una endometriosis [6,7].

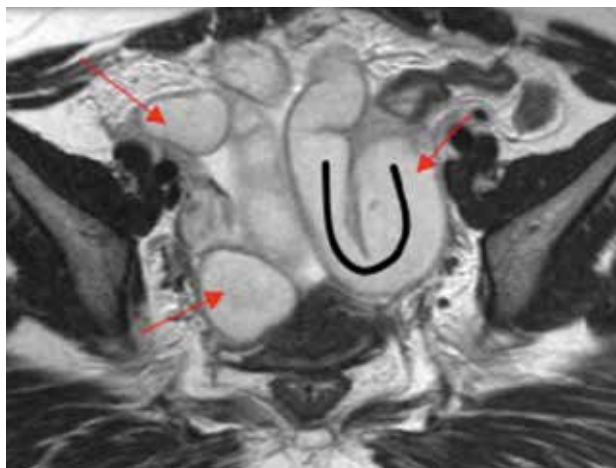


Figura 3. El **hidrosalpinx** se presenta también con un patrón quístico similar, pero la capacidad multiplanar de la RM permite visualizar su característica disposición tubular en "C" con pequeños repliegues parietales (plicae) facilitando su diagnóstico.

1.2. Quistes multiloculares (Figura 4)

Las lesiones quísticas multiloculares pueden ser benignas o borderline.

El **Síndrome del Ovario Poliquístico (PCOS)** afecta aproximadamente al 20% de mujeres premenopáusicas, y es una de las endocrinopatías más frecuentes. Los folículos son típicamente más pequeños que en los ovarios normales. Las características de RM incluyen ovarios aumentados de tamaño, con estroma central y múltiples pequeños folículos de distribución periférica. El engrosamiento del estroma ovárico central generalmente muestra baja señal en T2 [13].

La endometriosis se caracteriza por la implantación ectópica de tejido endometrial fuera del útero, a menudo afectando los ovarios. Los **quistes endometriósicos o endometriomas** suelen ser multifocales y bilaterales. Se presentan como quistes multiloculares, en ocasiones masas complejas, con alta señal en secuencias T1 y T1 con saturación grasa, con descenso característico de la señal en T2 ("sombreado" debido al sangrado reiterado). Sus paredes están bien delimitadas, gruesas e hipointensas en T2 por la presencia de fibrosis y hemosiderina, realizándose de forma variable en las secuencias post-contraste. El contenido de los endometriomas generalmente restringe la DWI y este hallazgo no tiene relación con malignidad, siempre que no correspondan a zonas sólidas de captación, de ahí que en el caso de endometriomas de apariencia compleja, puede estar indicado el estudio con contraste. El diagnóstico diferencial deberá realizarse principalmente con abscesos tubo-ováricos o quistes hemorrágicos, estos últimos suelen ser hiperintensos tanto en T1 como en T2.

Los **quistes o pseudoquistes de inclusión peritoneal** corresponden a acúmulos de líquido ascítico bien delimitados debido a adherencias entre el ovario y el peritoneo, en pacientes con antecedentes quirúrgicos o con un proceso inflamatorio como la endometriosis. Por RM se presentan como lesiones quísticas frecuentemente multiloculares (o uniloculares). Se caracterizan porque las paredes del quiste se adaptan a las estructuras vecinas con el ovario atrapado centralmente, sin evidencia de componentes sólidos.

El **cistoadenoma mucinoso** es una neoplasia epitelial benigna del ovario que contiene mucina, representando un 41% de las neoplasias benignas y sólo un 2-5% son bilaterales. Suelen ser lesiones multiloculares, generalmente más grandes que los serosos, conteniendo un fluido de viscosidad diferente, lo cual le confiere el aspecto típico de lóculos de diferentes intensidades de señal en secuencias potenciadas en T1 y T2 (apariencia de "vidriera de colores"). Las paredes y los tabiques son finos y regulares con ausencia de componente sólido y sin realce significativo después de la administración de contraste.

Los **tumores borderline** corresponden a un grupo de neoplasias que suelen aparecer en pacientes más jóvenes. En general tienen un comportamiento no invasivo, pero puede haber afectación de adenopatías e implantes peritoneales. Los cistoadenomas serosos borderline suelen adoptar un

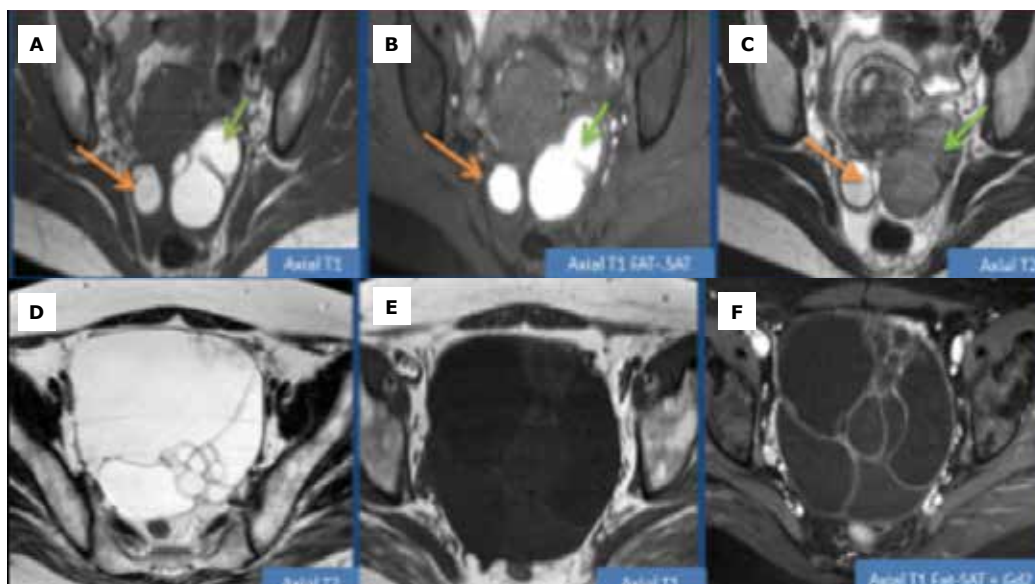


Figura 4. Quistes multiloculares benignos. Los **endometriomas** suelen ser múltiples y presentan una intensidad de señal característicamente hiperintensa en secuencias T1 con supresión grasa, que disminuye de intensidad en secuencias T2 ("shading sign"), debido a hemorragia reiterada (a,b,c). Los **Cistoadenomas Mucinosos** son típicamente multiloculares, con septos finos y pueden contener lóculos de diferentes intensidades a causa del contenido proteináceo (d,e,f).

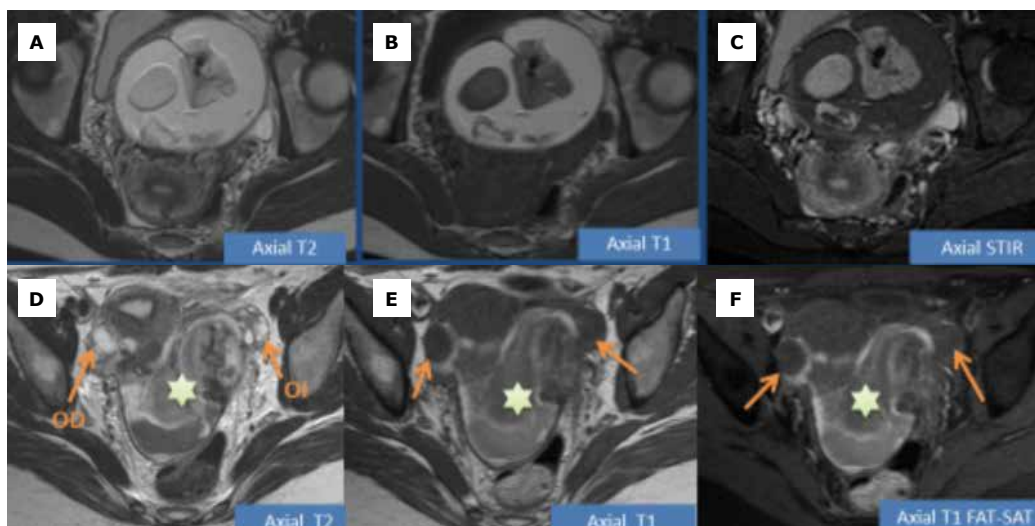


Figura 5. Masas sólido-quísticas benignas. Aunque el patrón sólido-quístico se asocia más frecuentemente a malignidad, algunas lesiones benignas adoptan esta apariencia, como es el caso del **Teratoma Maduro**, que se presenta como una masa de señal heterogénea con contenido graso, el cuál suprime su señal en secuencias de saturación grasa (a,b,c). El **Embarazo Ectópico** se presenta también como una masa compleja y heterogénea, que se extiende al fondo de saco de Douglas (estrella), con componente hiperintenso en secuencia T1 con supresión grasa correspondiente al hematoma asociado a restos gestacionales (d,e,f).

aspecto quístico complejo con septos e impresiones papilares, mientras que los mucinosos borderline tienen un aspecto multiquístico similar, siendo imposible diferenciarlos solo por la imagen de RM.

2. MASAS COMPLEJAS SÓLIDO-QUÍSTICAS

Las masas anexiales mixtas de apariencia sólido-quística compleja suelen obedecer a etiologías malignas, principalmente carcinomas epiteliales primarios o metástasis. Sin embargo algunos procesos benignos pueden adoptar esta apariencia, como son los siguientes [6,15,16]:

- El **Teratoma quístico maduro o quiste dermoide** es el tumor ovárico más frecuente en

pacientes premenopáusicas, aunque se puede presentar a cualquier edad. Suelen ser pacientes asintomáticas. Histológicamente contiene elementos de al menos de 2 de las 3 capas embrionarias de células germinales: tejido endodérmico (piel, cerebro), mesodérmico (grasa, hueso) y/o ectodérmico (tejido tiroideo, epitelio gastrointestinal y bronquial). La presencia de todos estos componentes le confiere un aspecto heterogéneo, en forma de quistes uniloculares o multiseptados. La clave para su diagnóstico se basa en detectar la presencia de grasa macroscópica en el interior de dicha masa (Figura 5). [8]

- El **embarazo ectópico** normalmente se manifiesta con un cuadro de abdomen agudo urgente cuyo diagnóstico clínico, confirmándose por eco-

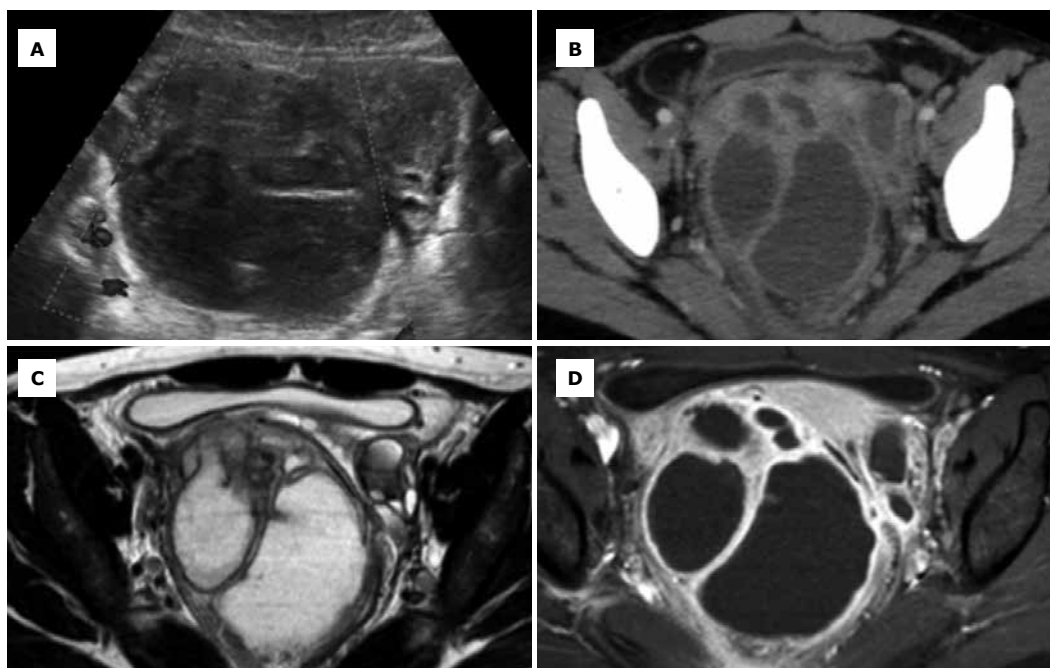


Figura 6. Absceso tubo-ovárico. Paciente joven con fiebre y dolor pélvico. (a) La ecografía abdominal inicial halla una pseudomasa pélvica parauterina bien delimitada heterogénea de predominio hipoecoico, sin registro doppler en su interior. (b) El TC confirma que se trata de un proceso anexial con áreas líquidas o quísticas, tabicado con paredes gruesas que realzan. La RM permite localizar el ovario izquierdo normal, mientras que el derecho no se identifica siendo sustituido por la masa descrita con un borde interno hipointenso en T2. (c) y una intensa captación de contraste periférica. (d) Por laparoscopia se drenó un gran absceso pélvico de origen ovárico con trompas discretamente engrosadas por signos de salpingitis aguda y crónica.

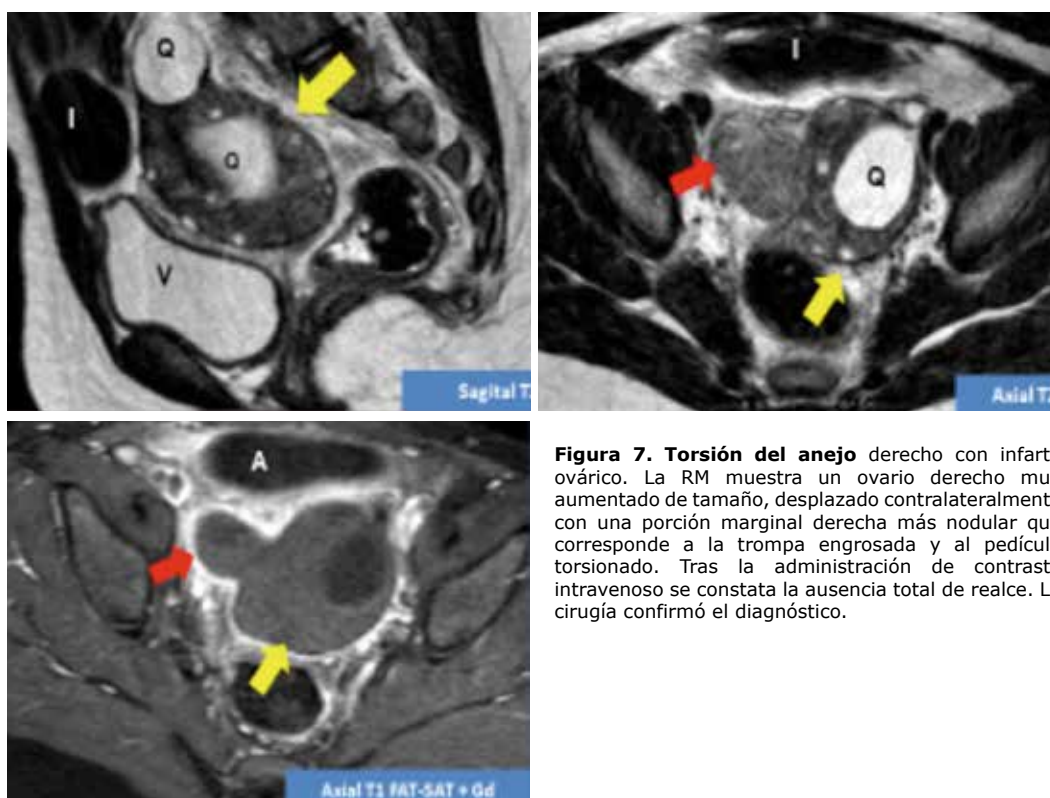


Figura 7. Torsión del anejo derecho con infarto ovárico. La RM muestra un ovario derecho muy aumentado de tamaño, desplazado contralateralmente con una porción marginal derecha más nodular que corresponde a la trompa engrosada y al pedículo torsionado. Tras la administración de contraste intravenoso se constata la ausencia total de realce. La cirugía confirmó el diagnóstico.

grafía, de forma que raramente se llegan a realizar estudios por RM. Por este motivo sus hallazgos han sido descritos en pocas ocasiones, incluyendo hematomas en la trompa de Falopio, estructuras gestacionales en forma de saco, ascitis hemorrágica y masas anexiales heterogéneas.

- El **cistoadenofibroma ovárico** es un tumor epitelial poco común, caracterizado patológica-

mente por tejido fibroso denso en asociación a uno o muchos lóculos. En la RM, se presentan como masas quísticas asociadas a componente sólido típicamente de muy baja señal en secuencias potenciadas en T2.

- El **tumor esclerosante estromal** es un tumor benigno raro, procedente del estroma del cordón sexual, que ocurre predominantemente

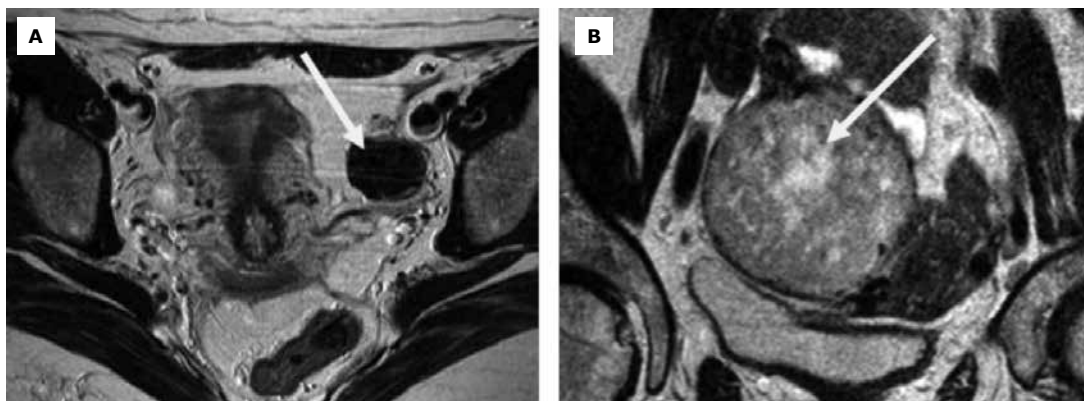


Figura 8. Masas sólidas benignas. (A) El **Fibroma** ovárico típico se presenta como una lesión sólida bien delimitada de baja intensidad señal en secuencia potenciada en T2. (B) Cuando la tumoración presenta áreas de hiperseñal en T2 por edema y cambios degenerativos quísticos, puede ser mucho más difícil el diagnóstico, de forma que la secuencia de DWI y en estudio dinámico puede facilitarlos. Muchas veces son tumores mixtos: **Fibrotecomas**.

en mujeres jóvenes entre la segunda y tercera década de vida. En RM, muestran componentes quísticos hiperintensos y componentes sólidos heterogéneos de señal intermedia a alta en secuencias T2 [13].

- La **enfermedad inflamatoria pélvica** (EIP) se manifiesta por un cuadro clínico muy característico con fiebre y dolor abdomino-pélvico en una paciente en edad fértil. La infección se produce por vía ascendente, y las mujeres portadoras de un DIU tienen un riesgo aumentado. La RM muestra la presencia de áreas hiperintensas de márgenes imprecisos en secuencias potenciadas en T2 con supresión grasa, y con significativo realce en secuencias T1 con saturación grasa tras la administración de contraste. Absceso tubo-ovárico: lesión redondeada o tubular rellena de líquido de paredes gruesas, borde interno fino hiperintenso o señal intermedia en T1, hipointenso en T2 (debido al tejido de granulación, células inflamatorias y hemorragia) con importante captación post-gadolinio anular periférica (Figura 6).
- La **Torsión ovárica** ocurre más comúnmente durante las tres primeras décadas de la vida y generalmente afecta al ovario y la trompa correspondiente. Es más frecuente que se asocie a la presencia de un quiste o masa (aproximadamente en el 50% de casos). El diagnóstico suele realizarse por US. Se halla un ovario agrandado con los folículos distribuidos periféricamente, desviación del útero hacia el lado de la torsión y ausencia de captación en el caso de infarto (Figura 7).

3. MASAS SÓLIDAS

- Los **fibrotecomas** son los tumores sólidos benignos más frecuentes del ovario. Generalmente se presentan como mixtos, pero pueden corresponder a Tecomas o Fibromas (Figura 8). En RM se manifiestan como lesiones muy hipointensas en T2 (por su contenido en colágeno), hipointensidad o señal intermedia T1 y realce variable con Gd i.v, aunque no es necesaria su administración para el diagnós-

tico. Es relativamente frecuente la presencia de áreas de edema, y degeneración quística central, de ahí que en ocasiones pueden mostrar una señal mixta con zonas de baja y otras de alta señal en T2. A veces pueden contener calcificaciones [5,6,8]. El diagnóstico diferencial debe hacerse básicamente con el **Leiomioma uterino subseroso pediculado** (Figura 9).

SISTEMA DE INFORME ESTANDARIZADO: "ADNEX MR" (Tabla 2).

En un intento de estandarizar la evaluación y el informe de las imágenes de RM, con el fin de facilitar la comunicación entre radiólogos y ginecólogos, en 2013 Thomassin-Naggara et al., publicaron el sistema de puntuación de RM para lesiones anexiales. Se asigna una puntuación de 1 a 5, basada en los hallazgos de la RM. Los parámetros de evaluación incluyen la apariencia morfológica y de señal en secuencias T1 y T2, el patrón de captación en el estudio dinámico de perfusión de alta resolución temporal, y la DWI [11,17].

Tabla 2. Sistema de puntuación ADNEX MR [17]

Puntuación ADNEX	CRITERIOS
ADNEX 1: No masa.	No masa.
ADNEX 2: Masa benigna.	Masa puramente quística. Masa puramente endometriósica. Masa puramente grasa. Ausencia de captación parietal.
ADNEX 3: Masa probablemente benigna.	Ausencia de tejido sólido. Curva tipo 1 en el tejido sólido.
ADNEX 4: Masa indeterminada RM.	Curva tipo 2 en el tejido sólido.
ADNEX 5: Masa probablemente maligna.	Implantes peritoneales. Curva tipo 3 en el tejido sólido.

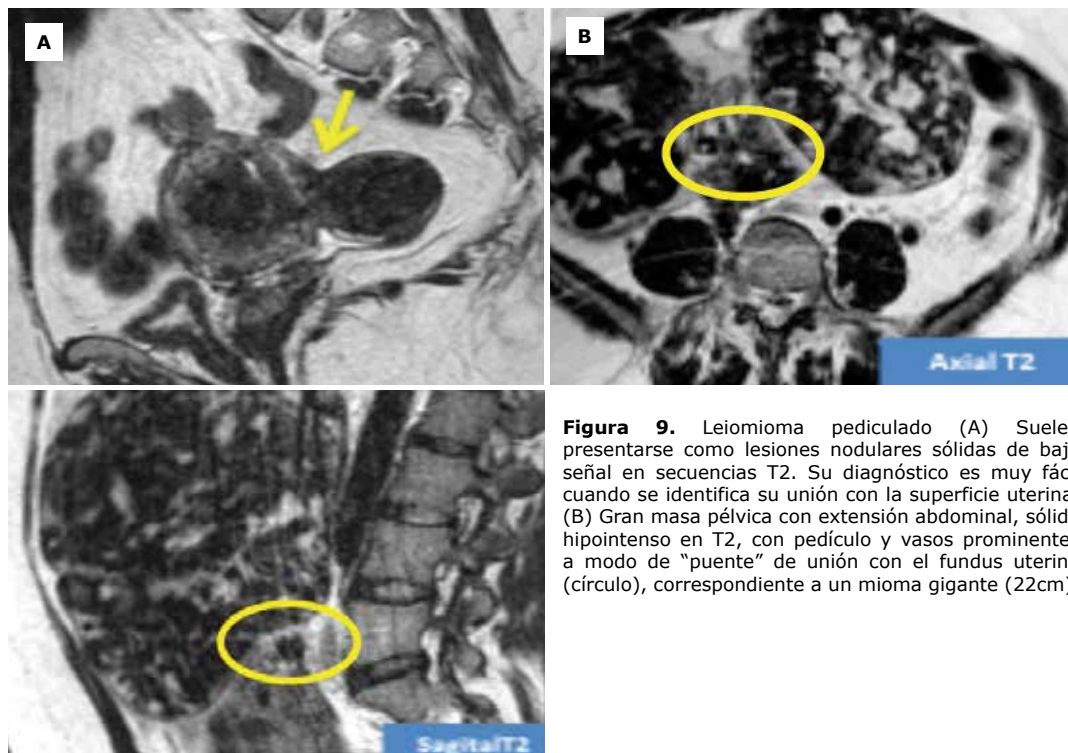


Figura 9. Leiomioma pediculado (A) Suelen presentarse como lesiones nodulares sólidas de baja señal en secuencias T2. Su diagnóstico es muy fácil cuando se identifica su unión con la superficie uterina. (B) Gran masa pélvica con extensión abdominal, sólida hipointenso en T2, con pedículo y vasos prominentes a modo de "puente" de unión con el fundus uterino (círculo), correspondiente a un mioma gigante (22cm).

CONCLUSIÓN

La RM a menudo permite la caracterización definitiva de una lesión ovárica como benigna: quistes funcionales, cistoadenomas, endometriomas, teratomas maduros y fibromas. Podemos afirmar que la RM es una herramienta útil y esencial para resolver problemas diagnósticos, sobre todo ante masas indeterminadas por otras técnicas de imagen. Por tanto, la inclusión de la RM en los algoritmos diagnósticos mejora la capacidad de diferenciar entre lesiones benignas y malignas, aumenta la especificidad diagnóstica y facilita la toma de decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Outwater EK, Dunton CJ. Imaging of the ovary and adnexa: clinical issues and applications of MR Imaging. *Radiology*. 1995; 194:1-18.
2. Sohaib SAA, Sahdev A, Trappen PV, et al. Characterization of adnexal mass lesions on MR Imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2003; 180:1297-304.
3. Adusumilli S, Hussain HK, Caoili EM, et al. MRI of sonographically indeterminate adnexal masses. *AJR Am J Roentgenol*. 2006; 187:732-40.
4. Jung SE, Lee JM, Rha SE, et al. CT and MR Imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics*. 2002; 22:1305-25.
5. Troiano RN, Lazzarini KM, Scoutt LM, et al. Fibroma and fibrothecoma of ovary: MR Imaging findings. *Radiology*. 1997; 204:795-8.
6. Imaoka I, Wada A, Kaji Y, et al. Developing an MR Imaging strategy for diagnosis of ovarian masses. *Radiographics*. 2006; 26:1431-48.
7. Outwater EK, Siegelman ES, Chiowanich P, et al. Dilated fallopian tubes: MR Imaging characteristics. *Radiology*. 1998; 208:463-9.
8. Saini A, Dina R, McIndoe A, et al. Characterization of adnexal masses with MRI. *AJR Am J Roentgenol*. 2005; 184: 1004-9.
9. Zhang P, Cui Y, Li W, et al. Diagnostic accuracy of diffusion-weighted imaging with conventional MR imaging for differentiating complex solid and cystic ovarian tumors at 1.5T. *World J Surg Oncol*. 2012; 10:237.
10. Bernardin L, Dilks P, Liyanage S, et al. Effectiveness of semi-quantitative multiphase dynamic contrast-enhanced MRI as a predictor of malignancy in complex adnexal masses: radiological and pathological correlation. *Eur Radiol*. 2012; 22: 880-90.
11. Masch WR, Daye D, Lee SI. MR Imaging for incidental adnexal mass characterization. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2017; 25:521-43.
12. Forstner R, Thomassin-Naggara I, Cunha TM, et al. ESUR recommendations for MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass: an update. *Eur Radiol*. 2017; 27:2248-57.
13. Valentini AI, Miccò M, Mingote MC, et al. Benign and suspicious ovarian masses –MR Imaging criteria for characterization: pictorial essay. *J Oncol*. 2012; 2012:481806. doi: 10.1155/2012/481806.
14. Chilla B, Hauser N, Singer G, et al. Indeterminate adnexal masses at ultrasound: effect of MRI imaging findings on diagnostic thinking and therapeutic decisions. *Eur Radiol*. 2011; 21:1301-10.
15. Foti PV, Attinà G, Spadola S, et al. MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2016; 7:21-41.
16. Spencer JA, Ghattamaneni S. MR Imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass. *Radiology*. 2010; 256: 677-84.
17. Thomassin-Nagara, Aubert E, Rockall A, et al. Adnexal masses: development and preliminary validation of an MR Imaging Score System. *Radiology*. 2013; 267: 432-43.

Neumonía organizada criptogénica

Pneumònia organitzada criptogènica

Cryptogenic organizing pneumonia

Claudia Lozano Estaras

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUMEN

La neumonía organizada criptogénica (COP) es una entidad patológica clínica, definida por la presencia característica de brotes de tejido de granulación dentro del lumen de los espacios aéreos pulmonares distales, y que consisten en fibroblastos y miofibroblastos mezclados con matriz conectiva suelta. La COP se caracteriza por una buena respuesta a los corticosteroides, aunque con recaídas frecuentes después de la reducción o el cese del tratamiento.

Presentamos el caso de un hombre de 87 años que consultó por malestar general. La Rx de tórax mostró condensación basal izquierda. Fue diagnosticado de neumonía bilobar e ingresado. La falta de respuesta a la antibioterapia endovenosa, junto con la observación de infiltrados parcheados por TC, orientaron a COP. Se inició glucocorticoterapia con buena respuesta clínica.

RESUM

La pneumònia organitzada criptogènica (COP) és una entitat patològica clínica definida per la presència característica de brots de teixit de granulació dins la lumen dels espais aeris pulmonars distals, que consisteixen en fibroblasts i miofibroblasts barrejats amb matriu connectiva. La COP es caracteritza per una bona resposta als corticosteroides, però s'observen recaigudes freqüents després de la reducció o el cessament del tractament.

Presentem el cas d'un home de 87 anys que va consultar per malestar general. La Rx de tòrax va mostrar condensació basal esquerra. Va ser diagnosticat de pneumònia bilobar i ingressat. La manca de resposta a l'antibioticoteràpia endovenosa, juntament amb l'observació per TC d'infiltrats parxejats amb correccions, van orientar a COP. Es va iniciar glucocorticoteràpia amb bona resposta clínica.

ABSTRACT

Cryptogenic Organizing pneumonia (COP) is a clinical pathological entity defined by the characteristic presence of buds of granulation tissue within the lumen of distal pulmonary airspaces consisting of fibroblasts and myofibroblasts intermixed with loose connective matrix. COP is characterized by good response to corticosteroids, but frequent relapses after reduction or cessation of treatment are noted.

We present the case of an 87-year-old man who consulted for general malaise. Chest X-ray showed left basal condensation. He was diagnosed with bilobar pneumonia and admitted. The lack of response to intravenous antibiotic therapy, together with the observation by CT of infiltrates patched, guided to COP diagnosis. Glucocorticotherapy was started with a good clinical response.

Palabras clave: Neumonía organizada criptogénica/diagnóstico; Diagnóstico diferencial; Glucocorticoides/uso terapéutico.
Paraules clau: Pneumònia organitzada criptogènica/diagnòstic; Diagnòstic diferencial; Glucocorticoides/ús terapèutic.
Keywords: Cryptogenic organizing pneumonia/diagnosis; Diagnosis, Differential; Glucocorticoids/therapeutic use.
Correspondencia: clots22@gmail.com
Recibido: 16-mayo-2019.
Aceptado: 11-julio-2019.
Lozano Estaras C. Neumonía organizada criptogénica. Ann Sagrat Cor 2019; 26(2): 87-90.

INTRODUCCIÓN

La neumonía organizativa criptogénica (COP), también conocida como bronquiolitis obliterante o BOOP, es un tipo de enfermedad pulmonar intersticial y difusa que afecta los bronquiolos distales, los bronquiolos respiratorios, los conductos alveolares y las paredes alveolares [1]. La inflamación crónica leve tiene lugar en las paredes alveolares, y la lesión patológica se produce predominantemente dentro del espacio aéreo. La afección se denomina "criptógena" porque se desconoce su causa. Además de la forma criptogénica, se pueden observar casos de neumonía organizada secundaria a enfermedades del tejido conectivo, a algunos fármacos, a neoplasias y a otras neumonías intersticiales; entre el 56-68% de los casos de neumonía organizada se consideran criptogénicos [1-3].

La COP suele debutar en la quinta o sexta década de la vida, afectando a ambos sexos por igual. La prevalencia exacta de la COP es desconocida, aunque se calcula una incidencia de alrededor de 1-3 por cada 100,000 ingresos hospitalarios [4].

Las lesiones histopatológicas típicas de la COP incluyen un exceso de proliferación del tejido de granulación que envuelve los conductos alveolares y los propios alveolos, dando lugar a un patrón en forma de "mariposa". También pueden aparecer lesiones de tejido cicatricial eosinofílico maduro denso o severas disrupciones en la arquitectura pulmonar distribuidas irregularmente.

En cuanto a la patogenia, se especula que podría producirse como consecuencia de lesiones en el epitelio alveolar. Estas lesiones vendrían seguidas de una fuga de proteínas plasmáticas, reclutamiento de fibroblastos y formación de fibrina dentro del lumen alveolar. Se ha descartado el tabaco como factor desencadenante.

Clínicamente los síntomas típicos son tos, disnea, fiebre, malestar general, pérdida de peso y, raramente, hemoptisis. En $\frac{3}{4}$ de los pacientes los síntomas no duran menos de dos meses [1].

En la mitad de los pacientes, la COP debuta como una enfermedad similar a la gripe, pero en el resto los síntomas son menos acentuados. En muchos casos, la sospecha de COP tiene lugar después de observar falta de respuesta de los antibióticos empíricos para la neumonía adquirida en la comunidad. En la auscultación pulmonar generalmente aparecen crepitantes que algunas veces van acompañados de sibilancias [2,5]. Se debe sospechar de COP ante opacidades pulmonares persistentes con síntomas de neumonía que no mejoran a pesar de la terapia con antibióticos. La COP se asocia con buen pronóstico a largo plazo cuando es tratada. Los pacientes demuestran una respuesta sintomática rápida al tratamiento y hasta el 80% logran una curación completa. Se recomienda una estrecha vigilancia de los efectos adversos de los corticoides [6].

Se presenta un caso típico de neumonía organizada criptogénica, que permite ilustrar todas las características de la COP.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Anamnesis

Paciente varón de 87 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, valvulopatía, y reciente ingreso por colangitis, durante el cual tuvo neumonía derecha. Consulta por malestar general, y hallazgo (condensación basal izquierda) en radiografía de tórax de control, por lo que se deriva al Hospital Universitari Sagrat Cor. El paciente no refiere ninguna alergia conocida, no es fumador, sin otros hábitos tóxicos y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Exploración física

Las constantes vitales en el momento del ingreso son normales: Tensión arterial (TA) 142/67 mmHg; frecuencia cardíaca de 93 bpm; saturación de oxígeno del 88%; temperatura corporal de 36,5 °C.

Su estado general es normal, se muestra consciente, orientado y colaborador. Aparentemente el paciente está bien nutrido, hidratado y normocoloreado, pero presenta sequedad de piel y mucosas. En la exploración de tórax se aprecia un soplo sistólico 3/6 en foco mitral, aórtico, y débil en ápex. En la auscultación pulmonar, percibimos crepitantes secos en base izquierda, sin encontrar ronus, ni sibilancias.

En la exploración abdominal encontramos el abdomen blando, depresible y sin dolor. No se aprecian masas ni visceromegalias. No presenta edemas en las extremidades ni signos de trombosis venosa profunda. Los pulsos son palpables y simétricos. En la exploración neurológica se le percibe consciente, orientado y activo, sin focalidad y con amaurosis bilateral.

- Analítica al ingreso: muestra neutrofilia sin leucocitosis (neutrófilos 81,5% $8,66 \times 10^3$ l (rango 45-75), linfocitos 8,4% $0,89 \times 10^3$ l (rango 20-45), y unos niveles de procalcitonina no elevados ($<0,020$ ng/ml).
- Electrocardiograma que muestra un ritmo sinusal regular, una frecuencia cardíaca de 68 L/min, un segmento PR de 0,20 sg, un complejo QRS que muestra bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior y no presenta alteraciones en la repolarización.
- Radiografía (Rx) de tórax que muestra un aumento de la trama broncovascular y de densidad basal izquierda posterior, junto con condensación basal derecha con broncograma aéreo tocando el diafragma. Los senos costofrénicos aparecen libres, no presenta cardiomegalia ni elementos de cirugía torácica. (Figura 1).
Ante la clínica con crepitantes basales izquierdos y radiología compatible, se orienta como una neumonía bilobar, y se decide inicio de antibioticoterapia endovenosa (levofloxacino 500 mg 1/24h) e ingreso en medicina interna.



Figura 1. Rx al ingreso.

A la semana del ingreso

El paciente se mantiene afebril, aunque sin mejoría clínica (eupneico en reposo, pero con disnea de mínimos esfuerzos y astenia) y con crepitantes bibasales a la auscultación.

- **Análítica:** presenta hiperglucemia simple, por lo que se ajusta insulino terapia durante el ingreso (repaglinidina 0,5 mg 2/24h durante 8 días y después volver a la pauta habitual). Se observan parámetros sugestivos de anemia que tras ser estudiada, se cataloga como ferropénica, sin evidencia de sangrado externo.
- **Gasometría basal:** Los valores resultantes de la gasometría son propios de insuficiencia respiratoria: SaO₂ 89%, pO₂ 65mmHg, pCO₂ 38mmHg, pH 7,41, bicarbonato 26 mmol/L, valores propios de insuficiencia respiratoria.
- **Tomografía computarizada de tórax (TC):** se observan infiltrados parcheados que orientan a posible COP (Figura 2). La TC muestra cambios post-quirúrgicos de esternotomía media con recambio valvular aórtico, ateromatosis aórtica y de los vasos coronarios, parénquima pulmonar con áreas de condensación bilaterales que afectan de forma parcheada a ambos hemitórax y de predominio en la base izquierda. Los espacios pleurales presentan un poco de líquido, las estructuras mediastínicas sin alteraciones, no se observan adenopatías axilares, mediastínicas ni hiliares de tamaño significativo. Se observan ganglios pero todos ellos infracentimétricos.

Se solicita una interconsulta a neumología que tras la valoración de las pruebas también orienta al paciente como un posible caso de COP.

Se inicia pauta de corticoterapia oral con muy buena respuesta clínica y mejoría de la auscultación pulmonar (casi desaparición total de crepitantes).

Se le administra prednisona 10 mg (2-1-0 durante 4 días, después 2-0-0 durante 4 días y después continuar con 10 mg interdiarios durante un mes, hasta el control en consultas externas), pantoprazol 40 mg en ayunas y continuar con levofloxacino. El resto de medicación no se modifica.

Evolución: la afectación radiológica no remite; la pauta con corticoides provoca la aparición de efectos secundarios.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de COP requiere la identificación histopatológica de un patrón predominante de neumonía organizada y la exclusión de cualquier causa posible, que puede ser relativamente evidente.

Además, varias enfermedades están en el diagnóstico diferencial de COP y deben ser excluidas: la neumonía adquirida en la comunidad, descartada por la falta de respuesta a antibiótico-terapia; neumonía intersticial idiopática, aunque la COP es un tipo de neumonía intersticial idiopática, existen más entidades pertenecientes a esta categoría con las que debería realizarse diagnóstico diferencial en caso de duda; neumonitis hiperreactiva, deberíamos hallar un factor desencadenante; neumonía granulomatosa organizada (muy rara); neumonía eosinofílica crónica, que debería mostrar eosinofilia en la analítica; linfoma pulmonar, sólo habría una área de consolidación; granulomatosis pulmonar linfoide, mostraría la tríada de infiltración linfocítica polimórfica, infiltración transmural de arterias y venas por células linfocíticas y áreas focales de necrosis dentro de los infiltrados linfocíticos; daño alveolar difuso, sin la presentación histológica típica de la COP; neumonía organizada con fibrosis aguda, histológicamente se caracteriza por deposición de fibrina intra-alveolar, pero sin hialina.

El diagnóstico definitivo es COP: se descarta neumonía bilobar, responde positivamente al tratamiento con glucocorticoides y las pruebas complementarias (analítica, gasometría arterial basal, radiografía y tomografía computarizada) confirman este diagnóstico.

DISCUSIÓN

La COP es una entidad con muchos aspectos todavía no determinados [1]. No existen ensayos clínicos que comparen la efectividad o la duración de las opciones terapéuticas. El régimen de tratamiento se basa en recomendaciones de consenso de diferentes Guías de Práctica Clínica [1]. En este sentido, existen recomendaciones de biopsia transbronquial o lavado broncoalveolar para confirmar el diagnóstico. Se ha discutido sobre la validez de estos procedimientos para el efec-

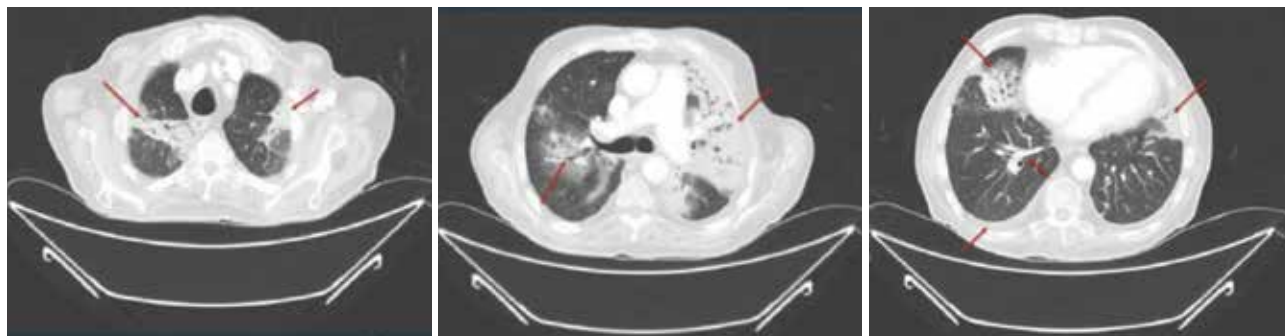


Figura 2. TC torácica.

tivo diagnóstico de la COP, no así para descartar definitivamente otras patologías. En el caso que presentamos se consideró suficiente la correlación entre las pruebas de imagen, la clínica y la mejoría tras la administración de corticoterapia.

La primera opción terapéutica, salvo contraindicación, son los corticoides, si bien debe recomendarse una estrecha vigilancia de los efectos adversos de los mismos.

Si no hay respuesta, existe la posibilidad de aplicar una terapia citotóxica (prednisona oral y ciclofosfamida durante 3 meses e ir bajando progresivamente durante 6 meses, controlando la función renal). También puede valorarse la opción de utilizar macrólidos (ciclosporina) junto con corticoides o rituximab junto corticoides. Además, se podría utilizar azatioprina para tratar los síntomas de los corticoides [7,8].

En caso de COP fulminante con rápida progresión y extensión de la enfermedad, la pauta a seguir sería corticoides intravenosos (metilprednisona 125-250 mg cada 6 horas) durante cinco días, después dejaríamos dicha medicación para empezar con prednisona oral a dosis de 0,751 mg/kg por día. Se desconoce si habría que añadir un agente inmunosupresor en pacientes que necesitan ventilación mecánica por la insuficiencia respiratoria o los que no responden rápido al tratamiento con glucocorticoides orales. En cualquier caso, uno de los fármacos candidatos sería ciclofosfamida.

También se ha descrito algún caso en que han sido utilizados micofenolatomofetil en combinación con metilprednisolona intravenosa. Pueden encontrarse también casos de neumonía organizada focal, la cual se da muy raramente, pero en caso de tener lugar podría realizarse una intervención quirúrgica del nódulo patológico [7,8].

Aunque el pronóstico es bueno, comparado con otras enfermedades intersticiales del pulmón, 1/3 de los pacientes sigue presentando sintomatología. Este sería el caso del paciente estudiado, en el que la afectación radiológica no remite, y la pauta con corticoides provoca la aparición de efectos secundarios.

CONCLUSIÓN

La neumonía organizada criptogénica es un trastorno raro, que presenta suficientes características para ser considerado como una entidad pro-

pia dentro del grupo de neumonías intersticiales idiopáticas. En su presentación más típica, se caracteriza por disnea y tos, con múltiples opacidades alveolares irregulares en la imagen pulmonar. Se desconoce su causa (infección, reacción farmacológica o enfermedades asociadas). El tratamiento con corticosteroides es rápidamente efectivo, pero las recaídas son comunes al reducir o suspender el tratamiento. La incidencia, los factores de riesgo de recaída y los resultados a largo plazo de los pacientes con COP no están determinados.

BIBLIOGRAFÍA

1. King TE. Cryptogenic organizing pneumonia. In: Flaherty KR, Hollingsworth H, editors. UpToDate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc, 2019 [citado 28-abril-2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cryptogenic-organizing-pneumonia>
2. Epler GR, Colby TV, McCloud TC, Carrington CB, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *N Engl J Med*. 1985; 312:152-8.
3. Cardellach López F, Rozman Borstnar C. (Eds.). Farreras Rozman. Medicina interna. 18ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
4. Chandra D, Hershberger DM. Cryptogenic Organizing Pneumonia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan. [citado 28-abril-2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507874/>
5. Yousem SA. Cicatricial variant of cryptogenic organizing pneumonia. *Hum Pathol*. 2017; 64:76-82.
6. Petitpierre N, Beigelman C, Letovanec I, et al. Pneumopathie organisée cryptogénique. *Rev Mal Respir*. 2016; 33:703-17.
7. Wang Y, Li Y, Wang Q, et al. Acute fibrinous and organizing pneumonia: a case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98:e14537.
8. Baha A, Yıldırım F, Köktürk N, et al. Cryptogenic and secondary organizing pneumonia: clinical presentation, radiological and laboratory findings, treatment, and prognosis in 56 Cases. *Turk Thorac J*. 2018. doi: 10.5152/TurkThoracJ.2018.18008.

Pacient de 91 anys diagnosticat de pneumònia adquirida a la comunitat

Paciente de 91 años diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad

Community acquired pneumonia in a 91 year-old patient

Laia Ibàñez Torres

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUM

Home de 91 anys, ex fumador, operat un mes i mig abans, que va acudir a Urgències per febre de 5-6 dies d'evolució, tos i expectoració, i dispnea a moderats esforços. Es trobava febril (38,1°C), normotens i amb bona saturació, eupneic amb freqüents atacs de tos. L'anàlítica mostrava neutrofilia sense leucocitosi amb elevació de la PCR, i una lleugera elevació de la creatinina amb disminució del filtratge glomerular. La Rx de tòrax va mostrar una condensació en la base pulmonar esquerra amb esborrament de l'angle costofrènic. Es va orientar com una pneumònia adquirida en la comunitat de lòbul inferior esquerre. Es va administrar antibioteràpia empírica amb ceftriaxona i azitromicina. La tinció Gram d'esput va aïllar *Haemophilus influenzae*. La bona evolució i l'absència de complicacions van permetre l'alta hospitalària i seguiment ambulatori.

RESUMEN

Varón de 91 años, ex fumador, operado hace mes y medio, que acudió a Urgencias por presentar fiebre de 5-6 días de evolución, tos y expectoración, y disnea moderada al esfuerzo. Se encontraba febril (38,1 °C), normotenso y con buena saturación, eupneico aunque con frecuentes ataques de tos. La analítica mostró neutrofilia sin leucocitosis con elevación de la PCR y una ligera elevación de la creatinina con disminución del filtrado glomerular. La Rx de tórax mostró una condensación en la base pulmonar izquierda con borrado del ángulo costofrénico. Se orientó como una neumonía adquirida en la comunidad del lóbulo izquierdo inferior. Se administró antibioterapia empírica con ceftriaxona y azitromicina. La tinción gram de esputo aisló *Haemophilus influenzae*. Tras una buena evolución y ausencia de complicaciones se procedió al alta y se indicó seguimiento ambulatorio.

ABSTRACT

A 91 year old man, former smoker, operated a month and a half before, who presented to the emergency room for fever lasting 5-6 days, cough and expectoration, and drowsy to moderate efforts. It was febrile (38.1°C), normotensive, and with good saturation, eupneic with frequent cough attacks. The analytical showed neutrophilia without leukocytosis and elevation of PCR, and a slight rise in creatinine with decreased glomerular filtration. Chest Rx showed condensation in the left

lung base with eruption of the costofrenic angle. It was targeted as a community acquired pneumonia in the lower left lobe. Empirical antibiotic therapy with ceftriaxone and azithromycin was administered. Gram stain of sputum isolated *Haemophilus influenzae*. The good evolution and the absence of complications allowed hospital discharge and outpatient follow-up.

Paraules clau: Infecció comunitària; nonagenari; pneumònia.

Palabras clave: Infecciones comunitarias; nonagenarios; neumonía.

Keywords: Community-Acquired Infections; nonagenarians; pneumonia

Correspondencia: laiaibanyeztorres@gmail.com

Rebut: 27-maig-2019

Acceptat: 11-juliol-2019

Ibàñez Torres L. Pacient de 91 anys diagnosticat de pneumònia adquirida a la comunitat. Ann Sagrat Cor 2019; 26(2): 91-94.

INTRODUCCIÓ

La pneumònia és una inflamació del parènquima pulmonar deguda a un agent infecciós, més freqüentment causada per pneumococo i *Haemophilus influenzae*. Quan afecta la població general, es denomina pneumònia adquirida a la comunitat (PAC) o extrahospitalària, per diferenciar-la de les que apareixen en pacients ingressats en un hospital, que tenen un espectre etiològic diferent i, en general, un pitjor pronòstic. La PAC no és un procés únic, sinó un grup d'infeccions causades per diferents microorganismes, i que afecta diferents tipus de persones, condicionant l'epidemiologia, la fisiopatologia, el quadre clínic i pronòstic específics.

La incidència real és difícil d'establir donat que gran part dels casos no arriben a ser diagnosticats amb certesa. La majoria dels estudis publicats només proporcionen informació sobre pacients hospitalitzats, el que probablement suposa menys de la meitat del total de casos de pneumònia extrahospitalària. En estudis de població, la incidència anual en adults, oscil·la entre 1,6 i 13,4 casos per cada 1.000 habitants, amb taxes significativament superiors en les edats extremes de la vida, en homes i durant l'hivern. La pneumònia

extrahospitalària és la infecció que amb més freqüència justifica l'ingrés d'un pacient a l'hospital i la causa més freqüent de mort d'origen infeccios, amb taxes inferiors al 2% en pacients ambulatoris i d'un 14% en malalts ingressats. En general, els diferents estudis suggereixen que s'hospitalitza un 40% dels pacients amb pneumònia extrahospitalària. Al voltant d'un 5% dels pacients ingressats requereixen ingrés en una UCI [1,2].

PRESENTACIÓ DEL CAS

Pacient de 91 anys, home, que va acudir a Urgències de l'Hospital Sagrat Cor referint un quadre de 5-6 dies d'evolució de febre, tos i expectoració, i dispnea a moderats esforços (Classe Funcional NYHA III). No referia dolor toràcic ni sensació dis-tèrmica.

Anamnesi

Home de 91 anys, sense al·lèrgies conegudes, bevedor ocasional i ex-fumador des de fa 30 anys, que viu a casa amb el seu fill.

Antecedents patològics:

És hipertens (en tractament amb Enalapril 20 mg/d), té hiperplàsia benigna de pròstata (en tractament mèdic amb Dutasterida i Clorhidrat de Tamsulosina 0,5/0,4 mg cada 24h), hiperuricèmia amb atacs de gota al genoll (en tractament amb Alopurinol 100 mg/d). Ha sigut recentment operat, fa un mes i mig, d'un tumor vesical.

Exploració física:

Bon estat general, hemo dinàmicament estable, conscient i orientat en les tres esferes. Es trobava febril (38,1 °C) però normotens (137/70 mmHg) i amb una bona saturació d'oxigen basal (SatO₂ 96% i FiO₂ 21%).

- Aparell respiratori: eupneic (16 rpm) però amb freqüents atacs de tos, i amb una auscultació respiratòria amb murmuri vesicular conservat però on destaquen crepitants a la base pulmonar esquerra.
- Aparell cardiovascular: freqüència cardíaca de 88 bpm. A l'auscultació cardíaca s'identifiquen tons rítmics i sense bufes ni sorolls afegits. No presenta edemes ni signes de trombosi venosa profunda.
- Exploració abdominal: abdomen globulós, tou i depressible, on no es palpen masses ni visceromegàlies, amb una palpació anodínia i un peristaltisme present.
- Exploració neurològica: conscient i orientat, sense focalitats.

Proves complementàries:

- Anàlisi sanguínia: neutrofilia sense leucocitosi (9,32 x 10³/μl) amb elevació de la PCR (25,3 mg/dL). Lleugera elevació de la creatinina (2,41 mg/dl, prèvia de 1,7 mg/dl) amb disminució del filtratge glomerular (22,63 ml/min). Resta de l'anàlisi sense alteracions a destacar.

- Radiografia (Rx) de tòrax (Figura 1): radiografia anteroposterior en supí i sense disposició d'imatge lateral. Observem una condensació a la base pulmonar esquerra amb esborrament de l'angle costofrènic.
- Tinció Gram i cultiu d'esput: aïllament d'*Haemophilus influenzae*.
- Hemocultius i antigenúria: negatius.



Figura 1. Rx de Tòrax.

DIAGNÒSTIC

1. Pneumònia adquirida a la comunitat (PAC) de tipus indeterminada.

La presència de condensació a la radiografia de tòrax i el quadre febril de menys d'una setmana, va permetre un diagnòstic de suposició de pneumònia. Com ja feia més d'un mes de la intervenció quirúrgica, es podia descartar que fos una infecció intrahospitalària.

En una PAC, amb diagnòstic de suposició i tractament empíric, inicialment no cal realitzar cap diagnòstic diferencial,

2. Insuficiència renal aguda (IRA) prerenal.

La lleugera elevació de la creatinina (2,41 mg/dl), juntament amb una disminució del filtratge glomerular (22,63 ml/min), determinaren la presència d'una insuficiència renal aguda, en aquest cas prerenal. La causa podria ser la deshidratació produïda pel quadre febril, al tractar-se d'un pacient d'edat avançada sense antecedents d'insuficiència renal (creatinina prèvia de 1,7 mg/dl).

TRACTAMENT I EVOLUCIÓ

Es va orientar com una pneumònia adquirida a la comunitat amb una insuficiència renal aguda prerenal, pel que es va iniciar el següent tractament, i es va ingressar el pacient a planta de Pneumologia:

- Doble antibioteràpia empírica amb Ceftriaxona, 1 g. via endovenosa cada 24h, i Azitromicina 500 mg. via oral cada 24 h.
- Tractament simptomatològic amb Paracetamol 1 g. / 8 h. i broncodilatadors (Salbutamol 2,5

mg./ 2,5 ml. en nebulitzacions i Ipratropi 500 mcg./ 2 ml. en nebulitzacions, ambdós amb aire medicinal a 6-8 l./min. cada 6h.).

Un cop a planta, es va cursar la tinció Gram i cultiu d'esput, on es va aïllar *Haemophilus influenzae*. El pacient va seguir estable, afebril i presentava una millora de la clínica.

Quan portava més de 48 hores afebril, donada la bona evolució i la resolució de la clínica, es va procedir a l'alta del pacient i se'l va citar per realitzar una Rx. de tòrax de control a les 4 setmanes.

El tractament a l'alta va ser el següent:

- Cefditoreno 200 mg.: 1 comprimit cada 12 hores durant 6 dies.
- Bromur d'ipratropi MDI: 2 inhalacions cada 8 hores durant 2 setmanes.
- Paracetamol 1gr.: 1 comprimit cada 8 hores si febre o dolor.

DISCUSSIÓ

A la pràctica, tota condensació radiològica de recent aparició i no atribuïble a una altra causa, acompanyada de febre de menys d'una setmana d'evolució, ha de considerar-se i tractar-se com una pneumònia mentre no es demostri el contrari.

Un cop tenim el diagnòstic fet, el més important és indagar sobre on es pot haver produït la infecció. Això ens dóna lloc a dos tipus diferents de pneumònia, tenint en compte el temps que ha passat des de l'últim ingrés o contacte amb l'hospital. En el cas que l'interval sigui inferior a un mes, la considerarem una pneumònia intrahospitalària, mentre que si ja fa més d'un mes, la considerarem una pneumònia adquirida a la comunitat.

La incidència real de la PAC és difícil d'establir perquè una gran part dels casos no arriben a ser diagnosticats amb certesa, però hi ha estudis que indiquen 8,3 casos per 1.000 habitants/any, dels quals un 56% eren homes i un 44% dones, amb una edat mitjana de 56,2 anys. Una de cada quatre pneumònies, precisa ingrés, i la taxa de mortalitat general és del 2,7% amb una edat mitjana de 83,7 anys. Només l'edat es va poder associar amb la mortalitat [1]. Això no obstant, tot i que la major part dels pacients recuperen la seva activitat normal en una setmana, la mortalitat global dels pacients amb PAC que requereixen ingrés hospitalari s'estima al voltant del 10-15% [2].

La PAC es classifica clàssicament en tres grans síndromes: PAC típica o bacteriana, atípica (produïda per virus o bacteris atípics) i no classificable (casos que no compleixen criteris que permetin incloure'ls en cap dels 2 primers grups) [3]. En moltes ocasions, és difícil diferenciar clarament els tipus de PAC, pel que s'han establert algorismes diagnòstics basats en la suma de criteris clínics, analítics i radiològics que facilitin l'orientació diagnòstica (Taula 1).

Taula 1. Diagnòstic diferencial entre la pneumònia típica i l'atípica [3]

Criteria
Febre > 39°C d'aparició brusca. Dolor pleural (toràcic o epigàstric). Auscultació focal (crepitants, hipoventilació o buf tubàric). Leucocitosi $\geq 12.000 /\text{mm}^3$ amb neutrofilia $\geq 6.000 /\text{mm}^3$. Radiografia de tòrax de consolidació.
PAC típica: ≥ 3 criteris; PAC atípica: 0 criteris; PAC indeterminada: 1-2 criteris.

DIAGNÒSTIC

El tractament de la PAC no és senzill pel fet que cal establir un correcte diagnòstic etiològic per tal d'aplicar el tractament antibiòtic adequat. A la pràctica clínica, però, algunes tècniques microbiològiques resulten difícils, els resultats es reben tardanament i, a més, els estudis microbiològics presenten habitualment una baixa rendibilitat.

Per això, el diagnòstic es realitza segons l'agrupació de criteris clínics, analítics, radiològics i epidemiològics, que permet instaurar un tractament racional, evitant l'ús innecessari d'antibiòtics [3].

Criteris en l'estudi del pacient suggestiu de PAC [2]:

- Signes i símptomes: febre, dolor pleural (toràcic o epigàstric), auscultació focal (crepitants, hipoventilació o buf tubàric).
- Analítica sanguínia: PCR elevada amb leucocitosi. La leucocitosi, tot i que pot no estar present en una pneumònia, sol associar-se a infecció bacteriana, encara que no és una dada prou sensible o específica. També podem sol·licitar la procalcitonina, la qual ens permetrà distingir la pneumònia bacteriana d'altres quadres respiratoris aguts, i decidir l'estratègia terapèutica.

La realització d'una analítica sanguínia i una pulsioximetria o una gasometria arterial basal ens ajuda a establir la gravetat i la necessitat d'hospitalització, però no són útils per determinar l'agent causal.

- Radiografia de tòrax: presència d'infiltrats pulmonars. Tot i que les troballes són inespecífiques per la majoria dels microorganismes, poden suggerir la implicació de determinats agents, com per exemple *M. tuberculosis*, identificar l'existència de vessament pleural, detectar la presència de cavitació, avaluar l'extensió de l'afectació i, de vegades, establir altres diagnòstics alternatius o associats a la pneumònia.

No obstant això, el diagnòstic de pneumònia no sempre és fàcil. Existeixen altres malalties respiratòries que cursen amb febre i infiltrats pulmonars i que han de descartar-se, especialment si el quadre clínic és de més d'una setmana. La forma habitual de detecció de l'agent responsable suposa l'ús de diferents mètodes microbiològics [2], ja que els estudis microbiològics resulten difícils i complex, especialment en el cas dels patògens bacterians causants de PAC típica [3].

TRACTAMENT

A causa de les limitacions de les proves microbiològiques, per la selecció inicial del tractament antimicrobià cal tenir en compte els següents factors:

- Valorar la necessitat, o no, d'hospitalització segons l'escala de Fine.
- Valorar l'edat i presència de comorbiditat.
- Avaluar la gravetat de la PAC en el moment d'establir el diagnòstic.

Un cop definits aquests punts, s'iniciarà el tractament antibiòtic empíric més adient, i es seguirà el curs evolutiu per tal de detectar aviat aquells pacients que pateixin un deteriorament o que no millorin amb el tractament antibiòtic administrat. Aquest últim grup de pacients ha de ser sotmès a una profunda reavaluació amb l'objectiu de definir conductes i pautes antibiòtiques de segona línia [4].

Com hem dit, el primer que cal valorar per decidir el tipus d'antibiòtic és si farem el tractament hospitalari o ambulatori, i això es determina amb l'escala de Fine [5]. Aquesta consisteix en una estratificació de risc segons uns criteris determinats, amb la qual obtindrem una puntuació que ens permetrà classificar-la, de menys a més greu, en classe I, II, III, IV o V de risc de mort als 3 dies.

Segons la classe de Fine obtinguda, es decidirà si el tractament es fa ambulatori o hospitalari [5].

Si el tractament és ambulatori, per cobrir el pneumococ podem utilitzar Amoxicilina-clavulànic, i per cobrir els atípics rellevants (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *L. pneumophila*...) podem utilitzar un macròlid (Claritromicina o Azitromicina) però mai en monoteràpia. Per altra banda, si el pacient té una malaltia crònica o altres riscos, el més oportú és utilitzar una fluoroquinolona antipneumocòccica (Levofloxacino o Moxifloxacino).

Mentre que si el tractament és hospitalari (o UCI) podem utilitzar una cefalosporina de 3^a generació (Ceftriaxona o Cefotaxima) o Amoxicil·lina-clavulànic, ambdós en combinació amb un macròlid (Claritromicina o Azitromicina). També podem utilitzar una fluoroquinolona antipneumocòccica (Levofloxacino o Moxifloxacino) [2].

A més, en el cas que fos necessari, podem fer un tractament simptomatològic amb broncodilatadors i antipirètics. Si així i tot, el pacient no s'aturés bé, també estaria indicada l'oxigenoteràpia.

PRONÒSTIC

Encara que la major part dels pacients recuperen la seva activitat normal en una setmana, la mortalitat global dels pacients amb pneumònia extrahospitalària que requereixen ingress a l'hospital s'estima en voltant del 10% -15%. En general, la mortalitat augmenta amb l'edat. També es relaciona amb determinades malalties acompanyants, com la diabetis mellitus o les neoplàsies, i el deteriorament de l'estat mental. Certs patògens, la bacterièmia, una leucocitosi superior a $30 \times 10^9/L$ o una leucopènia inferior a $4 \times 10^9/L$ i l'afecció radiològica de més d'un lòbul s'associen amb major mortalitat, una relació PaO_2/FiO_2 inferior a 250 o un hipercàpnia també reflecteixen una malaltia més greu i un pitjor pronòstic [2].

CONCLUSIONS

El cas ens permet delinear el perfil bàsic del tractament d'un cas de pneumònia. En primer lloc, s'hauria de fer un diagnòstic de suposició de pneumònia -mentre no es demostrï el contrari- a partir d'un quadre febril de menys d'una setmana d'evolució, juntament amb una condensació en la Rx de tòrax, d'aparició recent i no atribuïble a cap altra causa.

A partir d'aquí, distingirem si és una infecció intrahospitalària (contacte amb l'hospital fa menys d'un mes) o si és extrahospitalària (fa més d'un mes des de l'últim contacte amb l'hospital).

Un cop diagnosticat, cal decidir si fem un tractament ambulatori o hospitalari mitjançant la classificació de Fine per tal de triar l'antibiòtic empíric més adequada, que administrarem juntament amb tractament simptomatològic com ara broncodilatadors, antipirètics, i oxigenoteràpia si fos necessària.

Un cop iniciat el tractament, les primeres 48 hores són crucials per determinar l'evolució del pacient. Si és bona, és a dir, 48 hores afebril i clínica estable, es pot procedir a l'alta amb Rx de tòrax de control al cap de les 4 setmanes. Encara que la clínica millori, la imatge radiològica triga més temps en desaparèixer, i a la radiografia de control encara pot quedar part de la condensació, tot i que haurà d'haver desaparegut total o parcialment. Si no fos així, caldria pensar en una pneumònia refractària al tractament, o en un altre procés, pel que caldria ampliar l'estudi.

Si l'evolució, 48 hores després és desfavorable, s'haurà de pensar en altres entitats, com ara una resistència a l'antibiòtic, una insuficiència cardíaca, una pneumònia organitzativa o un tromboembolisme pulmonar, entre d'altres.

BIBLIOGRAFIA

1. Irizar Aramburu MI, Arrondo Beguiristain MA, Insausti Carretero MJ, et al. Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad. *Aten Prim*. 2013; 45(10): 501-46.
2. Cardellach López F, Rozman Borstnar C. (Eds.). Farreras Rozman. *Medicina interna*. 18^a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 701.
3. Méndez Echevarría A, García Miguel MJ, Baquero Artigao F, et al. Neumonía adquirida en la comunidad. En: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP [Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2017. [Citat 27-maig-2019]. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>
4. Rañó A, Ioanas M, Angrill J. Neumonía adquirida en la comunidad. *Pautas de tratamiento. Medicina Integral*. 2001; 38:224-31.
5. Mirón Rubio M, Estrada Cuxart O, González Rramallo VJ. Capítulo XI: Neumonías adquiridas en la comunidad e infecciones pleurales. En: *Protocolos de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE)*. 1^a ed. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna, Elsevier; 2008. p. 155-9.

Absceso pulmonar por broncoaspiración: a propósito de un caso

Abscés pulmonar per broncoaspiració: a propòsit d'un cas

Lung abscess caused by respiratory aspiration: case report

Martin Marzabal

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

RESUMEN.

La aspiración de material infeccioso de la cavidad orofaríngea y/o del tracto respiratorio superior puede ocasionar neumonía y absceso pulmonar primario. Presentamos el caso de un paciente de 67 años, varón, que acude a urgencias por un episodio de hemoptisis tras un mes de tos irritativa. La radiografía de tórax evidenció una masa de gran tamaño en pulmón derecho que no estaba presente en Rx previa realizada 2 años atrás. En TC se observó una lesión cavitaria única, en lóbulo inferior derecho, con un nivel hidroaéreo que se orientó como un absceso pulmonar causado por broncoaspiración, iniciando tratamiento antibiótico. Para descartar una obstrucción endobronquial se llevó a cabo una fibrobroncoscopia.

RESUM

L'aspiració de material infecciós de la cavitat orofaríngea i/o del tracte respiratori superior pot ocasionar pneumònia i abscés pulmonar primari. Presentem el cas d'un home de 67 anys que va acudir a urgències per un episodi d'hemoptisi després d'un mes de tos irritativa. La radiografia de tòrax va evidenciar una massa de grans dimensions en pulmó dret que no estava present en Rx prèvia realitzada 2 anys enrere. En TC es va observar una lesió cavitària única a lòbul inferior dret amb un nivell hidroaeri que es va orientar com un abscés pulmonar causat per broncoaspiració, iniciant tractament antibiòtic. Per descartar una obstrucció endobronquial es va dur a terme una fibrobroncoscopia.

ABSTRACT

Pneumonia and primary lung abscesses may result from aspiration of infectious material from the oropharyngeal cavity and the upper respiratory tract. A 67-year-old man presented to the emergency room for an episode of hemoptysis after a month of irritating cough. Chest X-ray showed a large mass in the right lung that was not present in a previous X-ray 2 years ago. Computed Tomography (CT) revealed a single cavitary lesion in the right lower lobe with a hydro-aerial level that was diagnosed with pulmonary abscess caused by respiratory aspiration and antibiotic treatment was started. A fibrobronchoscopy was performed to discard endobronchial obstruction.

Palabras clave: Bronquios; aspiración respiratoria/diagnóstico; absceso pulmonar/diagnóstico.

Paraules clau: Bronquis; aspiració respiratòria/diagnòstic; abscés pulmonar/diagnòstic.

Keywords: Bronchi; lung abscess/diagnosis; respiratory aspiration/diagnosis.

Correspondencia: martinmarzabal@gmail.com

Recibido: 27-mayo-2019

Aceptado: 11-julio-2019

Marzabal M. Absceso pulmonar por broncoaspiración. A propósito de un caso. *Ann Sagrat Cor* 2019; 26(2): 95-98.

INTRODUCCIÓN

Un absceso pulmonar es una zona necrótica del parénquima pulmonar que presenta material purulento en su interior, causado por la acción de un agente infeccioso. Se trata de una enfermedad relativamente frecuente en ciertos grupos de riesgo como pacientes de edad avanzada, con alteraciones neurológicas o con hábitos tóxicos, tanto alcoholismo como drogadicción, por la mayor presencia de patología periodontal y la predisposición a las bronco-aspiraciones. Si bien, gracias a la mejora del tratamiento de las infecciones respiratorias, su incidencia ha disminuido su mortalidad, sigue rondando entre un 5 y un 20%. Su diagnóstico es complicado sobre todo a la hora de diferenciarlo del cáncer de pulmón, y requiere de la resolución de la infección para que sea definitivo. Se trata de una patología que genera pruebas de imágenes muy características. [1,2]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 67 años, que acudió a Urgencias por un cuadro de hemoptisis y tos irritativa de un mes de evolución. Desde hacía un mes, el paciente había comenzado a presentar una tos sin expectoración que le provocaba dolor torácico irradiado a los riñones. Acudió al otorrino, pues sospechaba de una infección de vías aéreas superiores y éste le recetó un antihistamínico (actihitilol). Sin embargo, la tos no desaparecía por lo que pensó acudir a la consulta de Neumología, aunque pospuso la visita hasta que comenzó a presentar hemoptisis y exacerbación del dolor al toser.

Anamnesis

Hombre de 67 años, sin alergias conocidas, enólico habitual, aunque había cesado el consumo de bebidas alcohólicas hacía 2 meses.

No fumador, pero por su profesión de planchista, se había expuesto a la inhalación de polvos metálicos, disolvente, pintura, amianto y alquitrán.

Antecedentes patológicos:

De entre sus antecedentes patológicos destacaban una litiasis vesical, un tumor prostático intervenido mediante RTU, y la colocación de una prótesis de cadera.

Medicación habitual consistente en ácido alendrónico para la debilidad ósea, y aspirinas a dosis de 100 mg como profilaxis primaria.

Exploración física:

Sus constantes al ingreso eran normales, a excepción de una presión arterial de 156/84 sin mayor relevancia clínica. A la exploración física presentaba un buen estado general, y las exploraciones cardiovascular, abdominal y neurológica fueron totalmente normales. Cabe destacar que se apreciaban hipofonosis bibasales en la exploración respiratoria.

Pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: normal.
- Analítica: leucocitosis moderada con predominio neutrofílico, con una PCR de 6.
- Radiografía (Rx) de tórax: mostraba una masa hiperdensa de gran tamaño en pulmón derecho, localizada el lóbulo inferior o medio. Comparada con una Rx de 2017, se evidenció que esta masa no estaba presente entonces, por lo que se había desarrollado en un periodo inferior a dos años. (Figura 1)

Tras este hallazgo se decidió ingresar al paciente en Neumología, y se solicitó una TC. En la imagen se podía observar una lesión redondeada de 55 x 51 mm en el lóbulo inferior derecho, con contenido líquido y aéreo en su interior (Figura 2).

Contactaba con la pleura parietal y la cisura mayor, presentando paredes engrosadas.

A su alrededor se observaba una ligera condensación alveolar, y micromódulos centrolobulillares, compatibles con una neumonitis asociada.

Se orientó por Radiodiagnóstico como un absceso pulmonar, sin descartar la posibilidad de que se tratara de una neoplasia cavitada.

Con la orientación diagnóstica de absceso pulmonar, se interrogó al paciente sobre posibles episodios de pérdida de consciencia, manipulaciones dentales o broncoaspiraciones que pudieran ser causantes de la lesión, refiriendo éste un episodio de reflujo seguido por tos y náuseas tras una cena copiosa, hacía algo más de un mes.

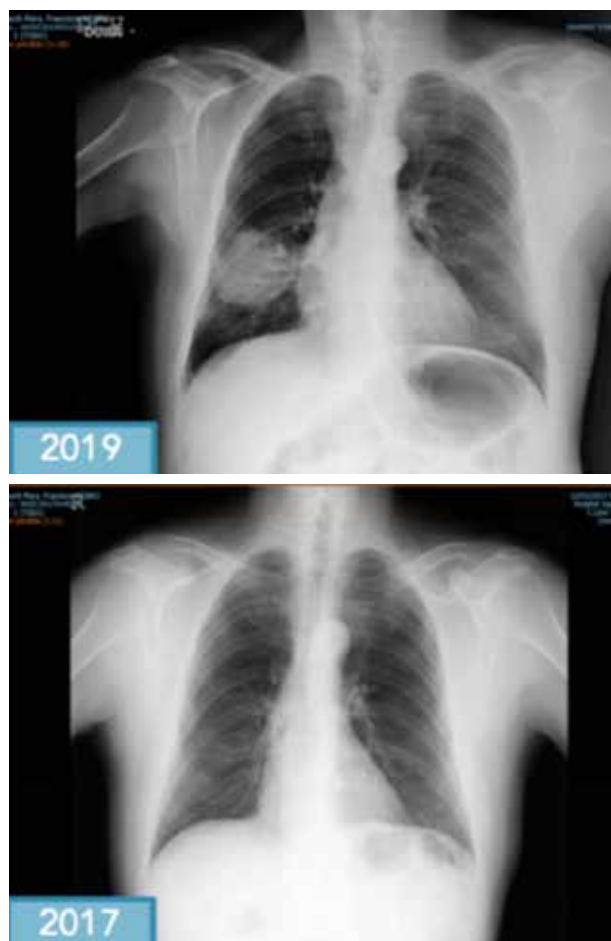


Figura 1. Rx de tórax de 2019 que muestra condensación hiperdensa en LMD LID, y la correspondiente a 2017 que no se presenta ninguna alteración.

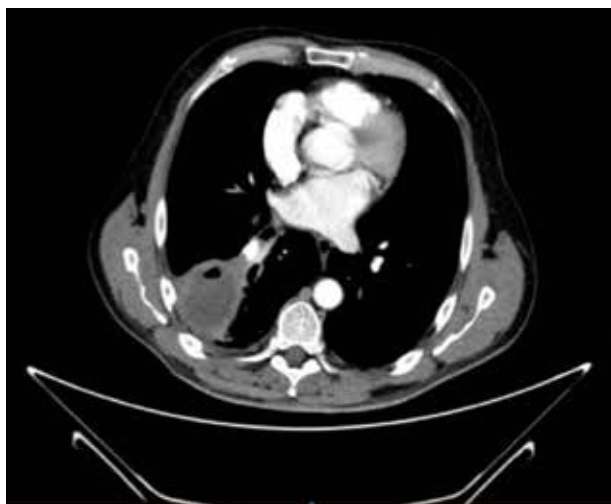


Figura 2. Corte de TC de tórax en la que se aprecia una lesión cavitaria de 5,5 x 5,1 cm, de contenido líquido, y con un nivel hidroaéreo.

TRATAMIENTO

Se consideró prioritario resolver la infección, pautándose Augmentine (amoxicilina + ácido clavulánico) a altas dosis (2 gr/200 mg cada 8 horas), durante 30 días.

Se programó una fibrobroncoscopia para descartar una obstrucción endobronquial como origen del absceso. (Figura 3)

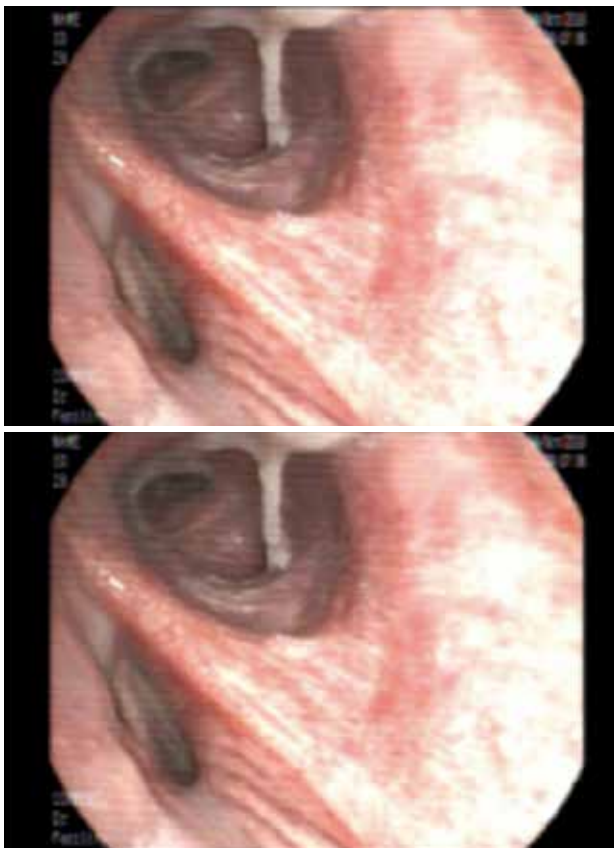


Figura 3. Imágenes obtenidas por fibrobroncoscopia en las que se aprecian secreciones

Tras comprobar la ausencia de obstrucción, y aspirar algunas secreciones para su cultivo, se dio el alta al paciente para continuar el tratamiento antibiótico en su domicilio por vía oral. Se programó control a los 15 días y, finalmente, se le recomendó que a la mínima señal de ahogo, fiebre alta, hemoptisis o dolor torácico acudiera inmediatamente a urgencias.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de un hombre de 67 años que tras un mes de tos irritativa, y un episodio de hemoptisis es diagnosticado de un absceso pulmonar, iniciando el tratamiento antibiótico pertinente.

El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón, caracterizada por una lesión cavitaria repleta de pus. Se diferencia de la neumonía necrotizante en que ésta cursa con la formación de numerosos abscesos de menor tamaño.

La mayor parte de los abscesos pulmonares surgen de la complicación de una neumonía aspirativa originada por la flora orofaríngea. Por ello, la población que presenta mayor riesgo de padecer esta patología, son aquellos pacientes con predisposición a la aspiración de contenido orofaríngeo: individuos que han sufrido alteraciones de consciencia secundarias a alcoholismo, drogadicción, accidentes cerebrovasculares, crisis epilépticas, intervenciones bajo anestesia general o colocación de una sonda nasogástrica. Además, la incidencia aumenta en aquellos que presentan una higiene bucodental pobre, reflujo gastroesofágico, etc.

También pueden originarse abscesos secundarios a una obstrucción endobronquial, así como por la siembra hematógena de los pulmones.

Los patógenos causantes suelen ser principalmente bacterias anaerobias que colonizan la orofaringe, y el tracto digestivo superior, como *Prevotella*, *Fusobacterium* y *Bacteroides*, *Fingoldia*, *Clostridium*. Con menor frecuencia pueden estar causadas por *Streptococcus milleri* y microaerófilos. Otras bacterias pueden ser *S. aureus*, *K. Pneumoniae*, *S. Pyogenes* y bacilos gram-negativos como *Burkholderiapseudo-mallei*, *Haemophilus influenzae tipo B*, *Nocardia*, *Legionella* y *Actynomices*. Además, podrán estar causados por algunos parásitos (*Entamoebahistolytica*), hongos (*Aspergillus spp.*) y Mycobacterias (*Mycobacterium tuberculosis*).

La evolución natural del proceso infeccioso se puede dividir en tres partes: una etapa inicial que se presenta como un cuadro moderado que dura alrededor de una semana y cursa con síntomas como fiebre, distermia, anorexia, tos seca, disnea y dolor en el costado; luego, durante la segunda o tercera semana la tos se vuelve productiva, en ocasiones hemoptoica y los esputos pasan a ser purulentos; y en la tercera etapa, si el tratamiento no es eficaz, se produce la ruptura del absceso que cursa con sepsis y fiebre. En el presente caso, el paciente pasó por las dos primeras etapas y, gracias al tratamiento antibiótico, no llegó a desarrollar una sepsis.

El diagnóstico del absceso se realiza principalmente mediante pruebas de imagen, tanto por radiografía de tórax, como por TC, además son útiles el hemograma y el cultivo de esputo.

En la radiografía de tórax, se puede encontrar una masa hiperdensa cavitada que presenta un nivel hidroaéreo, una consolidación del parénquima adyacente, unos bordes internos regulares, y está delimitado por una pared de entre 5 y 15 mm.

La TC de tórax mostrará una o varias cavitaciones de pared gruesa, y contorno regular, con niveles hidroaéreos. Permite diferenciar las lesiones de la parénquima pulmonar de los derrames pleurales, e incluso detectar si existe una neoplasia asociada a absceso.

En lo referente a la analítica de sangre, destacarán una leucocitosis moderada, anemia, y VSG elevada.

El diagnóstico microbiológico del absceso pulmonar supone un reto dada la complejidad de la obtención de muestras no contaminadas por la flora orofaríngea. Los únicos métodos de obtención de muestras viables serán el aspirado transtraqueal, el aspirado con aguja transtorácica, la obtención de líquido pleural y los hemocultivos. Como alternativa, se puede realizar una fibrobroncoscopia. Esta técnica permite descartar la presencia de obstrucciones endobronquiales que puedan dar lugar al absceso.

El diagnóstico diferencial de los pacientes con clínica atípica, incluirá por un lado, otras infecciones como la tuberculosis, pero también enfermedades no infecciosas como el infarto pulmonar, la vasculitis, las bullas con niveles hidroaéreos, las bronquiectasias, el empiema, el secuestro pulmo-

nar, la sarcoidosis o la histiocitosis. Además cuando la infección se resista al tratamiento se deberá descartar la presencia de neoplasias con la realización de una fibrobroncoscopia.

Existen diversos criterios a la hora de clasificar un absceso pulmonar, permitiendo predecir el pronóstico del paciente, así como seleccionar el tratamiento adecuado. Así, dependiendo del tiempo de evolución de la infección, el absceso puede ser agudo o crónico si persiste durante \pm 2 semanas, respectivamente. Si se forma exclusivamente a consecuencia de una aspiración sin otra patología respiratoria se considerará primario, mientras que será secundario, si viene precedido de otra patología pulmonar como el enfisema, las bronquiectasias o el cáncer de pulmón. Desde el punto de vista anatomopatológico, se diferencian los abscesos piógenos (sépticos, nemónicos o bronconeumónicos), pútridos y esclerosos. En el presente caso clínico, el absceso que se presenta es crónico, primario, piógeno bronconeumónico.

En cuanto al tratamiento, los antibióticos por vía intravenosa constituyen la primera línea; en el caso de pacientes menos afectados, se valorarán antibióticos orales. Dadas las resistencias actuales a clindamicina (600 mg. cada 8 h. por vía intravenosa), el tratamiento más eficaz hoy en día, es la combinación de amoxicilina y ácido clavulánico a altas dosis (2 gr/200 mg cada 8 horas). Como alternativas, se puede plantear una cefalosporina de segunda o tercera generación así como el metro-nidazol, aunque este último tiene una alta tasa de fracaso. Si se tratara de un paciente positivo, para MRSA, el tratamiento de elección sería el linezolid.

La duración del tratamiento oscila entre 3 a 6 semanas, contando con la imagen radiológica para evaluar la remisión de la enfermedad y la efectividad.

Si los pacientes no responden, deberán ser evaluados para la búsqueda de patógenos inusuales o resistentes, lesiones obstructivas bronquiales y causas no infecciosas de cavitación pulmonar.

Habitualmente los abscesos pulmonares, raramente requieren de tratamiento quirúrgico, sin embargo existen casos concretos, como la infección por micro-organismo multiresistentes, en los que será necesario. Algunos de los factores predictivos de un absceso refractario al tratamiento médico son una medida mayor a 6 cm, la asociación a una obstrucción endobronquial, el crecimiento rápido de la lesión, y la comorbilidad con otras patologías como bronquiectasias, neumonitis o hemorragias pulmonares.

El objetivo de la intervención quirúrgica será el drenaje del absceso, que puede realizarse de diferentes maneras: el drenaje percutáneo está indicado en caso del fracaso del tratamiento médico, en abscesos con diámetros mayores de 4 cm y se guía con pruebas de imagen (preferiblemente TC). El drenaje endoscópico se utiliza cuando hay trastornos de coagulación. Y finalmente, la cirugía mediante toracotomía es el último recurso que se emplea en pacientes con sepsis grave, o en caso de abscesos crónicos que no responden a ningún otro tratamiento [1,3-6].

CONCLUSIÓN

Se deben enfatizar las características principales de esta patología, de manera que al lector le resulte fácil su diagnóstico y posterior tratamiento.

El absceso pulmonar es una patología que afecta a ciertos grupos de riesgo constituidos por pacientes con mecanismos de defensa inmunológicos, o mecánicos deteriorados. El curso inicial de la enfermedad resulta inespecífico. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen como la radiografía de tórax y la TC, que permite llevar a cabo un diagnóstico diferencial con las neoplasias de pulmón.

Las bacterias anaerobias juegan un papel fundamental en la enfermedad pulmonar cavitaria por aspiración. Por ello, la cobertura anaeróbica es un requisito indispensable para un régimen antibiótico adecuado, y la antibiotioterapia de amplio espectro resulta adecuada en la mayoría de casos.

Los inhibidores de las aminopenicilinas / beta-lactamasas, las nuevas fluoroquinolonas con actividad anaeróbica (moxifloxacina), y la clindamicina han demostrado similar eficacia clínica en el tratamiento de la neumonía por aspiración y el absceso pulmonar primario. En casos de extenso daño del tejido pulmonar, se requiere terapia antibiótica. Los antibióticos son eficaces en el 80-90% de los casos, y los procedimientos quirúrgicos se limitan a complicaciones graves, como el empiema pleural. La enfermedad pulmonar cavitaria tiene un diagnóstico diferencial amplio, que incluye aspiración de contenido gástrico estéril (síndrome de Mendelson), neumonía estafilocócica, tuberculosis, carcinoma primario de pulmón, metástasis y vasculitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardellach López F, Rozman Borstnar C. (Eds.). Farreras Rozman. Medicina interna. 18ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p.719-21.
2. García Fernández JL, Sánchez Cuellar S, Pun Tam YW. Abscesos pulmonares [Internet]. Cirugía en patología pulmonar no tumoral (XVI/10). Madrid: Neumomadrid; 2010 [citado 4-mayo-2019] p. 9-22. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/monogxvi_1._abscesos_pulmonares.pdf
3. C. Aramburu. Absceso pulmonar: claves diagnósticas y tratamiento del adscrito [Internet]. México DF: Sapiens medicus; 2016. [citado 4-mayo-2019]. Disponible en: <https://sapiensmedicus.org/absceso-pulmonar/>
4. Amor-Alonso S, Moreno-Balsalobre R, Risco-Rojas R, et al. Secuestros pulmonares: presentación de 8 casos. Cir Esp. 2010; 87:171-6.
5. Sethi S. Absceso pulmonary [Internet]. Manual Merck. Kenilworth, NJ: Merck & Co, Inc.; 2017. [actualizado diciembre-2017; citado 4-mayo-2019]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-pulmonares/absceso-pulmonar/absceso-pulmonar>
6. Singh N, Bal A. Quiste pulmonar causado por un carcinoma broncogénico de localización central. Arch Bronconeumol. 2012; 48:99-101.

Colaboración del Hospital Universitari del Sagrat Cor en el Hospital de Campaña de la Parroquia de Santa Anna. Febrero-junio 2019.

Jordi Delás, Marta Morales, Anna Cruz

Hospital Universitari del Sagrat Cor

*Este niño que llora
no tiene cuna,
su papá es carpintero
que le haga una*

La parroquia de Santa Anna en Barcelona (calle Santa Anna, 29) abrió sus puertas a las personas sin hogar de la ciudad brindando con su voluntarios afecto, respeto, conversación y espacio de relación, reposo, protección y, en lo posible, atención de las necesidades básicas.

La petición de colaboración para su Hospital de Campaña a nuestro Hospital Universitari del Sagrat Cor ha permitido que, asimismo, los diferentes profesionales hayan aportado sus competencias para crear, durante unos días un Hospital en el claustro del primer piso de Santa Anna. Los próximos días 12, 13 y 14 de noviembre se realizará la tercera edición del Hospital de Campaña en la parroquia de Santa Anna.

No gustaría aplicar algunos aprendizajes previos, como, por ejemplo realización de análisis, tanto "in situ" en el claustro del primer piso, como en los lugares donde residen personas en situación socialmente deprimida, en la calle.

Desde el diseño inicial se ha planteado dar respuesta a los principales motivos de consulta. El horario es de 9 a 18 horas.

Elementos fundamentales de la atención serán dedicar tiempo e interés a las personas que acudan.

TRIAGE Y ADMISIONES

A la entrada del claustro, en la más pura metodología hospitalaria, el área de triage (Figura 1) direcciona a las diferentes dependencias e introduce los datos para la realización de la historia clínica informatizada.

Como el objetivo es integrar a las personas en la red sanitaria general, en el servicio de admisiones (Figura 2), se intenta procurar la Tarjeta Individual Sanitaria a las personas que tienen derecho a ella.

Las personas atendidas mayoritariamente no tienen tarjeta sanitaria, y por ello no se duplican funciones con relación a la red de atención sanitaria pública. Un 75,5% de las personas atendidas está en la calle y solo un 14,1% vive en dependencias institucionales.



Figura 1. Área de triage. Desde el área de triage se direcciona a las personas que consulta a las diferentes especialidades. Se han realizado 1,7 visitas por persona.



Figura 2. Admisiones

En general, las personas atendidas no tienen domicilio fijo, ni empadronamiento ni tarjeta sanitaria (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociales de la población atendida

Empadronamiento	
Sí	31,9%
No	65,6%
No sabe	2,5%
Domicilio	
Casa ocupada	1,8%
Institución	8,6%
Si domicilio fijo	14,1%
Sin techo	75,5%
Tarjeta sanitaria	
Sí	38%
No	61,3%
No sabe	0,6%

FUNCIONAMIENTO POR SERVICIOS

La atención se organiza por servicios. Como se detalla en la Figura 3, más de la mitad de las visitas han sido realizadas en Medicina Interna y Enfermería.

Tras éstos, el servicio de podología es uno de los más solicitados, y estuvo situado en el ala izquierda del claustro, con un moderno sillón podológico y un amplio equipamiento (Figura 4).

En la amplia zona posterior se ubica el servicio de Psiquiatría y Psicología, que al igual que Podología funciona prácticamente todo el tiempo los días de campaña.

Ello es posible gracias a la dedicación de la Universitat Abat Oliva y los psicólogos del máster de Psicología Clínica. Esta tarea se analiza en un trabajo de fin de grado que se publica en este mismo ejemplar de Annals del Sagrat Cor.

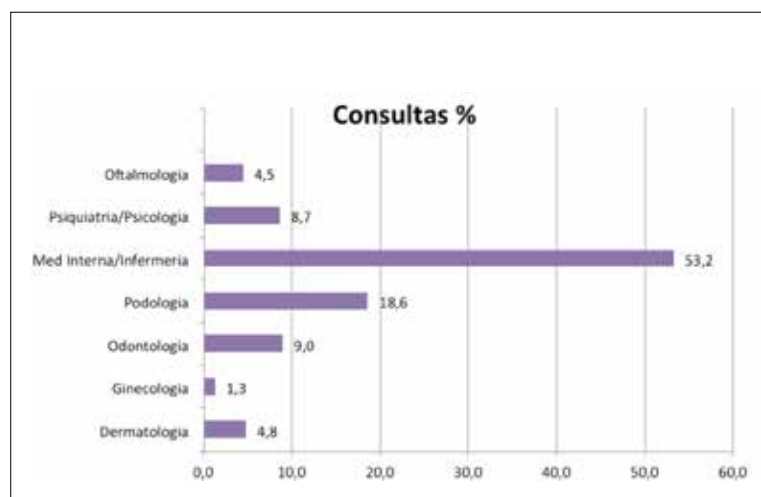


Figura 3. Consultas por Servicio.

OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA

A partir de la experiencia de la primera edición de febrero 2019, en la segunda de junio se ha creado un banco de donación de gafas que, una vez clasificadas, ha permitido entregar gratuitamente gafas a las personas que el servicio de oftalmología ha realizado una graduación previa.

Una de las prestaciones más satisfactorias es comprobar la satisfacción de las personas que abandonaban el servicio con sus, para ellas, nuevas gafas. A menudo, acompañadas también de gafas de protección del sol.

POLICLÍNICA

A la derecha del claustro se halla el área de policlínica con consultas para medicina interna, enfermería, ginecología, dermatología, y odontología (Figura 5).

En la primera campaña, 17 personas han sido remitidas a nuestro Hospital Sagrat Cor, en atención inmediata o diferida (Tabla 2).

Tabla 2. Personas remitidas a diferentes servicios del Hospital del Sagrat Cor en la campaña de febrero (7 días)

Urgències	4
Radiologia	1
Oftalmologia	4
Traumatologia	2
Dermatologia	2
Odontologia	4
Total	17

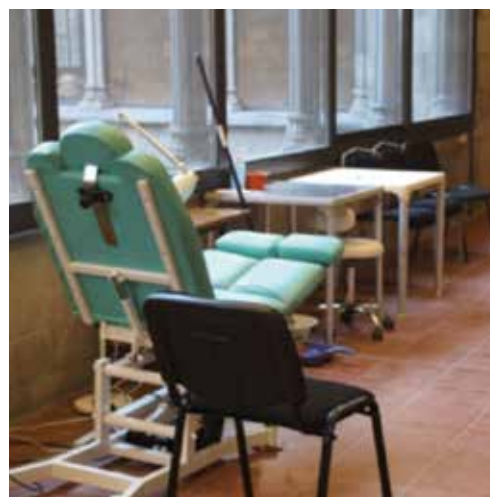


Figura 4. Servicio de podología

SALUD DE LA MUJER

Un 15% de las personas atendidas han sido mujeres y la mayoría (48%) de nacionalidad española. Más de la mitad no tienen ni empadronamiento, ni tarjeta sanitaria, ni domicilio fijo (Tabla 3)

Tabla 3.

Nacionalidad	
España	48%
Empadronamiento	
Sí	40%
No	56%
Sin datos	4%
Domicilio	
Casa ocupada	32%
Institución	24%
Sin techo	44%
Tarjeta sanitaria	
Sí	44%
No	56%

JOVIATRÍA!

Atención a la juventud, a la juventud frágil. Nuestro hospital tiene amplia experiencia en la atención geriátrica y hemos tratado de aplicar parte del conocimiento de prestación de cuidados a la atención de la juventud. Colaborar con la Parroquia de Santa Anna en sus muchas prestaciones.

Se trataría de ampliar las visitas médicas con talleres, áreas de día, tareas de prevención. Como referencia el buen clima creado, el tercer día de nuestra atención de febrero en Santa Ana se improvisó un partido de fútbol y una breve actuación musical en el patio en frente del claustro. No confiaban mucho nuestros jóvenes atendidos en las habilidades deportivas de los profesionales sanita-



Figura 5. Consultas multiusuarios

rios ya que no nos pasaron mucho la pelota. Mejora nuestra aportación la destreza de nuestros estudiantes de tercer curso de la Facultad de Medicina.

Tabla 4. Datos demográficos de los jóvenes menores de 21 años

Sexo	
Hombres	92,9%
Mujeres	7,1%
Empadronamiento	
Sí	7,1%
No	92,9%
Domicilio	
Casa ocupada	3,6%
Institución	10,7%
Sin techo	85,7%
Tarjeta sanitaria	
Sí	17,9%
No	82,1%



Figura 6. Fútbol el tercer día de "campaña".

Y entonces, qué es la “consulta” de Santa Ana?

María Carrera

Medicina de Familia y Comunitaria

Podría dedicar hojas enteras a describir qué NO es Santa Ana; no es un hospital, no es un CAP, no es una consulta al uso, por no ser, hasta hace poco no era casi ni un emplazamiento físico fijo al que acudir. Hubo una época en la que Jordi (piedra angular del proyecto) y yo visitamos en la capilla de la iglesia, en una esquina que dotamos de intimidad con una cortina roja aterciopelada que colgaba del techo. Un inicio muy pintoresco, la verdad.

Para mí, personalmente, es básicamente un sitio para encontrarse: así de simple y así de complejo al mismo tiempo. Encontrarse con gente que, aparte de con nosotros, no van a visitarse con ningún médico. Encontrarse con realidades incómodas, que normalmente preferimos evitar en la comodidad de nuestras rutinas. Encontrar un hueco en la rutina para hacer algo diferente. Encontrarse, también, con que la mayoría de las veces no resolvemos nada, no curamos nada, ni cambiamos nada... y quizá eso sea lo más difícil de entender, acostumbrados como estamos a un sistema sanitario en el cual estamos obsesionados por dar diagnósticos certeros y tratamientos dirigidos. Al principio solía volver a casa pensando “¿para qué?, ¿para qué el esfuerzo si no arreglamos nada?”

Con el paso de los meses, esa sensación ha cambiado. Ahora sé que sí que sirve para algo; sirve para mucho. Cada miércoles es un momento de dignidad. Un momento sin bata, y la ma-

yoría de los días también sin fonendo, en el que podemos hablar con total sinceridad, sin miedo a represalias ni juicios. Suena presuntuoso, pero tanto para los que vienen como para los que los esperamos es un momento importante. Como dice Giovanna (compañera de esta aventura) “es otra forma de conocer Barcelona”. Y tiene toda la razón: Barcelona es todo lo bonito de ver, pero no se puede entender por completo sin acercarse a esto que tanto incomoda y tan poco políticamente correcto es.

La consulta semanal en Santa Ana es la ilusión de hacer posible un sitio de encuentro para quien quiera encontrarnos. La rutina de ir cada semana allí surgió a partir de la primera campaña del Hospital de Campaña que se organizó en febrero. Al terminar nos dimos cuenta de que había estado muy bien, muy útil, pero que la mayoría de los que acudieron se perderían nuevamente en la vorágine de la ciudad, y quién sabe si volverían a la siguiente edición del Hospital de Campaña, así que nos pusimos manos a la obra.

Para ellos, que vienen a vernos, la verdad es que no sé que es Santa Ana, supongo que cada uno de ellos tendrá una opinión distinta al respecto y a los más les perdemos la pista tras dos o tres visitas así que tampoco puedo preguntarles. Por ahora me quedo con la respuesta que nos dio una usuaria no hace mucho cuando le preguntaron por qué venía: yo voy a Santa Ana porque allí me siento querida.



ULLERES X L'HOSPITAL DE CAMPANYA

Necessitem ulleres velles de sol o graduades, si en teniu per casa i no les feu servir us agraïem ens les pugueu fer arribar a Atenció al pacient, les revisarem i amb l'ajuda del servei d'oftalmologia del nostre centre les classificarem per tal de poder ajudar i facilitar a totes aquelles persones sense llar que les necessiten i no tenen mitjans per a comprar-les.

Dermatología práctica para Médicos de Atención Primaria.

Casos Prácticos

2a Edición

Hospital
Universitari
Sagrat Cor



Viernes 29 noviembre 2019

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. Prof. Pablo Umbert, Dra. Maribel Iglesias, Dra. Montse Salleras
09:10 - 09:30	Dermatosis de la región facial . Dra. Montse Salleras
09:30 - 09:50	Dermatosis de las manos . Dra. Gemma Melé
09:50 - 10:10	Dermatosis de los pies . Dr. Arcadi Altemir
10:10 - 10:30	Dermatosis de la mucosa oral . Dra. Eugenia Rodriguez
10:30 - 10:50	Dermatosis de la mucosa ano-genital . Dr. Luís Novoa
10:50 - 11:30	Pausa - Café
11:30 - 11:50	Dermatosis del cuero cabelludo . Dra. M Iglesias Sancho
11:50 - 12:10	Dermatosis en el tronco . Dra. Marta Olivé
12:10 - 12:30	Casos prácticos en patología estival . Dra. Nuria Setó
12:30 - 12:50	Casos prácticos en patología invernal . Dr. Jorge Arandes
12:50 - 13:10	Casos prácticos en psoriasis . Dra. Anna Isabel Lázaro
13:10 - 15:00	Comida libre

Tarde

15:00 - 15:40	Dermatoscopia iniciación . Dra. Mónica Quintana
15:40 - 16:10	Casos prácticos en dermatoscopia. Parte I. Dra. Elisabet Amores
16:10 - 16:40	Casos prácticos en dermatoscopia. Parte II. Dra. Ana Iglesias
16:40 - 17:10	Casos prácticos en dermatoscopia. Parte III. Dra. Lidia Creus
17:10 - 17:30	Casos prácticos en dermo-psiquiatría. Dr. Jordi Serra

Asistentes: médicos de familia del área de influencia, residentes de familia del hospital y médicos del hospital que estén interesados.

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

Se ha solicitado la acreditación al "Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries" y a la "Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud"

Inscripción GRATUITA

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

Rellenar Bolefín de inscripción y enviarlo a:
miglesias@quironsalud.es

Nombre y apellidos:

.....

Teléfono e-mail:

.....

Centro de Trabajo:

.....



Hospital
Universitari
Sagrat Cor



Parròquia de Santa Anna

L'Hospital del Carrer Campanya de salut per a les persones sense llar

*Del 12 al 14 de Novembre. Claustre de la Parròquia de Santa Anna.
Carrer de Santa Anna, 29
08002 Barcelona*

- **MEDICINA INTERNA**
- **OFTALMOLOGIA i OPTOMETRIA**
- **INFERMERIA**
- **PSICOLOGIA i PSIQUIATRIA**
- **MEDICINA DE L'ADOLESCÈNCIA i LA JOVENTUT**
- **GINECOLOGIA**
- **MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL**
- **ODONTOLOGIA i CIRURGIA MAXIL·LOFACIAL**
- **DERMATOLOGIA**
- **EDUCACIÓ PER A LA SALUT**
- **ATENCIÓ A LES DEPENDÈNCIES**
- **VACUNACIONS**