

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2022.
Volum 29. Número 3. Publicació trimestral

Anys de vida saludable

I Jornada d'Investigació HUSC,
Premi Dr. Cardenal

A TENGO GANAS DE
CAMBIAR EL MUNDO



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 Compaired
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

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vasculat, HUSC

J. A. Bombí Latorre

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

M.J. Conde Martínez

Radiodiagnòstic, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. De Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

K. Diz Miserachs

Psicología, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

J. Foncillas Corvinos

C. General, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, H. Germans Trias i Pujol

E. González Marín

Urgencias, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

J. Guitart Vela

Anestesiología, Fundació Plató

C. Lombardía López

Infermeria, HUSC

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerro

Dermatología, Hospital del Mar

J. Massons Cirera

Neurología, HUSC

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Moneris Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

J. Palés Argullós

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

M. Pons Bussom

Farmacia, HUSC

C. Prat Torrevejano

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnòstic, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

L. Tuneu Valls

Endocrinología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel

E. Basilio Bonet

F. Fernández Monrás

P. Umbert Millet

G. Vidal López

EDITORIAL

La queixa com oportunitat 108

DEBAT

Años de vida saludable. Datos y definiciones: indicadores de salud de la población..... 109

M^a JOSÉ SÁNCHEZ

Esperanza de vida en buena salud 110

MARGARITA AGUAS COMPAIRED

Educuar en salud..... 112

MIQUEL BALCELLS RIBA

ORIGINAL

Agraïments, suggeriments i queixes: avaluació de l'hospital a partir de les experiències dels pacients i familiars 113

Agradecimientos, sugerencias y quejas: evaluación del hospital a partir de la experiencia de pacientes y familiares / *Acknowledgements, suggestions and complaints: evaluation of the hospital based on the experience of patients and relatives*

EMMA PLANAS ESCAPA, JORDI DELÁS AMAT, MARGARITA AGUAS COMPAIRED, MARTA MORALES ARGIMON, NÚRIA BARRERA AGUILERA

● **La importancia de las sugerencias**..... 122

MARGARITA AGUAS

METODOLOGÍA

Juego de Hipótesis 123

Joc d'hipòtesi / *Game of Hypothesis*

EDUARDO GONZÁLEZ MARÍN

CAS CLÍNICO SERVEI RADIODIAGNÒSTIC

La fístula aortoentérica primaria por imagen: lo que el médico de urgencias debe conocer (a propósito de un caso) 128

La fístula aortoentèrica primària per imatge: allò que el metge d'urgències ha de conèixer (a propòsit d'un cas) / *Primary aortoenteric fistula imaging: what the emergency physician should know (based on a case report)*

ELISABET VILA-TRIAS, JEAN SOTO, JOSÉ TOMÁS SALAYA, FERNANDO DÍAZ, ANA PELÁEZ, ELISENDA GRIVÉ, SÍLVIA LLAVERIAS

CASO CLÍNICO

Síncope vasovagal: caso clínico y revisión de la entidad 132

Síncope vasovagal: cas clínic i revisió de l'entitat / *Vasovagal syncope: entity revision and case report*

ROSA MALLEN MUÑOZ, ROSA LÓPEZ FERNÁNDEZ

CAS CLÍNIC

Tromboembòlia pulmonar aguda 135

Tromboembolismo pulmonar agudo / *Acute pulmonary thromboembolism*

JOEL COSTABELLA ÀLCARAZ

Tromboembolisme pulmonar: un cas post pandèmia 139

Tromboembolismo pulmonar: un caso post pandemia / *Pulmonary thromboembolism: a post-pandemic case report*

SARA FELICES LLUCH

Pneumònia intersticial difusa associada a artritis reumatoide 142

Neumonía intersticial difusa associada a artritis reumatoide / *Rheumatoid arthritis-interstitial lung pneumonia*

JOAN MARCH QUADRAT

Cáncer de pulmón no microcítico silente..... 145

Càncer de pulmó no microcític silent / *Silent microcytic lung carcinoma*

KLÁRA VYHNÁNKOVÁ

DOCENCIA MÉDICA

Estudios de medicina en Ecuador: preparación intrahospitalaria e internado rotativo 149

Estudis de medicina a Equador: preparació intrahospitalària i internat rotatori / *Medical career in Ecuador: in-hospital training and rotating internship*

SHAILEEN ZAMBRANO CEVALLOS, PATRICIA CLAVIJO CEDEÑO

PERSPECTIVES

La ciencia no es llengua..... 152

JORDI DELÁS

I Jornada de Investigación 153

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-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

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



APMTS

La queixa com oportunitat

Quan un nou professional arriba a l'Hospital hi ha una sèrie de qüestions que se l'hi haurien de mostrar. Probablement el pla d'evacuació de les entitats que no poden ser ateses al centre, els protocols d'actuació, la vinculació a programes assistencials de la comunitat com codi ictus, infart, sèpsis. Si és possible, el mapa bacteriològic propi i, sens dubte, l'anàlisi de les reclamacions dels pacients.

En aquest número presentem el Treball de Fi de Grau d'Emma Planas "Avaluació de l'hospital a partir de les experiències dels pacients i la seva família: agraïments, suggeriment i queixes". De forma molt satisfactòria, la docència –en aquest cas a la fi de grau– dona lloc a recerca. L'estudiant torna a la societat i, molt concretament en aquest cas, a l'Hospital el que ha après amb la seva dedicació.

L'estudi expressa que la queixa dona lloc a la resposta a l'usuari, que preceptivament s'ha d'emetre en un termini màxim de 15 dies naturals. I conté la valoració del cas concret de totes les persones implicades. Cal que sigui revisada i firmada pel cap de servei o cap d'àrea d'infermeria i pel gerent de l'hospital. Amb el vist i plau de tots, la carta és enviada al reclamant per correu certificat.

A partir de les reclamacions i queixes, el Servei d'Atenció a l'Usuari elabora un informe mensual de l'activitat del servei, que remet a la Direcció de Gerència i al Comitè de Qualitat Percebuda. De forma trimestral, s'envia un evo-

luti del seguiment a cada cap de servei perquè en tingui coneixement i control. Paral·lelament, després de l'anàlisi dels motius de reclamació, es prenen les mesures preventives i correctives oportunes, per tal d'assegurar una millora en l'atenció que s'ofereix a l'usuari.

Els motius de reclamació més freqüents a l'hospital han estat disconformitat amb l'assistència sanitària (22,3%), citacions (14%), tracte personal (11%), organització i normes (10,3%), demora amb l'assistència (10,1%), informació clínica (5,7%), suspensió d'actes assistencials (5,4%) i desaparició d'objectes o documents (4%).

Darrera d'aquests percentatges hi ha situacions molt diferents, però hi ha possibilitat d'algunes consideracions. No sempre hi ha consens en la presa de decisions i això ocasiona la disconformitat de les persones ateses. No podem eludir la nostra responsabilitat quan, com a professionals, acabem triant el que cal fer. Però és

possible que pugui millorar l'explicació, el tracte personal, la informació clínica i també, com organització, seguir les normes a revisar en favor dels pacients.

No sempre es pot col·laborar en la marxa de les institucions. És especial algunes tan complexes com els hospitals. Però la queixa –aquesta paraula que pot semblar molt dura– pot contribuir-hi. I el nostre professionalisme ens ha de posar en situació d'escoltar-la, llegir-la, pensant què es pot fer millor en un futur.



"Todavía tengo ganas de cambiar el mundo"

Cortesía J. Delás.

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

Años de vida saludable

Datos y definiciones: indicadores de salud de la población

M^a José Sánchez

Biblioteca

El término "indicador de salud" hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o de una población. Hoy en los países desarrollados se vive, de media, más tiempo y con mejor salud que las generaciones anteriores. Esto es gracias a los avances en condiciones de vida de la población y a un mejor acceso a los bienes y servicios. Algunos indicadores de salud reflejan el estado de salud de la población propiamente dicho y otros pueden considerarse indicadores de promoción de la salud.

Se denominan medidas sintéticas (de síntesis) de salud de la población (Summary Measures of Population Health, SMPH) a aquellos índices que evalúan el nivel de salud, teniendo en cuenta tanto la muerte, como la pérdida de funcionalidad debida a la enfermedad.

Las SMPH se dividen, en líneas generales, en índices de años de vida e índices de esperanza de vida, este último comprende la esperanza de vida saludable (EVS).

Las medidas sintéticas de la salud de la población son índices de salud derivados de otros indicadores. Lo ideal es que reflejen los cambios del estado de la población, es decir, si el estado de salud de una población determinada empeora, una medida de síntesis debería empeorar, o si las tasas de mortalidad o morbilidad disminuyen, una medida de síntesis debería mejorar.

Los SMPH más utilizados son: los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD), los años de vida ajustados a la calidad (AVAC) y la esperanza de vida saludable (EVS).

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY, Disability Adjusted Life Years por sus siglas en inglés), es una medida de enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países.

El uso del AVAD se está haciendo cada vez más común en el campo de la salud pública y la evaluación del impacto en la salud. Y se ha ampliado el concepto para incluir "los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura" (AVP) y los "años equivalentes de vida sana perdidos por un estado de salud deficiente o de discapacidad", años vividos con discapacidad (AVD). Al hacerlo, tanto la mortalidad como la enfermedad se combinan en una única métrica común.

Años de vida ajustados a la calidad (AVAC o QALY, Quality-Adjusted Life Year) son un indicador combinado del estado de la salud que introduce la calidad de vida. AVAC se utiliza internacionalmente en las evaluaciones económicas en el entorno de la salud para valorar el análisis coste-utilidad y la rentabilidad de las intervenciones sanitarias efectuadas por medio de nuevas tecnologías o nuevos tratamientos aplicados a la clínica. Ahora bien, los AVAC solo miden el beneficio con y sin intervención y, por lo tanto, no miden la carga total.

Esperanza de vida saludable (EVS o HLE, Healthy Life Expectancy)

La esperanza de vida saludable se desarrolló para saber si una vida más larga se acompañaba de un aumento en el tiempo vivido en buena salud (escenario de compresión de la morbilidad) o en mala salud (expansión de la morbilidad). Así, la esperanza de vida saludable descompone la esperanza de vida en diferentes estados de salud y añade una dimensión cualitativa a la cuantitativa de los años vividos.

Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud.

Se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad.

En su cálculo se distingue el colectivo de hombres del colectivo de mujeres, tomando datos al nacimiento y a los 65 años de edad.

Se basa en la prevalencia (proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio) de la población a una edad específica con buena y mala salud, y en la información sobre mortalidad específica por edades.

Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales/discapacidad.

Se calcula basándonos en el método Sullivan (tablas de mortalidad) y en el indicador de limitaciones generales de actividad de Euro-REVES (Network on Health Expectancy).

BIBLIOGRAFÍA Y DATOS

1. Murray CJ L, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, World Health Organization. (□2002)□. Summary measures of population health : concepts, ethics, measurement and applications [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002[Citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42439>
2. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020 [Citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
4. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet] [Citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
5. Estadística en España [Internet] [Citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInforSanSNS/vidaSaludable.htm>

Esperanza de vida en buena salud

Margarita Aguas Compaired

Farmacéutica

Si hubiéramos nacido a principios del siglo XIX, ino hubiéramos llegado a los 40 años de edad!, pero durante el siglo XX, la esperanza de vida ha incrementado de forma espectacular, obteniendo en España unos datos por encima de la media europea.

La esperanza de vida, además, se va igualando entre hombres y mujeres. De hecho, la de las mujeres ha sufrido un ligero descenso y la de los varones ha aumentado. Los hombres ahora se cuidan más y la incorporación generalizada de la mujer al mercado de trabajo en las últimas décadas y el incremento en el consumo de tabaco y alcohol ha hecho que la esperanza de vida femenina se haya reducido.

La esperanza de vida es el indicador más frecuentemente utilizado en la evaluación del estado de salud de las poblaciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos indicadores de mortalidad presentan un adecuado grado de confianza para comparar el nivel de salud entre los distintos países, dadas las limitaciones que presentan el resto de las estadísticas sanitarias para la realización de comparaciones.

El ministerio de Sanidad ha publicado un informe que presenta la esperanza de vida de la población residente en España, según sexo, edad y comunidad autónoma de residencia, en el año 2018, así como su evolución desde 2006.

La esperanza de vida al nacer en España en 2018 era de 83,3 años, 80,4 en hombres y 86,1 en mujeres. La evolución ha sido muy favorable, aumentando 2,2 años desde 2006 y se ha observado tanto en hombres como en mujeres y en todas las comunidades autónomas.

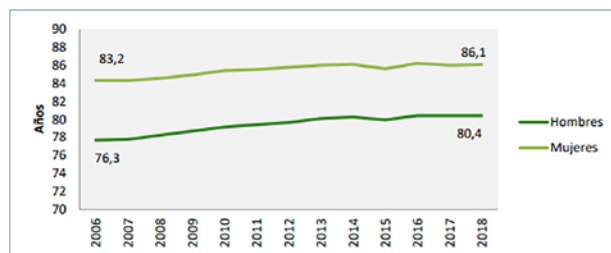


Figura 1. Esperanza de vida a nacer en hombres y mujeres. España, 2006-2018. Fuente: Esperanzas de vida en España, 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. www.msbs.gob.es

Ahora bien, nacer y vivir en una comunidad autónoma u otra puede suponer un intervalo de casi 4 años en la esperanza de vida. Según el Ministerio de Sanidad se observa un patrón geográfico que localiza en el centro y norte las comunidades con mayor esperanza de vida, y en el suroeste las comunidades con menor. Los datos oscilan entre los 81 años de Ceuta y Melilla y los 85,4 de la Comunidad de Madrid. Junto a Madrid, las comunidades autónomas con mayor esperanza de vida en 2018 fueron Navarra (84,4), Castilla y León (84,2) y País Vasco (84 años). Por su parte, junto a Ceuta y Melilla, Andalucía (81,9), Canarias (82,5) y Extremadura (82,7) fueron las comunidades autónomas con menor expectativa de vida al nacer.

España tiene la mayor esperanza de vida de toda Europa y la tercera del mundo, solo superada por Japón y Suiza. Cataluña, sin ser de las mejores, se sitúa por encima de la media nacional.

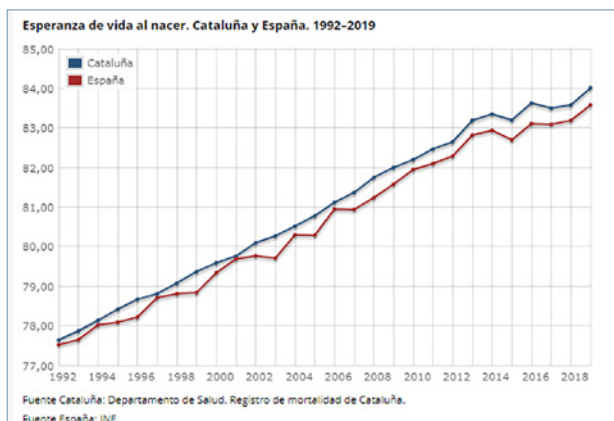


Figura 2. Esperanza de vida al nacer. Cataluña y España. 1992-2019. Fuente: Instituto de estadística de Catalunya. Gencat. [catsaludhttps://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380&lang=es](https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380&lang=es)

Como era de esperar a causa de la pandemia, en el año 2020, con cifras provisionales, a nivel nacional se produjo un descenso de 1,2 años con respecto al año anterior, siendo la esperanza media de vida al nacer de 82,4 años.

Una de las características de las sociedades desarrolladas es la mayor longevidad, pero la pregunta que debe plantearse es si la continua disminución del riesgo de muerte se acompaña de una mejora del nivel de salud de la población.

La medida de la cantidad de vida proporcionada por la esperanza de vida se complementa con el indicador de esperanza de vida en buena salud, que se define como el promedio de número de años que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Se conoce también como esperanza de vida libre de discapacidad. Es un indicador compuesto que combina datos de mortalidad con información de estado de salud autopercibida, sin discapacidad de los individuos que proporciona la Encuesta de Condiciones de Vida.

En esta encuesta se pregunta si en los últimos seis meses ha tenido alguna limitación en sus actividades normales por un problema de salud. Se establecen tres niveles de limitación: gravemente limitado, limitado pero no gravemente, ninguna limitación. Sobre la base de esta variable se calculan las proporciones de población según sexo y edad "en estado de buena salud" y "en condiciones de mala salud".

Esperanza de vida en buena salud al nacer (años)		2004	2005	2006	2007	2008*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hombres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,6	63,2	64,0	63,5	64,0	63,1	64,5	64,5	64,8	64,7	65,0	63,0	65,0	69,0	69,4	69,4
Esperanza de vida		77,0	77,0	77,8	77,8	78,3	78,8	79,2	79,5	79,5	80,2	80,4	80,1	80,5	80,6	80,7	81,1
Mujeres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,6	63,5	63,6	63,2	63,7	62,2	63,8	65,6	65,8	63,9	65,0	64,1	66,5	69,9	68,0	70,4
Esperanza de vida		83,7	83,6	84,4	84,4	84,6	85,0	85,5	85,6	85,5	86,1	86,2	85,7	86,3	86,1	86,3	86,7

Figura 3. Esperanza de vida en buena salud al nacer (años).

Según sexo, el número de años de esperanza de vida en buena salud al nacer en España en el último año del que se dispone de información (2019), es mayor para las mujeres (70,4 años) que para los hombres (69,4 años). Con información correspondiente al año 2019, los hombres al nacer viven el

85,8% de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud, frente al 81,7% que suponen los años de esperanza de vida en buena salud de las mujeres respecto a su horizonte total de vida

En el año 2019, en la UE-27, el horizonte de años de esperanza de vida en buena salud al nacer de las mujeres alcanzaba un valor de 65,1 años y en los hombres un valor de 64,2 años. Nuevamente, el aumento tiene un componente geográfico. Los ciudadanos de Aragón, con 81,6 años, son los que más esperanza de vida saludable tienen de toda España. Le siguen País Vasco (81,6), Baleares (81,5 años) y Castilla y León (81,3). Por el contrario, Ceuta y Melilla repiten como las peores, con una media de 76,2 años, y le siguen Andalucía (76,3 años), Murcia (75,6) y Asturias (77,3 años).

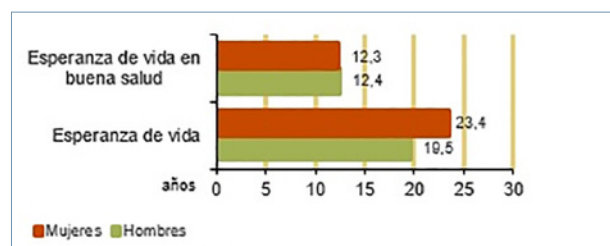


Figura 4. Esperanza de vida a los 65 años. 2019. Fuentes: Tablas de Mortalidad. INE / Health status database. Eurostat.

Los datos mencionados hasta ahora son los datos de esperanza de vida saludable al nacer, pero también nos proporcionan los datos de vida saludable a los 65 años de edad. A los 65 años, los hombres viven el 63,5% de sus años de horizonte de vida en buena salud frente al 52,6% del horizonte de años de las mujeres.

En resumen, la esperanza de vida se ha incrementado de forma espectacular durante el siglo pasado, obteniendo en España unos datos por encima de la media europea. Esta esperanza se va igualando entre hombres y mujeres y depende de un patrón geográfico.

El mayor número de años de esperanza de vida de las mujeres va asociado a peores condiciones de salud que los hombres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esperanzas de vida en España, 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: www.mscbs.gob.es
2. Instituto de estadística de Catalunya. Gencat. Disponible en: [catsaludhttps://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380&lang=es](https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10380&lang=es)
3. Instituto Nacional de estadística. Esperanza de vida a diferentes edades. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
4. Instituto Nacional de estadística. Esperanza de vida en buena salud. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalle¶m3=1259926137287

Educar en salud

Miquel Balcells Riba

Neurólogo

La actual pandemia ha provocado en algunas personas, algunas particularmente populares, reacciones contrarias a la sanidad/vacunación. Entendemos por sanidad "el conjunto de servicios para preservar la salud del común de los habitantes de un municipio o de una nación".

Estas actitudes no son otra cosa que una demostración palpable de una grave falta de educación sanitaria.

Casualmente, en nuestro país y en la actualidad, se están planificando a nivel ministerial reformas en la enseñanza primaria.

El que escribe estas líneas, a los 80 y tantos años, recuerda un bachillerato de 7 años, con una hora de latín diaria, entre otras asignaturas. En ningún momento se le aleccionó sobre temas de salud, digamos que mi generación no recibió ningún tipo de formación sobre adolescencia, menstruación, transmisión de enfermedades sexuales, embarazo, senectud, etc.

La falta de educación sobre todos estos temas persiste en los planes actuales de educa-

ción primaria o secundaria, y quizás la desinformación es mayor hoy en día que entonces (disfrazada de información en las redes sociales).

Es poco probable que los ciudadanos puedan aumentar el horizonte de esperanza de vida en buena salud si no se nos educa para ello desde pequeños. Los hábitos saludables son imprescindibles a lo largo de toda la vida para conseguir una buena salud en las etapas adultas.

Personalmente, creo que la "sanidad" debe ser una asignatura obligatoria en los planes de estudio generales, y que ello es cada vez más una necesidad imprescindible, máxime cuando la esperanza de vida aumenta y constatamos que ello puede suponer más años de vida "no saludable", y que quizás una parte de los condicionantes podrían ser subsanables con una educación eficaz en hábitos higiénicos y de salud.

Además, la falta de formación se presta, por desconocimiento, a las reacciones negativas que actualmente son noticia en los medios de comunicación.

Ministerio de Educación, ¡falta una asignatura!

V Premios a la Trayectoria Profesional Sagrat Cor - Fundació Vila Saborit



El pasado día 15 de noviembre, se concedieron los Premios a la Trayectoria Profesional Sagrat Cor2022, que este año han recaído en Joan Carles Jordà, la doctora Rosario Salas y Jesús Villar en las categorías de Enfermería, Medicina y otras categorías, respectivamente.

Agraïments, suggeriments i queixes: avaluació de l'hospital a partir de les experiències dels pacients i familiars

Agradecimientos, sugerencias y quejas: evaluación del hospital a partir de la experiencia de pacientes y familiares

Acknowledgements, suggestions and complaints: evaluation of the hospital based on the experience of patients and relatives

Emma Planas Escapa, Jordi Delás Amat, Margarita Aguas Compaired, Marta Morales Argimon, Núria Barrera Aguilera

Servei de Medicina Interna; Servei de Farmàcia; Servei d'Urgències, Hospital Universitari Sagrat Cor. Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

RESUM

Objectiu: Analitzar les avaluacions en forma d'agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments de l'Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona per tal d'identificar punts de millora, tendències al llarg dels anys i traços diferencials per àrea, servei i motiu de reclamació.

Mètode: Estudi observacional, descriptiu, transversal i retrospectiu, amb recollida de dades de gener de 2016 a juliol de 2021. Variables incloses: tipologia del registre, via de recepció, àrea, servei, motiu de reclamació i dies de resolució.

Resultats: S'han inclòs 3449 registres, 559 agraïments i suggeriments i 2.890 queixes i reclamacions. La tendència de reclamacions/activitat és a la baixa entre 2016 i 2020 a totes les àrees excepte a la d'hospitalització i en totes ha augmentat el 2021. Els motius de reclamació més freqüents han estat: disconformitat amb l'assistència sanitària, citacions, tracte personal, organització i normes i demora amb l'assistència.

Conclusió: La recollida d'agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments és una eina útil i efectiva per l'avaluació i monitoratge de la qualitat assistencial i una bona base per implementar accions de millora.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las evaluaciones en forma de agradecimientos, quejas, reclamaciones y sugerencias del Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona para identificar puntos de mejora, tendencias a lo largo de los años y trazos diferenciales por área, servicio y motivo de reclamación.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con recogida de datos de enero de 2016 a julio de 2021. Variables incluidas: tipología del registro, vía de recepción, área, servicio, motivo de reclamación y días de resolución.

Resultados: Se han incluido 3.449 registros: 559 agradecimientos y sugerencias y 2.890 quejas y

Paraules clau: Estudis retrospectius; Gestió de la Qualitat; Hospitals Generals; Satisfacció del pacient. Palabras clave: Estudios retrospectivos; Gestión de Calidad; Hospitales Generales; Satisfacción del paciente.

Keywords: Hospitals, General; Patient Satisfaction; Retrospective Studies; Total Quality Management.

Rebut: 30-juny-2022.

Acceptat: 13-octubre-2022.

Correspondència: emmaplanase@gmail.com

Planas Escapa E, Delás Amat J, Aguas Compaired M, Morales Argimon M, Barrera Aguilera N. Agraïments, suggeriments i queixes: avaluació de l'hospital a partir de l'experiència dels pacients i familiars. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(3): 113-122.

reclamaciones. La tendencia de reclamaciones/actividad descende entre 2016 y 2020 en todas las áreas, excepto en la de hospitalización y aumenta en todas ellas en 2021. Los motivos de reclamación más frecuentes han sido: disconformidad con la asistencia sanitaria, citaciones, trato personal, organización y normas y demora con la asistencia.

Conclusión: La recogida de agradecimientos, quejas, reclamaciones y sugerencias es una herramienta útil y efectiva para la evaluación y monitorización de la calidad asistencial y una buena base para implementar acciones de mejora.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the acknowledgments, complaints, claims and suggestions of the Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona in order to identify areas for improvement, trends over the years, and differential features by area, service and reasons for complaints.

Method: Observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study, with data collection from January 2016 to July 2021. Variables included: type of

record, route of reception, area, service, reason and days of resolution.

Results: 3,449 records were included: 559 acknowledgments and suggestions and 2,890 complaints and claims. The complaints/activity ratio showed a downward trend between 2016 and 2020 in all areas except hospitalization. However, during 2021 the trend has reversed thus showing an increase in all areas. The most common reasons for complaints

have been non-compliance with healthcare, citations, personal treatment, organization and standards, and delay in attendance. The areas with the most complaints by activity were emergencies and hospitalization.

Conclusion: The collection of acknowledgments, complaints, claims, and suggestions is a useful and effective tool for evaluating and monitoring the quality of care and a good basis for implementing improvement actions.

INTRODUCCIÓ

Clàssicament, es defineix que l'hospital es desenvolupa per la interacció de tres actors: els pacients, els professionals i l'administració. Un dels papers d'aquesta última és recollir la satisfacció dels pacients amb relació a la seva experiència del pas per l'hospital i avaluar la qualitat de l'atenció que es presta, considerada com la combinació d'estructura, procediments i resultats [1].

La satisfacció del pacient és un element important per l'avaluació de la qualitat assistencial [2]. Aquesta es pot obtenir per diverses vies, com les mateixes enquestes de satisfacció, qüestionaris específics, estudis d'expectatives, informes d'usuaris, entrevistes dirigides per saber si el motiu de consulta ha quedat ben abordat i l'anàlisi d'agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments [3-8]. A ser possible es recomana utilitzar més d'un mètode.

De fet, aquest darrer procediment és un dret fonamental dels ciutadans. L'article 10 de la Llei General de Sanitat recull que "en referència a les diferents administracions públiques, tothom té dret a fer servir les vies de reclamació i de proposta de suggeriments en els terminis previstos" [9]. No només es tracta d'un dret, sinó que és una font d'informació molt valuosa per tal de conèixer tant les expectatives com els motius d'insatisfacció dels usuaris i, per tant, permet identificar les deficiències del sistema sanitari en la seva globalitat [7]. A més és una font de fàcil accés i baix cost [8]. Ha de considerar-se un element per millorar la funció de l'hospital, ja que si es compta amb les condicions i mitjans adequats, la bona atenció hospitalària hauria d'estar assegurada [1]. Per això, no hauria de tractar-se d'una via temuda o a evitar.

En el present estudi s'analitzen agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments presentats pels pacients i familiar mitjançant els conductes oficials al Servei d'Atenció a l'Usuari de l'Hospital Universitari Sagrat Cor, per tal d'identificar punts de millora i tendències. L'estudi de sis anys consecutius (2016- 2021) permet avaluar l'evolució de les queixes. Amb tota aquesta informació es pretén incrementar la qualitat de la prestació i conseqüentment la satisfacció [10] respecte a les diferents àrees hospitalàries.

OBJECTIUS

L'objectiu principal de l'estudi és analitzar les avaluacions en forma d'agraïments, queixes, re-

clamacions i suggeriments de l'Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona per tal d'identificar punts de millora, fonamentalment relacionats amb l'assistència sanitària, les citacions o el tracte del personal.

Altres propòsits que s'han proposat són:

- Tendències i evolució de les queixes a través dels anys.
- Traços diferencials de les queixes per àrees i serveis mèdics.
- Avaluar els terminis de presentació i resolució, les vies de recepció i el motiu de reclamació.
- Queixes i reclamacions a l'àrea d'urgències general.

MÈTODE

Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i transversal amb recollida retrospectiva de les dades.

S'ha considerat com a població diana els pacients atesos a l'Hospital Universitari Sagrat Cor, que compta amb 288 llits, en el període de temps de gener de 2016 al juliol de 2021 i com població d'estudi els familiars o pacients que hagi transmès la seva experiència al Servei d'Atenció a l'Usuari de l'Hospital en el període comentat. S'han inclòs en l'estudi els agraïments, suggeriments, queixes i reclamacions presentats al Servei amb relació a les diferents àrees i serveis de l'hospital per mitjà de diverses vies de recepció.

En el cas de les queixes i reclamacions presentades, ha de quedar constància per escrit. Així, les queixes són formulades en un full intern del centre i les reclamacions en el full oficial de la Generalitat de Catalunya. Aquests fulls poden ser omplerts pel mateix pacient si acut presencialment al Servei d'Atenció a l'Usuari o pels administratius del Servei si la informació arriba per una altra via, i és registrada per aquests en un sistema corporatiu del centre Quirónsalut, anomenat IGR, classificant el motiu de queixa/reclamació en una de les 17 categories predeterminades pel programa propi del grup QuirónSalut.

La resposta a l'usuari, que preceptivament s'ha d'emetre en un termini màxim de quinze dies naturals, conté la valoració del cas concret de totes les persones implicades en aquella insatisfacció (cap de servei i altre personal implicat). Cal que sigui revisada i firmada pel cap de servei o cap d'àrea d'infermeria i pel gerent de l'hospital.

Amb el vistiplau de tots, la carta és enviada al reclamant per correu certificat.

A partir de les reclamacions i queixes, el Servei d'Atenció a l'Usuari elabora un informe mensual de l'activitat del servei, que remet a la Direcció de Gerència i al Comitè de Qualitat Percebuda. De forma trimestral, s'envia un evolutiu del seguiment a cada cap de servei perquè en tingui coneixement i control. Paral·lelament, després de l'anàlisi dels motius de reclamació, es prenen les mesures preventives i correctives oportunes, per tal d'assegurar una millora en l'atenció que s'ofereix a l'usuari.

Les dades per l'estudi s'han obtingut del programa IGR i d'una base de dades configurada a partir dels informes mensuals elaborats pel Servei d'Atenció a l'Usuari. Amb aquestes s'ha elaborat un full de càlcul amb Excel d'on s'han extret els resultats de l'estudi.

L'únic criteri d'exclusió que s'ha tingut en compte és no comptar amb suficient informació en el registre de manera que impedeixi la comprensió del motiu d'opinió.

Com que el termini de dies de resolució és de quinze dies, a l'hora de fer la recollida de dades es va deixar un mes de marge respecte al tancament de juliol.

Variables

La variable dependent utilitzada ha estat el nombre d'incidències per any. Les variables independents han estat:

a) Tipologia del registre: Agraïment/suggeriment o queixa/reclamació. S'ha considerat com a equivalents, d'una banda, els agraïments i els suggeriments, i de l'altra les queixes i les reclamacions.

b) Via de recepció: Correu postal, correu electrònic, presencial, xarxes socials o telèfon.

c) Motiu de reclamació: Fet que ha motivat a l'usuari a donar la seva opinió amb relació a l'atenció rebuda que no li ha satisfet, i de la qual espera una actuació [11]. Es classifiquen en 17 categories.

d) Àrees d'atenció de l'Hospital (taula 1).

e) Serveis: Unitats clíniques i administratives independents recollides a l'organigrama del centre.

f) Dies de resolució: Marge temporal entre la data de formulació i la data de tancament. Es troba dins de termini si no supera els quinze dies naturals.

Àrea	Definició
Consultes externes	Nombre de consultes amb o sense cita prèvia en què el pacient s'hagi presentat. Inclou consultes no presencials (telèfon, videotrucada o xat). No inclou consultes d'infermeria, revisions o interconsultes.
Hospital de dia	Número de sessions d'hospital de dia mèdic realitzades. Inclou totes les sessions realitzades en els diferents tipus d'hospital de dia mèdic (procediments no quirúrgics).
Urgències	Nombre de pacients atesos i registrats a urgències amb independència de si s'ha produït el seu ingrés o no. Comptabilitzats per la seva data d'arribada. S'exclouen les urgències generades per malalts ja ingressats (part d'interconsulta)
Proves diagnòstiques o terapèutiques	Número de proves fetes a: consultes externes, diagnòstic per la imatge, anatomia patològica i les realitzades a consulta o sala no considerat quiròfan, encara que hagin estat registrades al sistema mitjançant comunicat quirúrgic.
Hospitalització	Suma dels dies que ha estat ingressat cada pacient en llit d'hospitalització. Genera una estada el pacient que es troba en un llit d'hospitalització (habilitat o supletori) a l'hora censal, les 24 hores.
Intervencions quirúrgiques	Nombre d'intervencions quirúrgiques dutes a terme a quiròfan i per un servei quirúrgic. No es consideren intervencions l'activitat acomplida per serveis mèdics i a sales que no siguin considerades com a quiròfans (sales d'endoscòpia, parts i de procediments). Aquestes activitats s'inclouen en l'apartat de proves diagnòstiques o terapèutiques.
Altres no assistencial	Activitat administrativa i de manteniment de l'Hospital sense que hi intervingui personal clínic.

Taula 1. Àrees de la cartera de serveis de l'Hospital Sagrat Cor.

Anàlisi de dades

S'ha elaborat una anàlisi estadística descriptiva mitjançant el càlcul de les mitjanes i desviacions estàndard (DE) per a les variables quantitatives i el percentatge per a les variables qualitatives.

Per analitzar si l'aparició d'incidències estava relacionada amb alguna de les variables independents s'ha dut a terme la prova de chi quadrat o el test exacte de Fischer en el cas de les variables qualitatives, i el test d'anàlisi de la variància (ANOVA) i la prova de Bonferroni com test post-hoc per les variables quantitatives. S'ha valorat la

normalitat de la distribució de dades, i en cas que no ho fos s'ha utilitzat el test de Kruskal Wallis. S'ha considerat un valor de $p < 0,05$ com estadísticament significatiu.

Per calcular si existeix una tendència al llarg dels anys s'ha calculat l'equació de línia de tendència. El valor R^2 mesura la confiabilitat de la línia de tendència: com més a prop està R^2 d'1, millor s'ajusta la línia de tendència a les dades.

En el tractament estadístic de dades s'ha emprat l'aplicació Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versió 15.

Aspectes ètics

Previ a la realització de l'estudi, va ser aprovat pel Comité Ético de Investigación Grupo Hospitalario QuirónSalud Catalunya. Els membres de l'equip d'investigació s'han compromès expressament a seguir les seves indicacions.

El consentiment informat no s'ha obtingut basant-se el caràcter observacional i retrospectiu de l'estudi, representant un risc nul o mínim pels subjectes. L'anàlisi s'ha realitzat amb dades anonimitzades garantint la confidencialitat dels subjectes.

RESULTATS

Incidència

Des del gener de 2016 fins al juliol de 2021 a l'Hospital Universitari Sagrat Cor s'han dut a terme 5.091.117 actes assistencials, sobre els quals s'han presentat un total de 3.307 incidències. En relació amb altres actes no assistencials s'han presentat 142 incidències. Totes aquestes han pogut formar part de l'estudi, ja que es tenia la informació necessària de cada una per poder ser analitzada. Per tant, no s'ha exclòs cap registre.

De les 3449 incidències, 559 corresponen a agraïments i suggeriments i 2.890 són queixes i reclamacions. La incidència d'agraïments i suggeriments al llarg d'aquests anys ha estat fluctuant (2016: 34; 2017: 122; 2018: 42; 2019: 176; 2020: 126; 2021: 59).

Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 activitat
2016	605	556.982	108,62
2017	531	842.100	63,06
2018	608	870.481	69,85
2019	491	1.092.736	44,93
2020	365	1.028.133	35,50
2021*	290	700.685	41,39

Taula 2. Reclamacions i activitat segons any.

*mesos de gener a juliol.

Centrant-nos en la incidència de queixes i reclamacions (Taula 2), observem que al llarg de l'any 2016 al 2020 la tendència en valors absoluts és de progressiva disminució. En relacionar-ho amb l'activitat de l'hospital, la proporció reclamacions/100.000 actes assistencials també va en descens, essent de 108,62 reclamacions/100.000 actes assistencials el 2016 i de 35,5 reclamacions/100.000 actes assistencials el 2020. La relació reclamacions/activitat de l'any 2021 ha augmentat respecte a l'any 2020 (2020: 35,5 reclamacions/100.000 actes assistencials; 2021: 41,39 reclamacions/100.000 actes assistencials).

Via de recepció

La majoria de les reclamacions es fan presencialment (83,9%), seguit de correu electrònic (12,1%), correu postal (1,5%), xarxes socials (1,5%) i telèfon (1%). En comparar la incidència per any de les dues vies de recepció més freqüentades, observem que amb el pas dels anys s'ha donat un canvi de tendència, augmentant la via correu electrònic (2016: 4,6%; 2021: 23,8%), mentre que la via presencial ha disminuït (2016: 95,5%; 2021: 76,2%) (Chi quadrat =96,59 p<0,005).

Reclamacions segons àrea hospitalària

Analitzant els valors absoluts de reclamacions segons àrea hospitalària analitzem que en totes han disminuït notablement al llarg d'aquest període (Taula 3).

En individualitzar les reclamacions segons àrea i activitat, en totes les àrees excepte en hospitalització el valor de reclamacions per cada 100.000 actes assistencials l'any 2016 és major que l'any 2020 i el de 2020 és menor que el de 2021. A hospitalització, el nombre de reclamacions/100.000 estades es manté bastant similar excepte dos pics l'any 2018 i 2021, essent aquest últim l'any amb una relació reclamacions/estades major. En el cas de consultes externes i intervencions destaca la notable diferència de reclamacions/activitat de l'any 2016 respecte als altres anys.

Hospitalització			
Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 estades
2016	118	87.388	135,03
2017	117	87.789	133,27
2018	152	88.537	171,68
2019	110	84.906	129,56
2020	125	87.533	142,80
2021*	103	52.906	194,68
Consultes externes			
Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 consultes
2016	255	54.526	467,67
2017	232	336.628	68,92
2018	253	345.464	73,23
2019	185	354.376	52,20
2020	125	357.520	34,96
2021*	95	226.083	42,02

Intervencions quirúrgiques			
Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 intervencions
2016	85	20.011	424,77
2017	47	19.840	236,90
2018	36	19.624	183,45
2019	40	20.082	199,18
2020	16	18.696	85,58
2021*	19	14.400	131,94

Urgències			
Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 urgències
2016	94	43.574	215,72
2017	73	43.563	167,57
2018	77	46.988	163,87
2019	74	51.611	143,38
2020	59	38.278	154,14
2021*	49	25.616	191,29

Proves diagnòstiques o terapèutiques			
Any	Reclamacions	Activitat	Reclamacions / 100.000 proves
2016	50	350.146	14,28
2017	41	350.918	11,68
2018	40	367.266	10,89
2019	34	575.245	5,91
2020	25	519.230	4,81
2021*	22	377.846	5,82

Taula 3. Reclamacions segons any i àrea hospitalària. *mesos de gener a juliol.

Pel que fa a les tendències evolutives de cada àrea (Figura 1): a consultes i urgències disminueix la incidència al llarg del temps de manera no significativa (signe negatiu i R2 baixa), intervencions i proves diagnòstiques o terapèutiques disminueix de forma significativa (signe negatiu i R2 alta) i hospitalització no varia significativament al llarg del temps (signe positiu però R2 baixa).

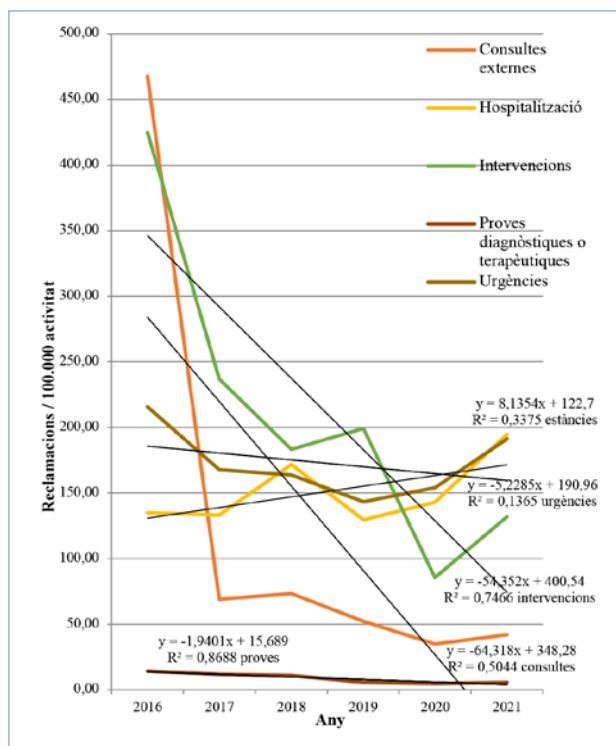


Figura 1. Tendència evolutiva al llarg dels anys a cada àrea en funció de reclamacions/activitat.

No s'han inclòs les dades de reclamacions/any de l'àrea d'hospital de dia (7 reclamacions) donat les poques incidències que suposaven, ni d'altres no assistencials (132 reclamacions) perquè l'activitat total no assistencial no es quantifica.

Reclamacions segons servei i àrea

En el període d'estudi, el servei amb més reclamacions ha estat la recepció d'admissions (611 reclamacions), seguit de les unitats d'infermeria (337 reclamacions), urgències de medicina (331 reclamacions) i cirurgia ortopèdica i traumatologia (244 reclamacions) (Figura 2).

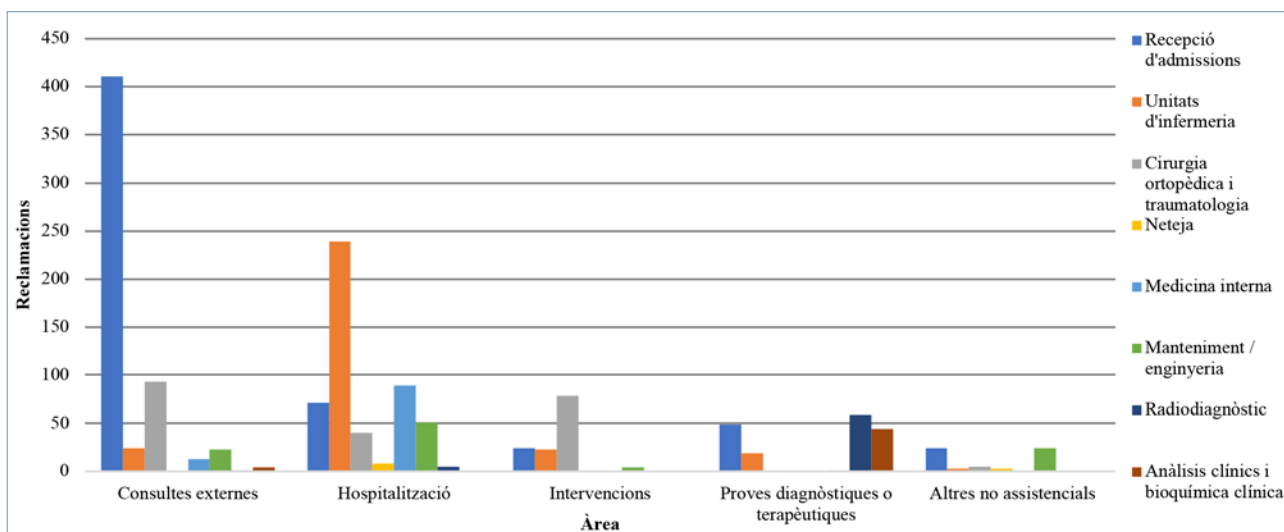


Figura 2. Evolució del nombre de reclamacions per any dels motius principals de reclamació a l'àrea d'urgències. *mesos de gener a juliol.

A hospitalització, el nombre més elevat de reclamacions són per les unitats d'infermeria (239 reclamacions), medicina interna (89 reclamacions) i la recepció d'admissions (71 reclamacions).

A l'àrea de consultes externes, els serveis a destacar són: la recepció d'admissions (411 reclamacions), cirurgia ortopèdica i traumatologia (93 reclamacions) i dermatologia medico-quirúrgica i venereologia (72 reclamacions).

Respecte a l'àrea d'intervencions quirúrgiques, el servei que presenta més reclamacions és cirurgia ortopèdica i traumatologia (78 reclamacions).

No s'han inclòs les dades de reclamacions/any de l'àrea d'hospital de dia (7 reclamacions) donat les poques incidències que suposaven, ni d'altres no assistencials (132 reclamacions) degut a que l'activitat total no assistencial no es quantifica.

Quant a reclamacions de proves diagnòstiques o terapèutiques, els serveis més representats són radiodiagnòstic (59 reclamacions), recepció d'admissions (49 reclamacions) i anàlisis clíniques i bioquímica clínica (44 reclamacions).

A l'àrea d'hospital de dia, la majoria de reclamacions són respecte a la neteja (2 reclamacions).

Finalment, en referència a les altres àrees no assistencials, els serveis sobre els quals s'han realitzat més reclamacions són recepció d'admissions (24 reclamacions), manteniment/enginyeria (24 reclamacions), centre de contacte (12 reclamacions), atenció al pacient (12 reclamacions) i seguretat (9 reclamacions).

Urgències

Entre 2016 i 2021 s'han posat 426 reclamacions/queixes a l'àrea d'urgències. La major part d'aquestes s'han fet per via presencial (88,7%) o per correu electrònic (9,6%).

El motiu principal de reclamacions a urgències ha estat la demora en l'assistència (38,33%), seguit de la disconformitat amb l'assistència sanitària (28,6%), el tracte personal (12,9%), l'organització i normes (6,8%) i informació clínica (3,5%). Pel que fa al nombre de reclamacions respecte a la demora en l'assistència, observem que han disminuït al llarg dels anys a excepció del 2018. La disconformitat amb l'assistència sanitària també ha anat a la baixa, amb dos pics, el 2017 i el 2019. Pel que fa a l'organització i normes, el 2016 va ser un motiu considerable de reclamacions, però va arribar a disminuir fins que el 2021 ha tornat a augmentar. Un altre motiu que ha augmentat aquest darrer any respecte al 2020 ha estat la informació clínica. A més cal tenir en compte que del 2021 només es compta amb les dades registrades fins al juliol (Figura 3).

Les reclamacions a urgències van adreçades al servei d'urgències mèdiques (75,4%), recepció d'admissions (7,3%), unitats d'infermeria (6,8%) i cirurgia ortopèdica i traumatologia (6,3%).

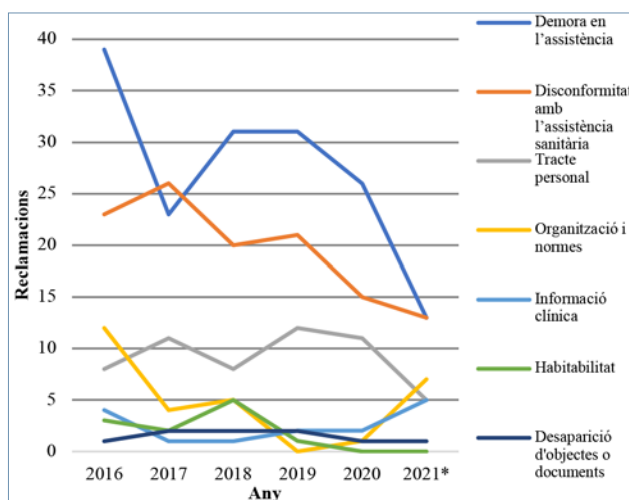


Figura 3. Evolució del nombre de reclamacions per any dels motius principals de reclamació a l'àrea d'urgències.
*mesos de gener a juliol.

Motius de reclamació

Els motius de reclamació més freqüents a l'hospital han estat amb relació a: disconformitat amb l'assistència sanitària (22,3%), citacions (14%), tracte personal (11%), organització i normes (10,3%), demora amb l'assistència (10,1%), informació clínica (5,7%), suspensió d'actes assis-

tencials (5,4%) i desaparició d'objectes o documents (4%) (Figura 4).

Individualitzant els motius de reclamació per àrea, observem que la disconformitat amb l'assistència sanitària va ser el motiu més freqüent a hospitalització (35,8% dels motius de reclamació), intervencions (22,2% dels motius de reclamació) i proves diagnòstiques o tera-

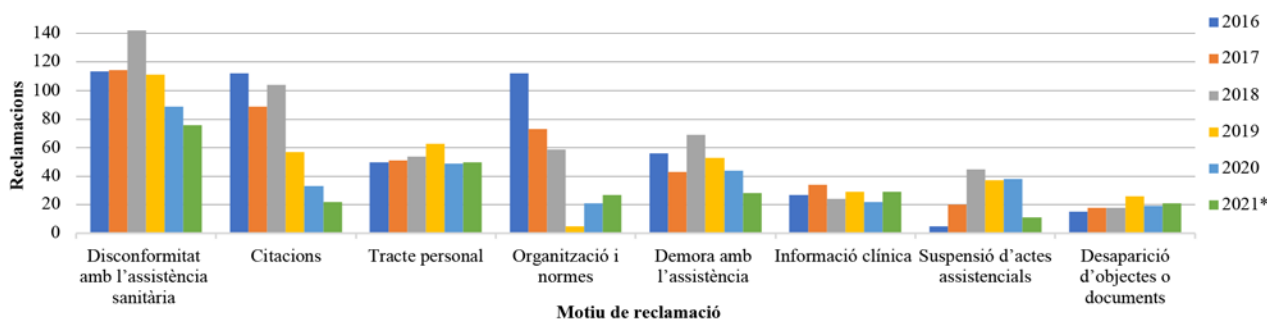


Figura 4. Evolució del nombre de reclamacions per motiu de reclamació al llarg dels anys. *mesos de gener a juliol.

pèutiques (14,2% dels motius de reclamació). En aquesta última, l'altre motiu de reclamació més repetit va ser amb relació a les citacions (14,2% dels motius de reclamació), motiu més repetit també a consultes externes (31% dels motius de reclamació).

Dies de resolució

Amb relació als dies de resolució, va de 0 dies -el mateix dia que es registra la reclamació s'envia una resposta al pacient- a 61 dies. La mitjana és de 8,2 (DE 6,3) dies de resolució. Fent la comparativa de la mitjana de dies de resolució per any, observem que entre 2016 i 2021 ha anat augmentat anualment, passant de 6,3 (DE 6,9) dies el 2016 a 9,4 (DE 5,1) dies el 2021. El 2019, però, la mitjana va disminuir a 7,6 (DE 4,8) dies.

En fer l'anàlisi de variància (ANOVA) dels dies de resolució per tal d'examinar les diferències de les mitjanes dels diferents anys, analitzem que hi ha diferències significatives entre els diferents anys ($F=20,0$ $p<0,005$).

La prova de comparacions múltiples post hoc identifica que la mitjana dels dies de resolució de l'any 2016 és molt menor a la de qualsevol altre any i augmenta significativament els anys 2017 i 2018 per disminuir significativament l'any 2019. Després torna a augmentar.

Del total de reclamacions posades entre 2016 i 2021, un 5,7% no van rebre resposta dins de termini -dintre dels primers quinze dies-. Estudiant cada any per separat, es pot comprovar com el percentatge de respostes fora de termini presenta un subjectiu descens al llarg dels anys, disminuint a més de la meitat de l'any 2016 (13,2%) l'any 2017 (6,4%) i fins 0,3% en 2021 ($p<0,05$) (Taula 4).

Any	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Dins termini	86,8%	93,6%	93,6%	98,8%	98,9%	99,7%
Fora termini	13,2%	6,4%	6,4%	1,2%	1,1%	0,3%

Taula 4. Percentatge de resolucions dins i fora de termini segons any. *mesos de gener a juliol.

Agraïments i suggeriments

De les 3.449 incidències presentades des de 2016 fins al juliol de 2021, 559 han estat agraïments i suggeriments. Un 70,7% d'aquestes s'han realitzat presencialment i un 22,4% per correu electrònic.

La majoria són amb relació a hospitalitzacions (73,3%), seguit de consultes externes (13,6%), urgències (6,8%), proves diagnòstiques o terapèutiques (2,5%), intervencions (2%) i altres no assistencials (1,8%). Respecte als serveis amb major incidència d'agraïments, hi ha una gran diferència entre el servei que encapçala la llista, les unitats d'infermeria (40,6%), i els serveis que la segueixen: medicina interna (9,3%), cirurgia ortopèdica i traumatologia (5,4%), urgències generals (4,8%) i cirurgia general i de l'aparell digestiu (4,5%).

DISCUSSIÓ

La provisió d'una bona experiència per part del pacient és un component clau de la provisió d'atenció mèdica d'alta qualitat. La qualitat assistencial és una construcció multidimensional que inclou l'experiència del pacient juntament amb l'efectivitat clínica i la seguretat del pacient [12]. Així doncs, l'opinió dels usuaris amb relació a l'hospital, sigui un suggeriment o agraïment com una queixa o reclamació ha de ser vist com una aportació que aquest fa a l'organització sanitària. De la mateixa manera que els professionals vetllen per la salut dels pacients, els pacients poden vetllar per la salut del sistema sanitari [13].

La tendència de la incidència de reclamacions en funció de l'activitat hospitalària del 2016 fins al 2020 és a la baixa, cosa que es podria justificar per la implementació d'accions de millora. Aquest descens és més notable entre 2016 i 2017, segurament perquè moltes reclamacions posades en 2016 coincidien quant a motiu, àrea i servei de manera que implementant pocs canvis ja va ser suficient perquè fossin notoris i no fossin motiu de reclamació als anys consecutius.

El programa utilitzat per registrar les dades es va començar a fer servir l'any 2016, de manera que és possible que la dada d'activitat de consultes externes d'aquell any sigui tan baixa en

comparació als altres anys a causa d'una manca de registres. Malgrat això, la relació reclamació/100.000 activitats sí que és representativa. El mateix passa amb l'any 2021, perquè l'estudi inclou les dades fins al mes de juliol de 2021, però van ser suficients per poder ser comparades amb les d'anys anteriors.

Així, vam observar com la relació de reclamacions/100.000 actes assistencials de l'any 2021 havia augmentat respecte al 2020. Això pot ser degut al baix nombre de reclamacions posades el 2020 a conseqüència que la societat en general estava força agraïda al sistema sanitari per tota la implicació i adaptació que va haver de fer amb l'arribada de la pandèmia [14]. Amb relació a això, l'elevat nombre de reclamacions posades entre el gener i el juliol de 2021 també pot estar justificat per l'adaptació dels ciutadans a l'era postpandèmia i un increment en l'exigència de l'atenció sanitària que esperen rebre.

Aquest traç coincideix en individualitzar les reclamacions per àrea hospitalària, a excepció de l'àrea d'hospitalització, en la que es van posar més reclamacions per estada l'any 2020 que en 2016. Això caldria correlacionar-ho amb el motiu de reclamació més freqüent a aquesta àrea per tal d'esbrinar on falla i poder donar la volta a la corba. Es tracta de la "disconformitat amb l'assistència sanitària", és a dir, discrepàncies amb el diagnòstic emès o el tractament proposat, mals resultats terapèutics o error/negligència mèdica del professional [15]. Només amb aquest estudi no es pot avaluar el perquè del mal funcionament en aquesta àrea, però pot servir com una alarma que porti a desenvolupar estudis interns en un futur.

Altres motius de reclamació que han augmentat al llarg d'aquests anys són el tracte personal, organització i normes, informació clínica i desaparició d'objectes o documents, fets observats també a un estudi d'una àrea sanitària de la Comunitat de Madrid [16]. Cal tenir en compte que la manera de funcionar dels hospitals des de la pandèmia és diferent de com era abans, i així com l'hospital ha hagut d'adaptar-se a les noves normes per fer-ne un lloc el màxim segur possible, alguns usuaris no ho han fet. Un exemple d'això seria reclamar no poder tenir visites de més d'un familiar o reclamar que quan el doctor truca a un pacient per fer una visita telefònica aquest no ha pogut respondre [17].

Pel que fa als dos serveis amb més reclamacions – recepció de pacients i unitats d'infermeria- coincideix que són serveis en els quals estan implicats la majoria de pacients, de manera que caldria avaluar el nombre de reclamacions en funció de l'activitat de cada servei. El tercer servei amb més reclamacions és el d'urgències de medicina. A causa del percentatge significatiu de reclamacions que representa aquest, es va voler analitzar separatament l'àrea d'urgències.

L'àrea d'urgències presenta una elevada demanda, sense pràcticament cap barrera pel seu accés, cosa que es tradueix en una forta pressió assistencial que pot comportar una pèrdua

de qualitat percebuda pels usuaris i conseqüentment la fa més vulnerable a rebre reclamacions [11]. Això pot portar a l'ús de la medicina defensiva per part dels professionals, demanant proves diagnòstiques prescindibles o allargant els temps d'estada urgències [18]. Els motius de reclamacions més freqüents -demora en l'assistència, disconformitat amb l'assistència sanitària, tracte personal, organització i normes i informació clínica- coincideixen amb els observats a altres estudis duts a terme en altres hospitals. Un estudi retrospectiu fet entre el 1991 i el 2004 al Servei d'Urgències de l'Hospital (SUH) Universitari de Bellvitge conclouia que els dos motius de reclamació més freqüents eren la demora per ser atesos (48,9%) i la insatisfacció amb l'assistència (14,7%) [11]. Un altre estudi prospectiu fet al SUH de l'Hospital Lluís Alcanyís (València) entre el 2007 i el 2010 exposa que el 76,2% de les reclamacions posades eren per la demora del procés assistencial, el 7,1% per disconformitat amb les normes internes de l'organització, 6,2% per falta de recursos humans i 2,9% per errors administratius [19]. Un estudi prospectiu basat en una enquesta del SUH de l'Hospital Clínic de Barcelona del març del 2011 mostra que les variables que influeixen en la percepció no satisfactòria de l'atenció eren: el temps d'espera per ser atès, el tracte mèdic rebut i el fet d'haver estat atès sense respecte [20]. Una revisió bibliogràfica duta a terme a partir d'articles publicats entre 1990 al 2002 va arribar a conclusions similars: els factors del SHU sobre els quals es reben més opinions són el temps d'espera, la informació sobre els processos i tractaments i l'actitud del personal [21]. Així doncs, els resultats obtinguts al nostre estudi quant a l'àrea d'Urgències són concordants amb els obtinguts per altres autors. Això ha de servir per continuar posant ímpetu en l'elaboració d'accions de millora. Algunes accions, per millorar el grau de satisfacció, avaluades i recollides en la bibliografia són: la incorporació d'una unitat d'atenció i informació a la família i acompanyants dels pacients al SUH [22]; la creació d'una unitat de curta estada dependent d'urgències [23]; i el desenvolupament d'un model predictor d'ingressos hospitalaris a l'arribada al SUH [24].

En referència a altres aspectes abordats a l'estudi com els dies de resolució, malgrat que la tendència de la mitjana de dies que es triga a contestar una reclamació és a l'alta al llarg dels anys, el percentatge de reclamacions que assoleixen una resposta dins de termini està en augment i, per tant, estan dins el marge considerat com de bona qualitat. Aquests resultats són millors que els recollits a la bibliografia [16].

Quant a la via de recepció de les opinions dels usuaris, la via correu electrònic està en augment mentre que la presencial va en descens, cosa que reflecteix la modernització global de la societat al llarg d'aquests anys. És important adaptar-se a les noves tecnologies, ja que és una manera de no perdre informació i incentivar als usuaris a opinar. És factible considerar que hi ha molta més insatisfacció de la que es recull amb queixes i reclamacions. Doncs acudir fins al Servei d'Atenció

a l'Usuari pot fer-se laboriós, per això, facilitar que es puguin posar també per correu electrònic, d'acord amb la tendència creixent observada, pot facilitar la recollida de comentaris.

Variables que haurien estat interessants d'incloure en l'estudi són totes aquelles relacionades amb les característiques sociodemogràfiques dels usuaris, com el sexe, l'edat o el nivell educatiu i econòmic. Aquestes han estat avaluades en múltiples estudis 25. Malgrat que quan els usuaris emplen el full de queixa o reclamació algunes d'aquestes variables sí que queden registrades, els administratius del Servei d'Atenció a l'Usuari no les inclouen en la seva base de dades. Un altre punt a estudiar seria el perfil dels metges que reben més reclamacions i el concepte de segona víctima [26].

La generalització d'estudis sobre agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments i l'homogeneïtzació a la seva recollida podria ser un bon element per comparar la qualitat assistencial entre hospitals i explorar la capacitat de millora amb relació a centres similars.

Malgrat que el present estudi només ha utilitzat com a font d'informació els agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments, cal tenir en compte que l'Hospital Universitari Sagrat Cor té altres vies d'obtenció de la satisfacció de l'experiència dels usuaris. Una d'elles és l'enquesta de satisfacció Net Promotor Score (NPS), que és enviada via e-mail a tots els pacients que s'han visitat a qualsevol àrea de l'hospital. Aquesta és comuna a tots els hospitals del grup Quirónsalud, de manera que és una bona eina per fer estadístiques i comparacions. Una altra font d'informació és l'OPINAT, que consisteix a trucar personalment a aquells usuaris que han puntuat l'enquesta NPS entre un 0 i 6 i que, per tant, són considerats com a detractors. Mitjançant aquesta última via, a part d'obtenir informació sobre la qualitat assistencial, es pretén acontentar aquells usuaris insatisfets i demostrar-los que se'ls té en compte. Paral·lelament, des del 2001 a Catalunya existeix el Pla d'Enquestes de Satisfacció del CatSalut (PLAENSA©), que avalua la qualitat del servei i el grau de satisfacció dels usuaris amb els diferents serveis sanitaris públics i proporciona als centres sanitaris la informació necessària sobre la qualitat dels serveis sanitaris [27].

Així doncs, queda demostrat que hi ha una gran implicació per part de l'Hospital Universitari Sagrat Cor pel que fa a la voluntat de millora del servei assistencial que ofereix. Concretament, la recollida d'agraïments, queixes, reclamacions i suggeriments és una eina útil i efectiva per l'avaluació i monitoratge de la qualitat assistencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005; 83:691-729.
2. Yellen E, Davis GC, Ricard R. The Measurement of Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2002; 16:23-9.
3. Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, et al. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *An Sist Sanit Navarra Supl.* 2009; 32:317-25.
4. Saturno Hernández PJ. Los Métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Publica.* 1995; 69:163-75.
5. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, et al. La satisfacción del paciente hospitalario: Una propuesta de evaluación. *Rev Calid Asist.* 2007; 22:133-40.
6. Zakare-Fagbamila RT, Seyferth E, Cheng TZ, et al. Chief complaints and feedback from clinic satisfaction tool: Thematic analysis of a new outpatient communication tool. *Int J Clin Pract.* 2019; 73:e13318.
7. Añel-Rodríguez RM, Cambero-Serrano MI, Irurzun-Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2015; 30:220-5.
8. Cayuela Domínguez A, Camacho Garrido JJ, Ras Luna X, et al. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. *Rev Sanid Hig Pública.* 1991; 65:215-21.
9. España. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986). 1986.
10. Hernández Fernández A, Martínez García JM. Atención al paciente. Resolución de quejas. La responsabilidad patrimonial de la administración. In: Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing E, editor. *Marketing sanitario: evolución-revolución.* España: ESIC Editorial; 2014. p. 141-62.
11. Ortiga B, Salazar A, Masip J, et al. Reclamaciones en un servicio de urgencias: Estudio de 13 años en un hospital universitario. *Rev Calid Asist.* 2006; 21:25-30.
12. Boiko O, Campbell JL, Elmore N, et al. The role of patient experience surveys in quality assurance and improvement: A focus group study in English general practice. *Health Expect.* 2015; 18:1982-94.
13. Díaz Gorriti V, Añel Rodríguez RM. Contribución de los pacientes a la mejora de la calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2015; 30:47-8.
14. Rivera M. CIS: 70% de satisfacción con la atención sanitaria de la segunda ola Covid [Internet]. *Redacción médica.* 2020 [cited 2021 Dec 18]; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/cis-70-de-satisfaccion-con-la-atencion-sanitaria-de-la-segunda-ola-covid-8064>
15. Rodríguez Pérez AI, do Muíño Joga M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria.* 2010; 17:92-6.
16. Alonso R, Llanes L. Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios del área sanitaria 10 de atención especializada de la comunidad de Madrid (2000-2005). *Rev Calid Asist.* 2009; 24:88-90.
17. Pomar Reynés J, Merino Hernández M, Carretero Alcántara L, et al. Aprendiendo del Covid-19. La visión de los directivos sanitarios. *Gest Eval Costes Sanit.* 2020; 19:13-28.
18. Perea-Pérez B, Garrote Díaz JM, Hernández Gil

- Á, et al. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202106080.
19. Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Téllez Castillo CJ, et al. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias*. 2013; 25:163-70.
 20. Bustamante P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*. 2013; 25:171-6.
 21. Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2004; 21:528-32.
 22. Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J, González Armengol JJ, et al. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias*. 2014; 26:114-20.
 23. Richard Espiga F, Mòdol Deltell JM, Martín-Sánchez FJ, et al. Impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) dependiente orgánicamente de urgencias en la gestión clínica y la calidad asistencial hospitalaria. *Emergencias*. 2017; 29:147-53.
 24. Elvira Martínez CM, Fernández C, González del Castillo J, et al. Prediction model for in-hospital admission in patients arriving in the emergency department. *An Sist Sanit Navarra*. 2012; 35:207-17.
 25. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990; 30:811-8.
 26. Moore P, Vargas A, Núñez S, et al. Un estudio de reclamos hospitalarios: El rol de la relación médico-paciente. *Rev Med Chile*. 2011; 139:880-5.
 27. Aguado Blázquez H, Cerdà Calafat I, Argimon Pallàs JM, et al. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clín (Barc)*. 2011;137(2):55-9.

Comentario

La importancia de las sugerencias

Margarita Aguas

Farmacéutica

Uno de los factores más importantes relacionados con la calidad asistencial es la satisfacción del paciente/usuario con los servicios sanitarios prestados. Siempre se han considerado las reclamaciones como un instrumento fundamental para conocer las expectativas de los pacientes, detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias del funcionamiento detectadas. Existen varios artículos sobre estas reclamaciones, pero muy pocos sobre las sugerencias. Las sugerencias presentadas por los usuarios de los servicios sanitarios con frecuencia son pocas, ya que no se tiene una "cultura" de presentación de sugerencias.

Las sugerencias son todas aquellas propuestas que tengan por finalidad promover la mejora del grado de cumplimiento y observación de los derechos y deberes de los usuarios, del funcionamiento, organización y estructura de los centros, servicios o establecimientos sanitarios, del cuidado y atención a los usuarios y en general, de cualquier otra medida que suponga una mejora en la calidad o un mayor grado de satisfacción de

las personas en sus relaciones con los servicios o establecimientos sanitarios. Son comunicaciones de los usuarios con ideas concretas orientadas a la mejora de la calidad y funcionamiento de los servicios sanitarios.

En muchas ocasiones, las sugerencias presentadas por los usuarios son subjetivas, es decir, se hace un mal uso de este servicio y no procede evaluarlas. En otras ocasiones pueden ser anticipaciones a futuras reclamaciones.

En este artículo solo un 16,2% de las incidencias son agradecimientos/ sugerencias y debido a que son pocas no se estudia detalladamente el tiempo de contestación, la vía de recepción, el motivo...

Habría que aumentar este medio de comunicación del usuario para controlar la calidad del sistema. Para ello, se deberían de fomentar, a través de acciones divulgativas, ser proactivos en la solicitud de sugerencias, tramitar las sugerencias de la misma forma que se tramitan las reclamaciones, preocupándose en mantener al usuario informado sobre la pertinencia de la sugerencia y sobre su puesta en marcha.

Juego de Hipótesis

Joc d'Hipòtesi

Game of Hypothesis

Eduardo González Marín

Máster de Investigación Clínica y Máster Enfermo Crítico y Emergencias, Universidad de Barcelona; Comisión de investigación. Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Sagrat Cor.

RESUMEN

Plantear una hipótesis para un estudio analítico o experimental, lleva implícita la hipótesis contraria o hipótesis nula (H_0). La estadística inferencial con el cálculo del valor de p tiene como objetivo obtener una probabilidad aceptable para rechazar o no la H_0 , con un mínimo margen de error. Por convenio, un valor de $p < 0,05$ permite rechazar la H_0 . Pero este valor de p no nos da ninguna información sobre la magnitud de las diferencias halladas, siendo necesario entonces calcular el tamaño del efecto. Para ello, se recurre a la fórmula propuesta por J. Cohen, cuyos resultados orientan sobre la magnitud de lo encontrado, y además, facilitan la comparación de resultados entre diferentes estudios. El valor p no es suficiente para valorar adecuadamente los resultados de un estudio, el tamaño del efecto es importante y debe tenerse en cuenta.

RESUM

El plantejament d'una hipòtesi per a un estudi analític o experimental, porta implícita la hipòtesi contrària o hipòtesi nul·la (H_0). L'estadística inferencial, amb el càlcul del valor de p , té com a objectiu obtenir una probabilitat acceptable per rebutjar o no la H_0 amb un mínim marge d'error. Per conveni, un valor de $p < 0,05$ permet rebutjar la H_0 . Però aquest valor de p no ens dona cap informació sobre la magnitud de les diferències trobades, i cal calcular la mida de l'efecte. Per això, es recorre a la fórmula proposada per J. Cohen, i els resultats orienten sobre la magnitud del que s'ha trobat i, a més, faciliten la comparació de resultats entre diferents estudis. El valor p no és suficient per avaluar adequadament els resultats d'un

Palabras clave: Análisis Estadístico de Datos; Estadística; Modelos estadísticos; Valor predictivo de las Pruebas.

Paraules clau: Anàlisi Estadística de Dades; Estadística; Models estadístics; Valor predictiu de les proves.

Keywords: Data interpretation, Statistical; Models, Statistical; Predictive Value of Tests; Statistics.

Recibido: 17-agosto-2022

Aceptado: 8-septiembre-2022

Correspondencia: edgonzam@gmail.com

González Marín E. *Juego de Hipótesis. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(3): 123-127.*

estudi, la mida de l'efecte és important i cal tenir-la en compte.

ABSTRACT

To pose a hypothesis for an analytical or experimental study, the opposite hypothesis or null hypothesis (H_0) is implicit. The purpose of inferential statistics with the calculation of the p value is to obtain an acceptable probability to reject or not H_0 , with a minimum margin of error. By convention, a p value < 0.05 allows us to reject H_0 . But this p value does not give us any information on the magnitude of the differences found, so it is necessary to calculate the effect size. To do this, we use the formula proposed by J. Cohen, whose results provide guidance on the magnitude of the finding, and also facilitate the comparison of results between different studies. The p value is not enough to adequately assess the results of a study; the effect size is important and must be taken into account.

INTRODUCCIÓN

Durante el diseño y realización de cualquier estudio científico y también en la lectura de cualquier artículo publicado, hemos de tener muy en cuenta la redacción de la hipótesis y la expresión de los resultados obtenidos, determinantes, junto con otros aspectos, de su validez.

En concreto, en estudios analíticos, ya sean experimentales u observacionales, se recurre

habitualmente al concepto de "significación estadística" como soporte a la validez de los resultados obtenidos y veracidad de la hipótesis propuesta. Pero este es un concepto que frecuentemente se malinterpreta, dándole más valor del que realmente tiene, que es más bien limitado.

En las siguientes líneas vamos a intentar aclarar una serie de ideas para abordar la interpretación de los resultados de cualquier estudio.

Tanto durante el diseño de un estudio como cuando leemos una publicación, se ha de prestar especial atención a la hipótesis de trabajo. La hipótesis es la respuesta, o mejor dicho, la tentativa de respuesta a "la pregunta de investigación". Su formulación ha de ser clara, muy concreta, e incluir las variables principales del estudio. La falta de una correcta redacción de una hipótesis debe hacer desconfiar.

Cuando formulamos la hipótesis a investigar, implícitamente también estamos formulando la hipótesis contraria, que denominaremos hipótesis nula $-H_0-$ en contraposición a la del estudio o hipótesis alternativa $-H_1-$. Ambas son mutuamente excluyentes. Y todo nuestro trabajo y complicados cálculos estadísticos tienen como objetivo rechazar o no rechazar dicha hipótesis nula H_0 . No creáis que era para confirmar la hipótesis de investigación o alternativa.

A partir de los datos obtenidos de un estudio, nuestro esfuerzo se dirige ahora a calcular la probabilidad de dichos valores sean fruto de la casualidad o el azar, "por pura chiripa", vamos. Esto no parece muy científico, pero son los criterios que mueven la investigación moderna.

Para entenderlo vamos a desarrollar un ejemplo: preparamos un estudio para evaluar un tratamiento para la hipertensión con el fármaco A, con el objetivo de ver si este es mejor que el fármaco B.

La hipótesis de trabajo es sencilla:

- El fármaco A baja la tensión arterial (TA) en el paciente hipertenso más que el fármaco B

Por tanto, de forma implícita, se formula la hipótesis contraria o H_0 :

- El fármaco A baja la TA igual que el B, o dicho de otra forma, el efecto del fármaco A sobre la TA no es diferente al del B.

¿Y ahora qué? Hacemos nuestro estudio, con dos grupos de 27 pacientes cada uno; al primero se le administra el fármaco A y al otro grupo el B; al cabo de un periodo de tiempo volvemos a recoger las medidas de TA en cada grupo y obtenemos los siguientes resultados: en el grupo A la TA baja un promedio de 6,96 mmHg con una desviación estándar (DE) de 1,4, y en el grupo B el resultado es de 6,46 mmHg con una desviación estándar (DE) de 1,15. A primera vista parece que el fármaco A es más eficaz que el B.

Hagamos a continuación unos sencillos cálculos con estos resultados.

Ya que nuestra variable la hemos supuesto normal o paramétrica, podemos aplicar la fórmula de distribución de la t de Student para contraste de medias, que nos da un resultado de $Z = 1.377$. A continuación, consultamos la probabilidad "p" en las tablas de distribución normal (o el resultado nos lo da directamente el programa informático que estemos usando), obtenemos $p = 0,08205$.

$$Z_{prueba} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

¿Y ahora qué hacemos con este resultado? ¿El fármaco A es mejor que el fármaco B? El promedio obtenido por el A es mayor que el de B, eso lo vemos claro.

¿Qué hemos calculado? p es una probabilidad, es la probabilidad de que nos equivoquemos rechazando la hipótesis nula, la contraria a la de investigación. Según este resultado tenemos una probabilidad del 8,2 % de que si rechazamos la hipótesis nula, la que expresa: "el efecto del fármaco A no es diferente al de B", hayamos cometido un error. Esto es lo que se conoce como error tipo I o Alpha; si calculamos el valor contrario ($1 - 0,082 = 0,918$) tenemos un 91,8% de probabilidades de que sea correcto rechazar la hipótesis nula y considerar la alternativa.

Con estos resultados, ¿estamos en condiciones de poder rechazar la hipótesis nula y considerar la alternativa?, pues eso depende...

UN POCO DE HISTORIA Y MÁS CÁLCULOS

A mediados de la década de 1920, Ronald Fisher junto con Egon Pearson y Jerzy Neyman establecieron de forma independiente, cada uno de ellos, las bases de lo que hoy conocemos como "significación estadística" o prueba de significancia de la hipótesis nula.

Inicialmente, R. Fisher estableció el valor de p como la probabilidad de veracidad de la hipótesis nula, es decir, cuanto más bajo menor es la posibilidad de veracidad. De ahí la importancia de indicar el resultado numérico que hayamos obtenido. Fisher propone que un valor inferior a 0,05 puede significar una aceptable evidencia en contra de la hipótesis nula, pero no de forma absoluta, y apunta que, con valores próximos a éste, su significación sería dudosa, recomendando realizar de nuevo el estudio en mejores condiciones para obtener unos resultados más concluyentes.

El valor obtenido en el ejemplo ha sido 0,082 que, si bien resulta una probabilidad realmente baja para sostener la veracidad de la hipótesis nula, es insuficiente, a la luz de este criterio, para rechazar la hipótesis nula.

Poco tiempo después, Neyman y Pearson, en vez de lidiar con el gradiente de probabilidad que propone Fisher, establecen la cota de significancia, por acuerdo o convenio, para rechazar la hipótesis nula. La propuesta de estos matemáticos es establecer a priori un nivel de significancia, que también lo puede determinar el investigador durante el diseño del estudio; su propuesta arbitraria consiste en que si se obtiene un valor de "p" comprendido entre 0,05 y 0,01 podemos rechazar la hipótesis nula, y lo llamaron valor Alpha.

Aplicando ahora estos criterios, con el resultado obtenido en nuestro ejemplo de "0,082" tampoco podemos rechazar la hipótesis nula.

La propuesta de Neyman y Pearson introdujo los conceptos de error tipo I, error tipo II y potencia de un estudio, actualmente vigentes y de obligada presencia en todo estudio con inferencia estadística (Tabla I).

Lo cierto		
Resultado	Hipótesis nula cierta	Hipótesis nula falsa
Rechazo de la hipótesis nula	Error tipo I (α , confianza)	Correcto
No rechazo de la hipótesis nula	Correcto	Error tipo II (β , potencia)

Tabla I

Actualmente, por conveniencia, los investigadores, editores de revistas científicas y revisores de los artículos aplican un criterio mixto, considerando la propuesta de Neyman-Pearson respecto a la significancia o no significancia estadística ($p < 0.05$), y además exigiendo el valor exacto de p obtenido. Sin olvidar que estos criterios son arbitrarios, aunque ampliamente aceptados.

A la vista del resultado obtenido en nuestro ejemplo, no nos queda otra opción que repetir el estudio con una muestra más amplia, tal y como recomendaba Fisher.

Repetimos el estudio ahora con 60 pacientes en cada grupo y obtenemos el siguiente resultado: en el Grupo A, el descenso medio fue de 7,23 con una desviación estándar de 1,41 y en el grupo B, fue de $6,43 \pm 1.14$. Volvemos a calcular la T de Student con el resultado $Z = 3,404$, que en la tabla de distribución normal y ajustando los grados de libertad correspondientes, nos da un resultado de $p = 0,00045$. ¡Vaya! Ahora este resultado si cumple con el criterio de Neyman-Pearson para rechazar la H_0 ($p < 0,05$) y además, es un resultado más contundente que, según el criterio de Fisher, nos da una evidencia fuerte para rechazar la hipótesis nula.

Ya hemos rechazado la hipótesis nula, pero ¿es cierta la alternativa? Este valor de p no avala que A sea mejor que B, ni cuánto mejor es, no tiene ninguna relación con el posible mayor efecto de A que B.

HIPÓTESIS QUE TRAEN COLA

Hasta ahora parece que hemos resuelto el problema, al menos el de la significación estadística, pero ¿y si los resultados hubiesen sido los contrarios? ¿Y si el fármaco B hubiese resultado más efectivo que el A?

Estadísticamente, el resultado cumpliría con los requisitos de Fisher, Neyman y Pearson de significancia, pero, aunque podemos rechazar la hipótesis nula, ello no significa que podamos aceptar la hipótesis alternativa, ya que, a la vista del resultado obtenido, sería claramente falsa.

Cuando planteamos la hipótesis alternativa, se ha de tener en cuenta, si esta muestra o no una direccionalidad, es decir: si queremos demostrar que el efecto del fármaco A es diferente a B, sin especificar si es en más o en menos, entonces no determinamos la direccionalidad; pero si buscamos demostrar que A es superior a B o si A es inferior a B, estamos estableciendo una dirección, y esto también afecta al cálculo del valor de p .

Ahora tenemos cuatro (4) hipótesis de trabajo.

1. Hipótesis nula, ambos fármacos tienen el mismo efecto, no hay diferencia. "A = B"
2. Hipótesis alternativa 1: los fármacos tienen diferente efecto. "A ≠ B"
3. Hipótesis alternativa 2: el fármaco A presenta mayor efecto que el B "A > B"
4. Hipótesis alternativa 3, el fármaco A presenta menor efecto que el B. "A < B"

Veamos cómo lidiamos con esto, para ello recordemos que la distribución normal presenta una figura de campana,

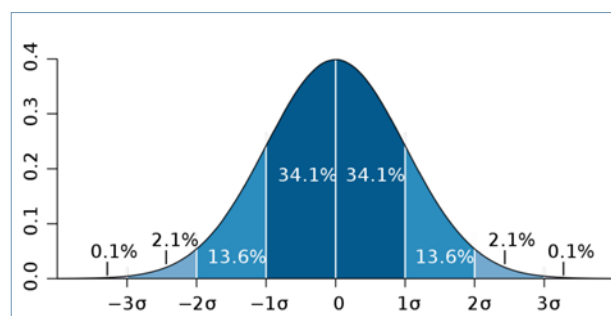


Figura 1. Representación gráfica de una distribución normal.

Si recordamos lo que significa una distribución normal, la frecuencia de unos valores o acontecimientos se distribuyen alrededor de la media de forma simétrica, tal como podemos ver en la figura 1. Entre menos y más una desviación estándar (1σ) se abarca el 68,2 % de los eventos, y entre menos y más dos desviaciones estándar (2σ) se abarca el 95,4%; cuando calculamos el valor de p de nuestro estudio y teniendo en cuenta su definición sobre la significancia estadística esperamos que el resultado quede más allá del 95% de los acontecimientos, equivalente a menos del 5% ($< 0,05$) que siendo más precisos es entre menos y más 1.96σ . Ahora bien, si miramos bien la gráfica, este razonamiento puede ser equívoco, pues solo tiene en cuenta el cuerpo central de la gráfica, y las colas derecha e izquierda contempladas cada una el 2,5% de los eventos, luego sería válido si nuestra hipótesis no es direccional, ya que nos daría lo mismo si el resultado de p fuese inferior a -1.96σ ó superior a $+1.96 \sigma$.

¿Y si lo que nos interesa es solo uno de los lados? Como puede suceder en estudios de superioridad en eficacia o de menos efectos secundarios, en este caso que solo nos interesa un extremo de la gráfica y si queremos que p resulte por encima de 1.96, lo que estamos pidiendo es que

el resultado quede en el 2,5% (0,025) del extremo derecho de la curva, o cola derecha (el mismo razonamiento se puede aplicar sobre cola izquierda), ahora bien, si queremos seguir aplicando el criterio de Neyman-Pearson de significación < 0.05 , el valor de límite ya no es "1.96 σ " sino "1.64 σ ". Este valor si deja una cola derecha (o izquierda) con el 5 % de los eventos.

¿Qué significa esto? Cuando manejamos una hipótesis direccional y aplicamos el criterio de Neyman-Pearson, tal cual, buscando $p < 0.05$ estamos siendo benévolos y menos estrictos, ya que el valor Z a obtener deberá superar el valor 1.64 en vez de 1.96, por tanto, es más fácil que nuestro estudio obtenga una significación estadística y quizás que nos lo acepten para publicar. Para compensarlo, algunos autores recomiendan ser más rigurosos y, si la hipótesis es justificadamente direccional —en nuestro campo es muy habitual—, establecer un dintel de significación menor, $p < 0.025$, +1.96 σ , que es más acorde al concepto gradual de probabilidad de veracidad de Fisher.

Resumimos este razonamiento en la siguiente tabla.

Valor de t ó Z	Se rechaza la hipótesis nula -H ₀ - con una probabilidad de error:	
	Hipótesis direccional	Hipótesis bilateral
1,64	0,05	0,10
1,96	0,025	0,05
2,32	0,005	0,02
2,57	0,001	0,01
3,30	0,0005	0,001

Tabla II. Tomado de P. Morales.

Que no cunda el pánico, en los ejemplos descritos, la hipótesis ya establecía una direccionalidad, que A es diferente y más eficaz que B y sobre este supuesto se ha calculado el valor de la t de Student y su p , para ello hemos tenido en cuenta la cola derecha de la campana de distribución.

En el caso de que solo nos hubiese interesado si había o no diferencia, sí que deberíamos tener en cuenta las dos colas de la distribución normal. Que, a título de curiosidad, el valor para dos colas en el segundo ejemplo resultaría una $p = 0,0009$, valor que sigue cumpliendo los requisitos de significancia que hemos descrito y, por tanto, podemos seguir rechazando la hipótesis nula.

Y EL TAMAÑO IMPORTA

Hasta ahora, con el cálculo del valor de p hemos verificado que efectivamente el fármaco A es diferente y más eficiente que el B, pero no cuánto más. El valor de p obtenido no tiene ninguna relación con la magnitud de la diferencia o el tamaño del efecto, así que no debemos contentarnos con este cálculo y debemos ir un poco más allá, y contestar la pregunta ¿cómo de grande es la diferencia encontrada? Para este paso se pueden aplicar varias opciones, pero seleccionaremos una

de ellas, la propuesta por Jacob Cohen (1988), para calcular el tamaño del efecto (effect size; d), que, muy resumidamente, nos ofrece una sencilla fórmula que consiste en: la diferencia de las medias de los grupos dividida por el promedio de sus desviaciones estándar. La fórmula se puede aplicar tanto si el valor de p ha resultado significativo como si no, y su resultado formal nos dice cuántas desviaciones estándar hay de diferencia entre las medias de los grupos. Este significado, sin magnitudes, es el que permite comparar los tamaños del efecto hallados entre diferentes estudios, con resultados y muestras diferentes.

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma}$$

Hagamos los cálculos correspondientes a los ejemplos que venimos tratando. En el primero de dos muestras pequeñas de 27 sujetos en cada grupo, el resultado sería: $d = (6,96 - 6,48) / 1,27 = 0,37$. Y en el segundo ejemplo, con la muestra de 60 sujetos por grupo, $d' = (7,23 - 6,43) / 1,27 = 0,62$. Se puede ver que el tamaño del efecto del segundo estudio es superior al del primero, $d' >> d$.

La interpretación de estos resultados siguiendo el criterio propuesto por J. Cohen, que también lo establece con cierta arbitrariedad, la vemos en la tabla III:

Valor d (Cohen)	Tamaño del efecto
< 0,2	Muy bajo o ausente
0,2 a 0,49	Efecto bajo
0,5 a 0,79	Efecto moderado
> 0,8	Efecto importante

Tabla III.

En el primer ejemplo el tamaño del efecto calculado (0,37) es apreciable, aunque bajo, y en el segundo (0,62) alcanza el nivel de moderado.

Cuando calculamos el valor de p , lo que estamos valorando es la posibilidad de rechazar o no rechazar la hipótesis nula, que, en ambos ejemplos expuestos, es "que no hay diferencia entre los fármacos A y B". Para este valor de p hay establecido un dintel de significancia, de origen arbitrario, pero ampliamente aceptado por la comunidad científica, de $p < 0,05$, que puede llevar a interpretaciones discutibles cuando formulamos hipótesis direccionales, como ya hemos explicado anteriormente. También es de notar que este valor p es sensible al tamaño de la muestra, y es factible alcanzar la significancia simplemente ampliando el número de sujetos del estudio, siempre y cuando exista una diferencia a detectar. Con la significancia solo determinamos si rechazamos o no la hipótesis nula, pero no nos da ninguna información sobre la magnitud de la diferencia. Por esto, es importante cuando se prepara el texto del estudio realizado, informar además del valor

de p (no basta con poner $< 0,05$), añadir también el valor del tamaño del efecto encontrado, (la fórmula de Cohen descrita es la más utilizada y de fácil entendimiento, además permite hacer comparaciones entre estudios similares). Es recomendable incluir esta información en el "abstract" y en el apartado "resultados" de la futura publicación. Es obvia, también, la dependencia del valor de p de la magnitud del tamaño del efecto, ya que diferencias importantes no necesitan grandes muestras para obtener una p significativa, y viceversa, para demostrar pequeñas diferencias se tiene que recurrir a macroestudios, costosos en recursos y tiempo que obliga a plantearnos si merece la pena o no realizarlos basándonos en el balance coste/beneficio.

Desde otro punto de vista, en el primer ejemplo analizado, tenemos un estudio cuyo valor de p es "no significativo" pero la magnitud de la diferencia (size effect) de los grupos es apreciable. En este caso no estamos ante un estudio fallido, sino ante un hallazgo que puede indicar la necesidad de seguir la línea de investigación para ratificar o no la diferencia encontrada. La significancia

estadística no debería ser el único criterio válido para aceptar o desechar un estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz Ballve L, Ríos F. El valor p . Interpretación, orígenes y su utilización actual. Rev Argent Ter Intensiva [Internet]. 16 de octubre de 2018 [citado 3 de noviembre de 2022];35(3):65-8. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/593>
2. Morales P. Sobre las hipótesis direccionales y no direccionales [Internet]. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. 7 de febrero de 2013 [citado 17 de agosto de 2022]. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24243w/Tipos_hipotesis.pdf
3. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
4. Sullivan GM, Feinn R. Using Effect Size-or Why the P Value Is Not Enough. J Grad Med Educ. 2012; 4:279-82.



Los días 3 y 4 de octubre de 2022 tuvo lugar el taller "Exploring past and present cancer: Bridging the gap between Palaeopathology and Oncology" [Explorando el cáncer del pasado y del presente: tendiendo puentes entre Paleopatología y Oncología] en la Universidad de Cambridge (Departamento de Arqueología y King's College, Cambridge).

El objetivo del encuentro fue ofrecer una perspectiva evolutiva en el estudio del cáncer, pasada y presente, y acercar los conocimientos adquiridos en diferentes campos de investigación, reuniendo a especialistas clave.

El Dr. Albert Isidro participó con la ponencia "The evolution of cancer: an oncological and paleopathological perspective", que contó con réplica a cargo del Prof. Francesco Colucci.

La fístula aortoentérica primaria por imagen: lo que el médico de urgencias debe conocer (a propósito de un caso)

La fístula aortoentérica primària per imatge: allò que el metge d'urgències ha de conèixer (a propòsit d'un cas)

Primary aortoenteric fistula imaging: what the emergency physician should know (based on a case report)

Elisabet Vila-Trias, Jean Soto, José Tomás Salaya, Fernando Díaz, Ana Peláez, Elisenda Grivé, Sílvia Llaverias

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor

Palabras clave: Aneurisma aórtico abdominal; Fístula intestinal; Fístula vascular; Tomografía Computarizada.

Paraules clau: Aneurisma aòrtic abdominal; Fístula intestinal; Fístula Vascular; Tomografia computada.

Keywords: Aortic Aneurysm, Abdominal; Intestinal Fistula; Vascular Fistula; Tomography, X-ray computed.

Recibido: 5-agosto-2022.

Aceptado: 8-septiembre-2022.

Correspondencia: elivilatrias@gmail.com

Vila-Trias E, Soto J, Tomás Salaya J, Díaz F, Peláez A, Grivé E, Llaverias S. La fístula aortoentérica primaria por imagen: lo que el médico de urgencias debe conocer (a propósito de un caso). *Ann Sagrat Cor.* 2022; 29(3): 128-131.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 76 años que acudió a Urgencias de nuestro Hospital por la inapetencia a la ingesta de alimentos de un mes de evolución. Como antecedentes médicos destacaba la obesidad, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad renal crónica, y como único antecedente quirúrgico una perforación gástrica complicada con peritonitis purulenta difusa.

El paciente era ex fumador de 40 cigarrillos diarios y bebedor ocasional. Ingresó en el servicio de Digestivo para el estudio de su inapetencia, pero a las 36 horas inició un cuadro de episodios de hematemesis repetidas e hipotensión que le llevaron al síncope en contexto de hemorragia digestiva alta. Se trasladó a la UCI donde se inició una fluidoterapia y transfusión de glóbulos rojos. En la analítica se apreciaba una disminución en el número de hematíes ($3,6 \times 10^6$ l), hemoglobina (10,5 g/dl) y hematocrito (33,9%, normal 39-50%).

Dada la inestabilidad, los antecedentes y la clínica del paciente, se decidió realizar un escáner abdominal para descartar un sangrado

activo. En el TC se evidenció un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal no conocido de unos 7x6x3 cm (APxTxCC) con una luz verdadera irregular de 5,5 cm, que mostraba una protuberancia rellena de contraste de morfología "en hongo" con extrusión hacia la pared duodenal y trabeculación de la grasa peri-aórtica, todo ello compatible con úlcera penetrante aterosclerótica (UPA). En ese momento no se evidenciaron signos de sangrado activo (Figuras 1 y 2).

Como en el TAC no se observaron signos de sangrado activo, se decidió proseguir el estudio con una endoscopia digestiva alta. En dicha prueba se observaron abundantes restos hemáticos no frescos y coágulos a nivel del cuerpo-fundus gástrico, y en la segunda porción duodenal se visualizó un orificio de unos 6 mm que parecía corresponderse a un divertículo duodenal, sin sangrado activo en ese momento pero de bordes ulcerados con fibrina y restos hemáticos frescos. Se realizó una esclerosis de la lesión con adrenalina diluida sin complicaciones inmediatas.

A las pocas horas, el paciente comenzó de nuevo con hipotensión, taquicardia, aumento de los requerimientos de soporte vasoactivo y una hemoglobina de 7,5 g/dL. Se inició una transfusión de hemoderivados y se solicitó un angio-TC abdominal urgente.

El angio-TC mostró una gran extravasación de contraste intraduodenal con acumulación de contenido hemático fresco en primera y segunda porción duodenal; y de forma retrógrada en cámara gástrica, todo ello en relación a paso de contraste desde el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal descrito en el TC previo hacia el duodeno, hallazgos compatibles con fístula aorto-duodenal y signos de sangrado activo intraluminal (Figuras 3 y 4).

Se contactó con el servicio de intervencionismo de otro hospital para la realización de una arteriografía y embolización selectiva de la fístula, pero el paciente fue exitus sin llegar a recibir el tratamiento endovascular pertinente dado el shock hipovolémico.

DISCUSIÓN

Una fístula aorto-entérica es una comunicación patológica entre la aorta y el tracto gastrointestinal, y representa una condición de hemorragia intestinal grave potencialmente fatídica, con una mortalidad del 100% sin intervención quirúrgica inmediata [1].

Las fístulas se clasifican en primarias o secundarias: las fístulas aorto-entéricas primarias son raras, con una incidencia anual de 0,007 por millón, y la mayoría de veces asocian un aneurisma arteriosclerótico de aorta abdominal en pacientes sin antecedentes de cirugía o trauma. Otras condiciones menos frecuentes que predisponen a fístulas primarias son la sífilis, la tuberculosis, las infecciones micóticas y las enfermedades vasculares del colágeno [1,4].

Las fístulas aorto-entéricas secundarias son más frecuentes que las primarias, pero aun así son relativamente raras, con una incidencia anual de 0,6-2%. Generalmente, ocurren como una complicación de una cirugía reconstructiva de aorta con o sin colocación de endoprótesis. Dado el aumento progresivo de este tipo de cirugía estos últimos años, la frecuencia de fístulas secundarias también ha aumentado. Existe más riesgo de fistulización en cirugías abiertas que en endovasculares. Las fístulas aorto-entéricas secundarias y las infecciones protésicas tienen características de imagen muy similares, por lo que son difíciles de diferenciar [1,4]. Cuanto más larga sea la duración de la cirugía, la incidencia de infección es más elevada, por lo tanto existe mayor riesgo de fistulización. Para minimizar dicho riesgo es de vital importancia la antibioterapia pre y post-operatoria [4].

El primer caso de fístula aorto-entérica primaria fue descrito en 1829 por Sir Astley Cooper, en un paciente con un aneurisma de aorta abdominal no tratado y la comunicación de este con la tercera porción duodenal, mientras que las secundarias se describieron en 1950 a raíz de la aparición de la cirugía reconstructiva de grandes vasos [4].

La presentación clínica clásica consiste en la tríada de sangrado gastrointestinal (80%), dolor abdominal (30%), y masa abdominal pulsátil palpable (6%), que solo se presenta en 11-28% de los pacientes [1,3]. Cualquier paciente que presente una hemorragia digestiva alta y que tenga antecedentes de aneurisma de aorta abdominal nos debe alertar de la posible existencia de una fístula aorto-entérica [4].

Generalmente, la fístula aorto-entérica se manifiesta por episodios transitorios y autolimitados de hematemesis -las llamadas "hemorragias heraldas" o "en centinela"- resultado de la necrosis y ulceración de la mucosa, que preceden a una hemorragia gastrointestinal masiva [1,3]. Generalmente, el intervalo de tiempo entre la primera hematemesis y la hemorragia masiva oscila entre la hora y los dos días, lo que ofrece una oportunidad para poder realizar tratamiento. Otros síntomas asociados pueden ser el dolor lumbar (15%), fiebre, melenas o síncope [2,3].

La patogenia de la fístula aorto-entérica sigue siendo desconocida; se cree que la mayoría de las fístulas primarias son debidas a la presión pulsátil que ejerce el aneurisma aórtico sobre las asas intestinales -generalmente la tercera porción duodenal- durante un período de tiempo prolongado, adhiriéndose y erosionando lentamente las paredes intestinales hasta formar una comunicación. En el caso de las fístulas secundarias, la falta de tejido retroperitoneal interpuesto entre el material protésico y el intestino adyacente favorece la erosión. Las infecciones de la prótesis favorecen las adherencias y la fistulización [3,4].

El duodeno transversal (tercera y cuarta porción, 51-60% y 5-8% respectivamente) es el sitio más común para la aparición de las fístulas dada su proximidad con el retroperitoneo y los grandes vasos [2]. En definitiva, el 75% fistuliza a duodeno, el 20% a yeyuno e íleon, y el resto se divide entre colon, estómago, apéndice o una combinación de estos [2,4].

Debido a su rápido tiempo de adquisición y amplia disponibilidad, la tomografía computerizada (TC) es la modalidad de primera elección para la detección de fístulas aorto-entéricas [1,3]. Mayormente, el protocolo comprende un TC sin contraste (basal), seguido de una fase arterial a los 10-15 segundos y otra retardada o portal a los 80 segundos para detectar la posible fuga de contraste. Es importante que se incluyan las tres fases para la detección de pequeños sangrados de bajo flujo. Generalmente, el contraste oral no se utiliza, ya que puede ocultar la extravasación de contraste de la aorta al intestino [1,2].

La resonancia magnética (RM) tiene una sensibilidad y especificidad similares al TC, pero su disponibilidad en la urgencia es limitada. La RM es incapaz de distinguir el calcio de la pared aórtica del gas ectópico, además de requerir un mayor tiempo de adquisición y experiencia profesional [1]. La angiografía rara vez se utiliza para diagnosticar una fístula, pero puede ser de utilidad en la valoración pre-quirúrgica. Finalmente, la gammagrafía SPECT con marcadores como el tecnecio o el indio es capaz de detectar infecciones de la prótesis en pacientes asintomáticos, así como hemorragias activas no visibles por TC cuando el radiotrazador se localiza dentro de la luz intestinal [1,2].

Los hallazgos por imagen (TC) que deberían sugerir la existencia de una fístula aorto-entérica *primaria* son la rotura de la pared aórtica con extravasación de contraste hacia la luz intestinal (es el signo más específico de fistulización), la presencia de gas ectópico peri- o intra-aórtico, el engrosamiento focal de la pared intestinal adyacente al aneurisma, la trabeculación de la grasa peri-aórtica y/o peri-intestinal obliterándose el plano de separación grasa entre ambos, y en algunos casos, la presencia de un hematoma retroperitoneal o en la pared intestinal. La ubicación precisa del punto de fuga puede determinarlo la presencia de una úlcera aterosclerótica penetrante (UAP). En algunos casos se puede formar un pseudoaneurisma [1,2].

El principal diagnóstico diferencial es la infección del injerto sin fistulización [2]; otros serían

la fibrosis retroperitoneal, el aneurisma aórtico micótico y la aortitis infecciosa. Su diferenciación es importante dado que los tratamientos para estas condiciones son muy variables. En la fibrosis retroperitoneal no se observará gas ectópico peri- o intra-aórtico.

Aunque la aortitis y el aneurisma micótico son dos espectros de la misma entidad, en el caso de la aortitis generalmente se demuestra un engrosamiento y trabeculación de la grasa de la pared aórtica con gas intramural, pero de calibre mantenido, mientras que en el aneurisma micótico, la aorta está dilatada y puede romperse [1].

El único tratamiento curativo de la fístula aor-

to-entérica es quirúrgico. Sin él, la mortalidad es del 100% y la mortalidad intraoperatoria del 50%. La técnica quirúrgica más empleada es la resección del aneurisma (en las primarias) o del injerto protésico (en las secundarias), con cierre del muñón aórtico, reparación intestinal y colocación de bypass extra-anatómico con derivación axilobifemoral. Otra opción válida como tratamiento es la terapia endovascular, que asocia menos morbilidad y menor tiempo de cirugía. La reparación del defecto intestinal dependerá en cada caso; si el defecto es menor de 3 cm. se realizará cierre primario; y si es mayor se realizará una resección duodenal [1,3,4].

FIGURAS

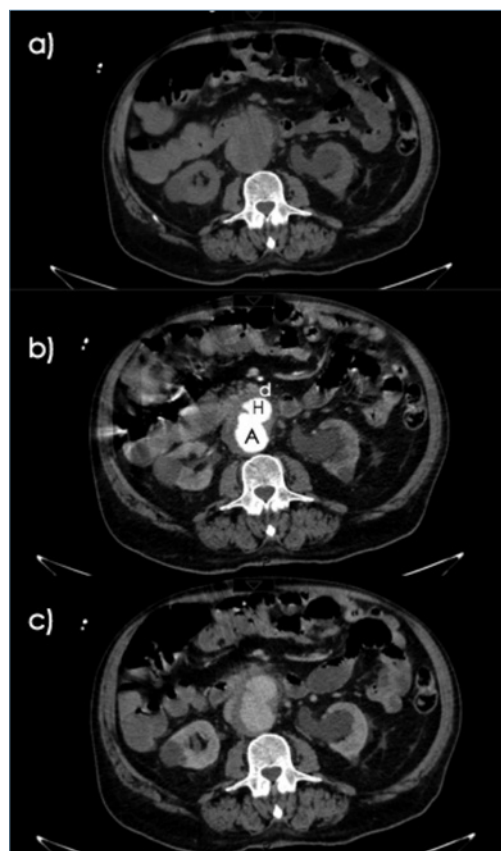


Figura 1. Paciente de 76 años que acude a urgencias por inapetencia de 4 semanas de evolución. Durante su ingreso, inicia cuadro de hematemesis, hipotensión y síncope por hemorragia digestiva alta. Se decide realizar un TC abdominal para descartar sangrado, donde se observa un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, con úlcera penetrante aterosclerótica (UPA). Cortes axiales de hemiabdomen superior de nuestro paciente al ingreso: (a) sin contraste endovenoso (basal), (b) con contraste endovenoso en fase arterial, y (c) en fase portal o tardía. Señalado en la fase arterial (b), se puede observar el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (a) con una luz verdadera irregular y una protuberancia que se origina de ella rellena de contraste de morfología "en hongo" (h) con extrusión hacia la pared duodenal (d) y trabeculación de la grasa peri-aórtica, todo ello compatible con una úlcera penetrante aterosclerótica (UPA).

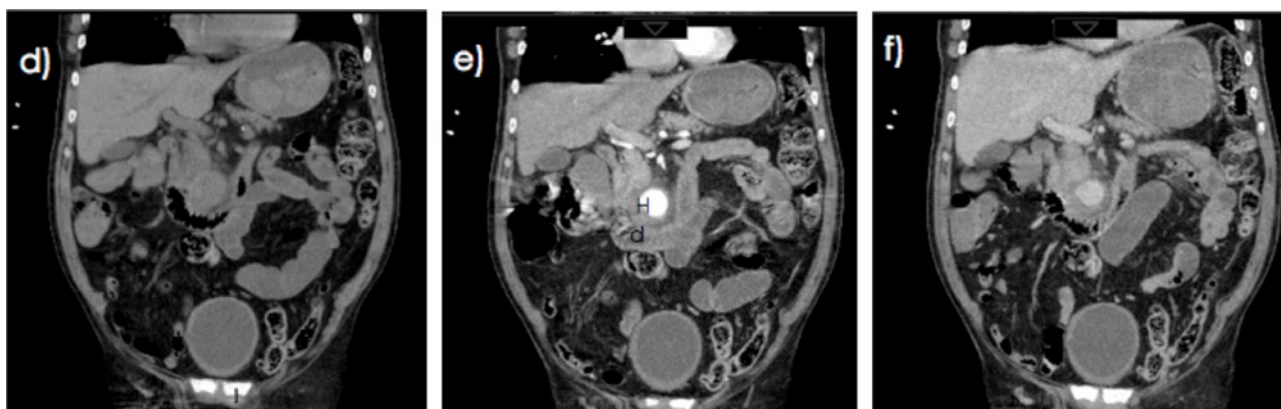


Figura 2. Reconstrucciones sagitales del TC anterior sin contraste (d), en fase arterial (e) y en fase portal o tardía (f) del TC, realizado al ingreso del paciente. Señalado en la fase arterial (e) se muestra el Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, con la úlcera penetrante aterosclerótica (UPA). Se puede observar como la UPA (H) protruye hacia la pared duodenal (d), con trabeculación de la grasa periaórtica.

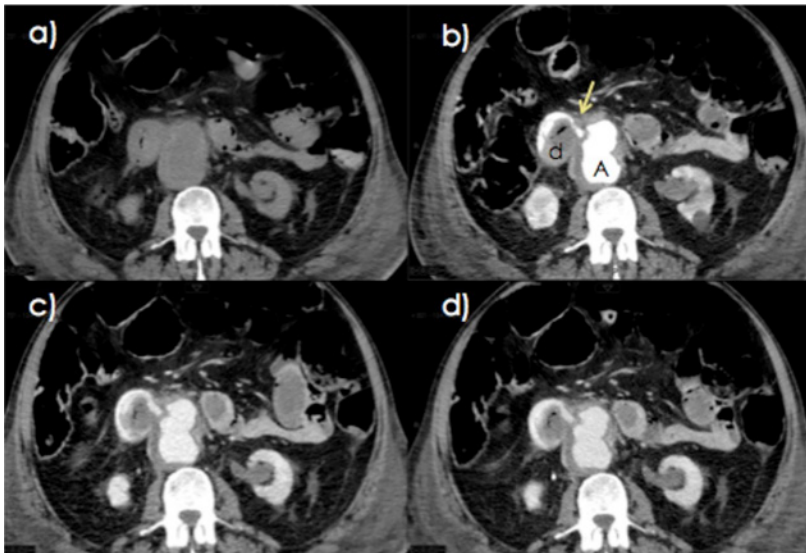


Figura 3. Paciente de 76 años que tras la realización de endoscopia digestiva alta comienza con hematemesis e hipotensión, por lo que se decide realizar Angio-TC donde se evidencia una fístula Aorto-entérica primaria. Cortes axiales de hemiabdomen superior de nuestro paciente, (a) sin contraste endovenoso (basal), (b) con contraste endovenoso en fase arterial, (c) en fase portal y (d) en fase retardada. Señalado en la fase arterial (b) se puede ver el aneurisma de aorta descrito previamente (a) con una gran extravasación de contraste intraduodenal (flecha amarilla), y con acumulación de contenido hemático en primera y segunda porción duodenal (d); donde se observa claramente el punto de fuga, en relación con paso de contraste desde el aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Dichos hallazgos son compatibles con la fístula aorto-duodenal y los signos de sangrado activo intraduodenal.

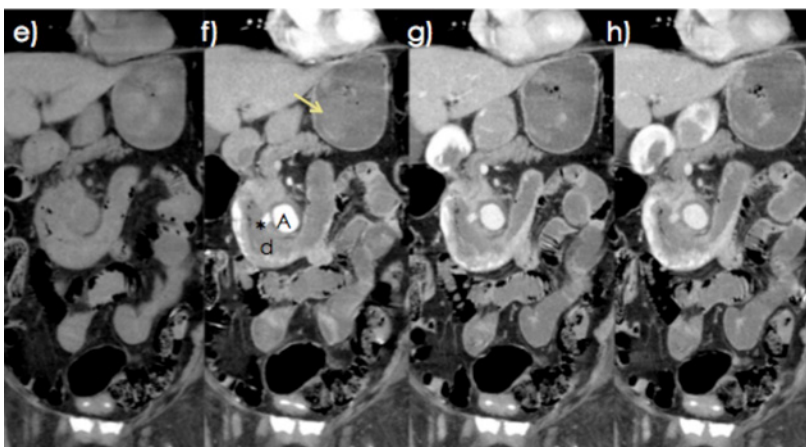


Figura 4. Reconstrucciones sagitales del TC anterior sin contraste (e), en fase arterial (f), portal (g) y tardía (h). Señalado en fase arterial (f), se visualiza el aneurisma de aorta descrito (a) comunicando con la primera y segunda porción duodenal (d), y el punto de fuga claramente localizable (asterisco) debido a la extravasación de contraste del aneurisma a la luz intestinal. Dichos hallazgos son compatibles con fístula aorto-duodenal y signos de sangrado activo. Nótese la acumulación retrógrada de contenido hemático en cámara gástrica (flecha amarilla), y la presencia de sangre fresca en porción duodenal adyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vu QD, Menias CO, Bhalla S, et al. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. *Radiographics*. 2009; 29:197-209.
2. Mellnick VM, Heiken JP. The Acute Abdominal Aorta. *Radiol Clin N Am* 2015; 53:1209-24.
3. Sandoval MI, Huerta LD, Reynaga JG, et al. Fístula aorto-entérica como causa de sangrado gastrointestinal masivo: diagnóstico y tratamiento. *Cir Gen* 2014; 36:155-9.
4. Connolly JE, Kwaan JH, McCart PM, et al. Aortoenteric fistula. *Ann Surg* 1981; 194:402-12.
5. Lee SM, Lai YK, Wen WD. Aortoenteric fistula secondary to an inflammatory Abdominal Aortic Aneurysm. *GI Radiology* 2019; 13:8-27.
6. Casula E, Lonjedo E, Cerverón MJ, et al. Revisión de aneurisma de aorta abdominal: hallazgos en la tomografía computerizada multidetector pre y post tratamiento. *Radiologia* 2014; 56:16-26.

Síncope vasovagal: caso clínico y revisión de la entidad

Síncope vasovagal: cas clínic i revisió de l'entitat

Vasovagal syncope: entity revision and case report

Rosa Mallen Muñoz, Rosa López Fernández

Enfermería. Hospital Universitari Sagrat Cor, Quironsalud.

RESUMEN

El síncope se define como una pérdida de conocimiento transitoria, autolimitada y reversible, debida a una hipoperfusión cerebral espontánea, transitoria y reversible. Su fisiopatología puede involucrar diferentes mecanismos potenciales, pero la causa principal de los síntomas varía entre pacientes. Presentamos un caso que permite repasar el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

RESUM

La síncope és una pèrdua de coneixement transitòria, autolimitada i reversible, deguda a una hipoperfusió cerebral espontània, transitòria i reversible. La fisiopatologia pot involucrar diferents mecanismes potencials, però la causa principal dels símptomes varia entre pacients. Presentem un cas que permet repassar el diagnòstic i el tractament d'aquesta entitat.

Palabras clave: Conciencia; Diagnóstico diferencial; Síncope; Síncope Vasovagal.

Paraules clau: Consciència; Diagnòstic diferencial; Síncope; Síncope vasovagal.

Keywords: Consciousness; Diagnosis, Differential; Syncope; Syncope, Vasovagal.

Recibido: 27-Mayo-2022

Aceptado: 7-Julio-2022

Correspondencia: mrosa.lopez@quironsalud.es

Mallen Muñoz R, López Fernández R. Síncope vasovagal: caso clínico y revisión de la entidad. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(3): 132-134.

ABSTRACT

Syncope is a form of transient, self-limited, and reversible loss of consciousness due to spontaneous, transient, and reversible cerebral hypoperfusion. Its pathophysiology may involve different potential mechanisms, but the main cause of the symptoms varies between patients. We present a case report in order to review the diagnosis and treatment of this entity.

INTRODUCCIÓN

El síncope es una pérdida de conciencia, súbita y transitoria, asociada a una pérdida del tono muscular, con recuperación espontánea, sin secuelas neurológicas. Desafortunadamente, el término "síncope" a menudo se aplica incorrectamente para abarcar otras formas de colapso abrupto como convulsiones o accidentes, que pueden o no estar acompañados de pérdida transitoria de conciencia. Este uso del término perjudica el diagnóstico preciso y socava la comparación de los resultados de estudios clínicos [1].

La base fisiopatológica del síncope es la disminución aguda de la perfusión cerebral por aumento de las resistencias vasculares cerebrales, un descenso de la presión arterial por disminución de las resistencias vasculares periféricas o un descenso de la presión arterial por disminución del gasto cardíaco.

Los pacientes pueden presentar episodios de síncope o pre síncope, o ambos tipos en diferentes ocasiones. El pre síncope es una manifestación clínica que sugiere un síncope inminente y

que, a menudo, se produce junto con un conjunto similar de síntomas prodrómicos que reflejan aquellas condiciones que podrían provocar un síncope en el paciente.

Los tipos de síncope reflejo incluyen el síncope vasovagal, el síncope reflejo situacional (p.ej. el síncope miccional), el síncope del seno carotídeo y algunos casos sin desencadenantes aparentes. En estos casos, el síncope se debe a la hipotensión, que puede estar causada por una bradicardia grave, una dilatación vascular (efecto vasodilatador) o ambas cosas.

El síncope vasovagal es la causa más común de síncope en pacientes de todas las edades [2-4], y su diagnóstico puede realizarse normalmente mediante una historia clínica cuidadosa que detalle las características de los eventos sintomáticos e identifique los desencadenantes conocidos; sin embargo, no siempre existe una historia clínica, especialmente en individuos de edad avanzada. Hay que resaltar que este tipo de síncope no es debido a una enfermedad del corazón, pudiéndose considerar que obedece a una cierta dificultad del organismo para compensar bajadas de tensión arterial.

El síncope en sí mismo no constituye un diagnóstico final. Identificar la causa es muy importante, ya que en algunos casos el síncope es un marcador de mayor riesgo de mortalidad. El objetivo debería ser determinar la causa del síncope con una certeza suficiente que permita hacer un pronóstico razonablemente seguro, establecer el riesgo de recurrencias y definir las opciones terapéuticas. El paso inicial es siempre la documentación de una detallada y completa historia clínica (2, 3, 5).

Presentamos el caso de una mujer de 61 años que acude a Urgencias por pérdida de conciencia transitoria que sospecha sea de origen cardiológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años que acude a Urgencias por episodio de pérdida de conciencia transitoria con recuperación espontánea. Diagnóstico de sospecha de síncope arrítmico por antecedentes familiares. Se procede a evaluar la presencia de síncope/pre síncope.

Anamnesis

Antecedentes

Sin alergias medicamentosas, ni hábitos tóxicos. Dislipemia en tratamiento con dieta, diagnóstica de osteoporosis.

Antecedentes familiares: Padre fallecido a los 33 años por infarto agudo de miocardio; madre fallecida recientemente.

Control de salud periódico (2 años). Refiere estrés laboral.

Exploración física

En la exploración física presenta buena coloración mucocutánea y está bien perfundida. La tensión arterial es de 120/80 mm Hg. Las carótidas laten rítmicas, no hay ingurgitación yugular. No se palpan adenopatías ni bocio.

La auscultación cardíaca es rítmica a 90 lat/min y se oye un soplo sistólico.

En la palpación abdominal no existe hepatomegalia ni reflujo hepatoyugular.

Las piernas no presentan edemas y se palpan los pulsos poplíteos y pedios.

La exploración neurológica es normal:

Pruebas complementarias:

- Electrocardiograma. Registro en ritmo sinusal a 57 pm.
- Holter ECG: Ritmo sinusal, con un rango de frecuencia cardíaca que va desde los 53 lat/min hasta los 107 lat/min (sinusal). La frecuencia cardíaca promedio fue de 72 lat/min.

Un <1% del registro se mantiene en taquicardia (>100 l/m). Un 4% del registro se mantiene en bradicardia (<60 l/m). La actividad extrasistólica supraventricular ha sido casi nula y aislada, sin crisis de taquicardias. No se apreciaron pausas ni bloqueos AV.

- Ecocardiograma dentro de los parámetros de la normalidad.

ECODOPPLER: No se registran flujos patológicos ni regurgitaciones significativas.

HALLAZGOS: Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico. Fracción de eyección global conservada. Aurícula izquierda normal. Septum interauricular íntegro. Válvula aórtica trivalva de apertura conservada y sin regurgitación.

Porción sinusal de raíz de aorta y aorta ascendente de diámetros normales. Válvula mitral estructuralmente normal, con insuficiencia mínima fisiológica. Patrón diastólico de flujo transmitral normal.

Ventrículo derecho no dilatado y de funcionamiento normal. No se observa derrame pericárdico.

- Test de Basculación (Tilt test): positivo.

Diagnóstico

Síncope vasovagal.

Tratamiento y evolución

Alta por el servicio de Cardiología. Control anual.

DISCUSIÓN

La evaluación inicial de los pacientes con síncope sirve tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. Esta evaluación permite determinar si el episodio fue realmente un síncope y si el paciente debe ser ingresado o puede ser tratado ambulatoriamente, estratificando el riesgo. El establecimiento de la etiología probable orienta las estrategias de diagnóstico y tratamiento adecuadas para evaluar el pronóstico y prevenir futuros eventos [2, 3].

La evaluación debe incluir, por lo general, una anamnesis exhaustiva (que incluya información sobre los acontecimientos, las afecciones preexistentes, la medicación y los antecedentes familiares), la observación de los testigos si están disponibles, una exploración física (que puede incluir un cuidadoso masaje del seno carotídeo en los pacientes de edad avanzada) y la revisión de los ECG. La documentación de los medicamentos que toma el paciente es un elemento importante de la evaluación inicial [3].

Las características clínicas asociadas a un evento sincopal pueden ser diagnósticas. Las características clave incluyen la frecuencia y la duración de los episodios, los desencadenantes y las circunstancias, la presencia y los tipos de síntomas prodrómicos, los signos presenciados

durante el síncope y las características de la recuperación.

Una serie de hallazgos en la exploración física pueden ayudar a identificar algunas de las causas comunes de síncope, como anomalías de las constantes vitales, cambios de la presión arterial ortostática, anomalías cardiovasculares y, con menor frecuencia, signos neurológicos [2].

El diagnóstico diferencial se basa en distinguir el síncope de otras condiciones con o sin pérdida transitoria de conciencia y requiere una cuidadosa evaluación diagnóstica. Entre las causas no sincopales de pérdida de conciencia se encuentran las caídas accidentales, el paro cardíaco, las convulsiones, los trastornos del sueño, las intoxicaciones, los trastornos metabólicos y algunas afecciones psiquiátricas [4].

La evaluación diagnóstica adicional se individualiza en función de la presunta etiología del síncope. Muchos pacientes tienen múltiples comorbilidades que pueden contribuir a una pérdida transitoria de conciencia y, por lo tanto, múltiples causas plausibles de síncope [4].

Entre las pruebas diagnósticas destacar el electrocardiograma (ECG). Debe obtenerse un ECG de 12 derivaciones en todos los pacientes con sospecha de síncope. Aunque rara vez identifica una causa arrítmica específica del síncope, ciertos hallazgos (por ejemplo, bradicardia persistente <40 latidos por minuto, bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado, taquicardia ventricular o supraventricular con frecuencia ventricular rápida, mal funcionamiento del marcapasos, etc.) se consideran diagnósticos.

El test de Basculación (Tilt test) se utiliza para el estudio de las pérdidas de conocimiento en que se sospeche un fenómeno vasovagal (desmayo común) o en pacientes en los que estudios cardiovasculares y neurológicos no han conseguido llegar a un diagnóstico definitivo.

El paciente se coloca sobre una camilla basculante durante 45 minutos semiincorporado y se registran de forma continua tanto el electrocardiograma como la tensión arterial. Se asegura el paciente a la camilla para evitar accidentes en caso de mareo o desmayo. Si tras unos minutos (30-45 según distintos protocolos) no se produce respuesta se suele realizar de nuevo el test con medicación intravenosa (isoprenalina) o sublingual (NTG). La prueba se considera positiva cuando aparece síncope o presíncope, acompañado de descenso de la presión arterial (descenso de la presión arterial sistólica en 30 mmHg o por debajo de 80 mmHg) y/o de la frecuencia cardíaca (<45 lat/min). En caso contrario, el resultado se considera negativo. Los síntomas suelen

desaparecer rápidamente tras volver a la posición estirada a 0° (Figura 1).



Figura 1. Test de basculación (Tilt test)

CONCLUSIÓN

En la mayoría de las ocasiones, el síncope se presenta en forma de episodios aislados y suele desencadenarse por circunstancias concretas, precedido de pródomos habitualmente reconocibles por el paciente.

En general no precisa de medidas terapéuticas especiales más allá de reafirmar al paciente sobre la naturaleza benigna del cuadro, lo que en muchas ocasiones es suficiente para disminuir la angustia que le genera y lo ayuda a reconocer y evitar los desencadenantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thijs RD, Benditt DG, Mathias CJ, et al. Unconscious confusion-a literature search for definitions of syncope and related disorders. *Clin Auton Res* 2005; 15:35-9.
2. Moya-I-Mitjans Á, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, et al. Síncope. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65:755-65.
3. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. 2009; 30(21):2631-71.
4. Vitacco-Grab CJ. Diversas causas del síncope. *Nursing*. 2000; 18:8-10.
5. Villarejo Aguilar L, Ybarra Lara, A. Urgencia extra-hospitalaria: pérdida de conciencia transitoria. *Ciber rev. enfermeriadeurgencias.com* 2011; 19: 8p. [Consulta mayo 2022]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2011/pagina8.html>

Tromboembòlia pulmonar aguda

Tromboembolismo pulmonar agudo

Acute pulmonary thromboembolism

Joel Costabella Alcaraz

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

RESUM

Dona de 76 que es presenta a Urgències per dispnea de baixos esforços de tres dies d'evolució amb antecedents d'HTA, dislipèmia i insuficiència venosa crònica en control. En placa de tòrax ambdós hiliis reforçats i amb signes de redistribució vascular. A analítica dímer D 1448 µg/L, troponina T 42.9 ng/L i NT-proBNP 3350pg/mL. A l'ECG només destaca un bloqueig incomplet de branca dreta. Es practica TC que mostra defectes de repleció a nivell del lòbul superior dret, mig dret i inferior dret que s'estén cap a branques segmentàries; branques del lòbul superior esquerra i inferior esquerra. L'orientació diagnòstica amb dispnea sobtada, dímer D elevat, i tronc pulmonar dilatat és de tromboembolisme pulmonar (TEP) agut.

RESUMEN

Mujer de 76 que se presenta en Urgencias por disnea de bajo esfuerzo de tres días de evolución con antecedentes de HTA, dislipemia e insuficiencia venosa crónica controlada. En placa de tórax ambos hilios reforzados y con signos de redistribución vascular. En analítica dímero D 1448 µg/L, troponina T 42.9 ng/L y NT-proBNP 3350pg/mL. En el ECG sólo destaca un bloqueo incompleto de rama derecha. Se practica TC que muestra defectos de repleción a nivel del lóbulo superior derecho, medio derecho e inferior derecho que se extiende hacia ramas segmentarias, ramas del lóbulo superior izquierda e inferior izquierda. La orientación diagnóstica -disnea repentina, dímero D elevado, y tronco pulmonar dilatado- es de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo.

Paraules clau: Embòlia pulmonar; Malaltia aguda; Teràpia Trombolítica

Palabras clave: Embolia pulmonar; Enfermedad aguda; Terapia Trombolítica.

Keywords: Acute disease; Pulmonary Embolism; Thrombolytic Therapy.

Rebut: 28-desembre-2020.

Acceptat: 2-juny-2021.

Correspondència: jcostaal8@alumnes.ub.edu
Costabella Alcaraz J. Tromboembolisme pulmonar agut: cas clínic. *Ann Sagrat Cor.* 2022; 29(3): 135-138.

ABSTRACT

A 76-year-old woman who presented in the Emergency Department with breathlessness over three days, a history of AHT, dyslipidemia, and controlled chronic venous insufficiency. Chest X-ray, showed both hila reinforced and with signs of vascular redistribution. In laboratory tests: D-dimer 1448 µg/L, troponin T 42.9 ng/L and NT-proBNP 3350pg/mL. The ECG highlighted an incomplete right bundle branch block. CT scan showed filling defects at the level of the right upper lobe, right middle lobe, and right lower lobe that extended towards segmental branches, left upper, and left lower lobe branches. The diagnostic orientation -sudden dyspnea, elevated D-dimer, and dilated pulmonary trunk- was acute pulmonary embolism (PE).

INTRODUCCIÓ

El tromboembolisme pulmonar (TEP) és una situació desencadenada per l'obstrucció de les artèries pulmonars o algunes de les seves branques a causa de la formació d'un trombe in situ o a distància, procedent d'alguna de les parts del sistema venós o, molt rarament, directament des de la part dreta del cor. Encara que l'origen de l'èmbol pot ser una trombosi venosa de localització diversa (extremitats superiors, venes prostàtiques, uterines, renals i cavitats dretes), en la majoria dels casos (90-95%) es tracta d'una trombosi venosa profunda (TVP) d'extremitats inferiors (EEII), sovint asimptomàti-

ca; així mateix, un 50% aproximadament dels pacients que pateixen TVP acaben després presentant TEP tot i no veure's clínicament [1].

El TEP és un problema de salut pública de primer ordre. A l'Estat Espanyol s'estima una incidència aproximada d'1 cas nou/100 000 habitants/any, tot i que és bastant probable que la incidència real sigui major. Segons el Ministeri de Sanitat, l'any 2010 es van indicar un total de 22 500 casos, amb una mortalitat a l'ingrés del 8,9% [2].

L'etiologia i factors predisposants poden ser:

- Genètics: mutació de la protrombina, dèficit de proteïna C o S, dèficit d'antitrombina

III, alteracions del plasminogen, Factor V de Leiden, mutació G20210A i d'altres variacions que causin trombofília.

- Factors adquirits: malaltia renal (pèrdua d'antitrombina), hemoglobiúria paroxística nocturna, anticossos anti-fosfolípids...
- Circumstancials de risc: immobilitzacions recents com en l'anomenada "síndrome de classe turista", postintervenció quirúrgica, traumatisme, l'ús d'anticonceptius orals per la presència d'estrògens i/o progestàgens que augmenten de facto el risc entre 2-6 vegades el risc basal, l'obesitat, l'embaràs, càncer si síndromes paraneoplàsiques...

Els símptomes de TEP són fonamentalment de començament sobtat, amb tos (amb hemoptisi o sense), cianosi, dispnea sobtada (el més freqüent), taquipnea, dolor toràcic pleurític i subesternal, i, en presentacions més greus, hipotensió que pot portar a xoc cardiogènic, pèrdua de consciència (síncope) i fins i tot mort [3].

PRESENTACIÓ DEL CAS

Dona de vuitanta-sis anys que consulta a urgències per una dispnea de tres dies d'evolució que comença essent de grau II de la NYHA i progressa fins a fer-se de mínims esforços en un grau III. No refereix ortopnea, tos, dolor toràcic o abdominal i es presenta apirètica. Tampoc fa referència a cap cirurgia recent, immobilització, hemoptisis o diagnòstic de TEP previ.

Anamnesi

Antecedents

No té cap al·lèrgia medicamentosa coneguda, és moderadament dependent per les ABVD (Barthel de 85). Estil de vida bastant sedentari.

Sense antecedents familiars d'interès.

Com antecedents patològics destaca la hipertensió arterial de llarga evolució en tractament farmacològic amb ARAII, dislipèmia en tractament amb simvastatina i insuficiència venosa crònica controlada.

Exploració física

Constants a l'ingrés: TA: 170/71 mmHg; FC: 76bpm; T^a: 36.4C° SpO₂: 96%; FiO₂: 21%.

Pacient normocolorada i normohidratada en pell i mucoses, sense apreciació d'adenopaties ni masses. No estigmes d'hepatopatia crònica. Conscient i orientada en les tres esferes de la persona, temps i espai.

- Exploració cardíaca: Tons rítmics, no presenta bufs ni freqüència pericàrdic. No hi ha ingurgitació jugular ni reflex hepatojugular. En EEII:

polsos simètrics i palpables. Edemes bimaleolars sense fòvea. Cap signe de TVP.

- Pulmonar: Taquipneica, murmur vesicular conservat, crepitants fins a la base pulmonar esquerra, no signes de broncoespasme o sibilants.
- Exploració abdominal i neurològica normal.

Proves complementàries

- Analítica: Destaca NT-proBNP 3350pg/mL [<125]; Troponina T 42.9ng/L [<14] (el seu valor augmentat en sang indica o pot indicar dany cardíac en el context, per exemple, d'una síndrome coronària aguda).
- Dímer D 1448 micro g/L [<230]: dímer D elevat obliga a proves complementàries addicionals per confirmar o descartar un TEP [4].
- Electrocardiograma: rítmic, freqüència cardíaca de 80 bpm, Eix de 30°; P present; Ritme sinusal amb P present en totes derivacions, PR de 160 ms, QRS estret de 80 ms. Patró de bloqueig incomplet de branca dreta RSR' a V1 i DIII, QRS + a V1-V3, ones S en D1 i V6. No alteracions de la repolarització. No es troba el patró típic del TEP S1Q3T3 amb bloqueig de branca dreta i T invertida en V1-V3 o taquicàrdia sinusal, molt típica del TEP també.
- Rx de tòrax: mostra marc ossi normal sense apreciar-se índex cardioràcic eixamplat (<0,5), sinus costofrènics lliures, botó aòrtic calcificat, no patró intersticial ni alveolar.
- Tomografia Computada (TC): S'identifiquen defectes de repleció en branca del lòbul superior dret, les dues branques del lòbul mitjà i porció distal de la branca del lòbul inferior dret que s'estenen cap a branques segmentàries del lòbul inferior dret, per branques segmentàries del lòbul superior esquerre i defectes de repleció distal a les branques del lòbul inferior esquerre. Les troballes són compatibles amb un embolisme pulmonar, hi ha discreta rectificació de l'envà interventricular i dilatació de l'artèria pulmonar amb un diàmetre màxim de 35 mm. Correcta repleció de la resta de branques pulmonars. No es van observar adenopaties mediastíniques ni axil·lars de mida valorable. No es veu vessament pleural ni pericàrdic. Parènquima pulmonar sense imatges patològiques significatives, no hi ha evidència d'àrees condensatives o nodulars en l'estudi actual. Hèrnia de hiat (Figura 1).

Diagnòstic

La clínica de dispnea sobtada, el dímer D elevat, i troballes compatibles amb embolisme pulmonar, permeten orientar el diagnòstic cap a un tromboembolisme pulmonar. El NT-proBNP elevat permet hipotetitzar una possible insuficiència cardíaca descompensada.

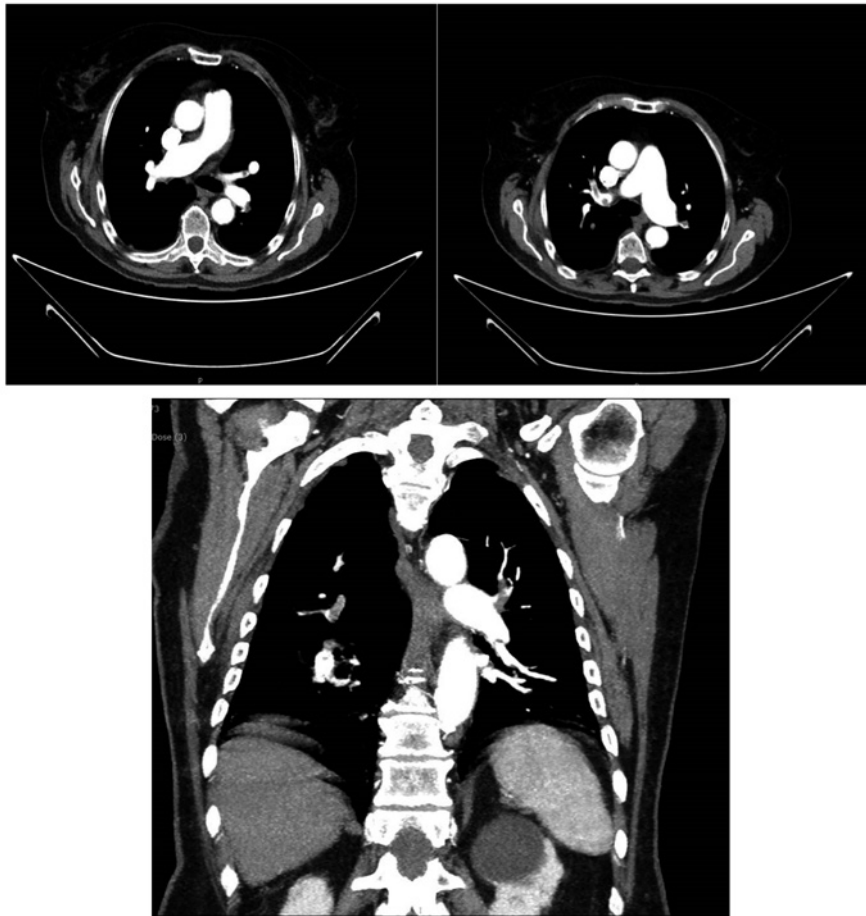


Figura 1. TC Toràcica.

Evolució

S'instaura tractament amb heparina Enoxaparina 60 mg subcutània cada 12 h i furosemida.

Per estudiar la presència de sobrecàrrega del ventricle dret es practica ecocardiograma i per intentar establir l'origen del trombe, es realitza eco-doppler a extremitats inferiors (EEII) a la recerca de trombosi venosa profunda (TVP) que suposa l'origen en més del 70% dels casos.

- Ecocardiograma: revela cardiopatia hipertensiva amb ventricle esquerre lleugerament hipertrofic, però amb FEVI del 65% sense anomalies de la contractilitat. Absència de valvulopatia significativa. Ventricle Dret no dilatat i funció conservada, sense vessament pericàrdic.
- Eco-doppler: Venes femoral comú, superficial i poplità d'ambdues EEII permeables i compressibles, flux espontani i sincrònic amb respiració. Es descarta TVP.

Es descarta sobrecàrrega del cor dret i TVP i, atès l'estabilitat actual de la pacient, es decideix donar d'alta amb Tx d'enoxaparina 100 mg/24 h durant tres mesos i valoració després d'aquest temps de la inclusió d'AVK o ACOD.

DISCUSSIÓ

La malaltia tromboembòlica venosa (TEV) involucra la trombosi venosa profunda i el tromboembolisme pulmonar i complica a pacients de totes les edats, especialment postoperats, oncològics i embarassades. El TEP és la tercera causa de mort cardiovascular, després de la malaltia coronària i els accidents vasculars cerebrals. No és una malaltia que es pugui diagnosticar ni excloure amb certesa sense l'ajuda d'estudis d'imatges d'alt cost, el que obliga a incorporar estratègies d'enfrontament cost-efectives.

El TEP és una situació clinicopatològica permanentment mortal i hem de saber identificar-la de manera clara per establir un tractament anticoagulant com més aviat millor per evitar possibles repeticions de l'episodi. Així mateix, l'anàlisi sempre ha de començar per la probabilitat clínica de la diagnosi TVP / TEP, basant-se en els factors de risc presents: antecedents de TEV anteriors, edat avançada (>70 anys), càncer actiu (especialment pulmó, pàncrees, colorectal, ronyó i pròstata), poca mobilitat per trauma o cirurgia recent, dany neurològic o ús de fèrules d'immobilització, viatges prolongats, portadors de catèters intravenosos, embaràs, anticonceptius orals o teràpia de reemplaçament hormonal amb estrògens, obesitat, trombofílies adquirides (mutació de factor V Leiden o gen de protrom-

bina i deficiències de proteïna S, C o antitrombina), síndrome antifosfolípids, insuficiència cardíaca congestiva, malaltia inflamatòria intestinal, síndrome nefròtica, hiperhomocisteïnèmia, policitemia vera, trombocitosi essencial o hemoglobinúria paroxística nocturna. També podem utilitzar escales com la de Ginebra revisada. Amb el criteri del risc pre-test, podem començar a fer un estudi i un seguit de proves per arribar al diagnòstic. Una vegada diagnosticat, hauríem de ser capaços de dividir els pacients d'alt risc dels de baix risc, ja que segons a quin grup pertanyi farem una intervenció percutània o només tractament anticoagulant [5].

En el cas estudiat, el diagnòstic se sustenta en la presència d'una clínica compatible tot i que imprecisa de dispnea sobtada sense hemoptisi ni dolor toràcic, unes dades analítiques de dímer D elevades (1448 micro g/L) que suposen per se un valor predictiu positiu d'un 62,5% (que no és gaire elevat) però un valor predictiu negatiu d'un 93,7% i sensibilitat de 95,2, que són força elevades i el fet de no trobar dímer D ens ha de fer dubtar bastant la presència real de TEP [4].

A l'analítica també es va trobar un valor de NT-proBNP elevats que podrien indicar ICC; tanmateix, a l'ecocardiograma no es va indicar un FEVI baix o alguna valvulopatia, tampoc es va veure cardiomegàlia a les proves d'imatge. Per això, la furosemida se li va suspendre a l'alta.

Finalment, en la TC es van veure defectes de replació molt compatibles amb la clínica i analítica amb embolisme pulmonar, la qual cosa va acabar d'orientar el diagnòstic cap a TEP. Si mitjançant TC no haguéssim estat capaços de veure cap defecte de replació arterial a causa, per exemple, de què aquests trombes haguessin impactat en vasos molt distals o porcions segmentàries, podríem haver fet servir una gammagrafia pulmonar de ventilació-perfusió, que posseeix una sensibilitat al TEC de més del 95% i és el mètode de remissió per al diagnòstic de la hipertensió pulmonar tromboembòlica crònica [1].

CONCLUSIONS

La identificació i el tractament precoç de pacients amb embòlia pulmonar aguda és clau per tal de reduir la mortalitat. Els pacients amb un compromís hemodinàmic imminent s'han de controlar per reconèixer ràpidament la necessitat d'actualitzar el tractament.

L'avaluació clínica té una bona precisió a l'hora d'identificar pacients amb embòlia pulmonar aguda que poden ser candidats al tractament domiciliari o a l'alta precoç.

L'avaluació del ventricle dret millora l'estratificació del risc quan s'utilitza en pacients de baix risc mitjançant puntuacions clíniques.

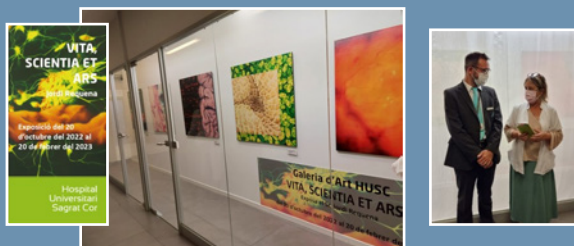
BIBLIOGRAFIA

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Respir J*. 2019; 54(3):1901647.
2. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, et al. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(12):534-47.
3. Calvillo Batllés P. Algoritmo para el diagnóstico y el seguimiento de la tromboembolia pulmonar aguda. *Radiologia*. 2017; 59(1):75-87
4. Calvo Romero JM, Pérez Miranda M, Bureo Dacal P. Utilidad diagnóstica del dímero-D en pacientes con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar en un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2003; 203(1):20-3.
5. Wicki J, Perneger TV, Junod AF, et al. Assessing clinical probability of pulmonary embolism in the emergency ward: a simple score. *Arch Intern Med*. 2001; 161(1):92-7.

Jordi Requena expone en la Galería de Arte del Sagrat Cor "VITA, SCIENTIA ET ARS"

Las piezas expuestas representan una cartografía biológica de un estudio del cuerpo humano, a caballo entre el arte y la ilustración científica, que plantea diversos aspectos de reflexión como quiénes somos y qué nos hace serlo. La identidad, los sentimientos, la formalización de las ideas y pensamientos, ¿cuál es nuestra forma de ver y analizar lo que nos envuelve?, o ¿cómo el tiempo, que deviene finito para nosotros, valoriza la vida y sus maravillas? Con una extensa formación artística,

Jordi Requena, desde la Unidad de Atención al Paciente y Familia del Sagrat Cor, nos muestra su sensibilidad artística.



Tromboembolisme pulmonar: un cas post pandèmia

Tromboembolismo pulmonar: un caso post pandemia

Pulmonary thromboembolism: a post-pandemic case report

Sara Felices Lluch

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

RESUM

El tromboembolisme pulmonar és l'oclusió o taponament d'una part del territori arterial pulmonar a causa d'un trombe. La seva presentació clínica és variable i, sovint, inespecífica, cosa que en dificulta el diagnòstic. Aquells pacients hemodinàmicament estables, se suggereix un enfocament diagnòstic que combini l'avaluació de probabilitat clínica prèvia, el dímer D i el diagnòstic per imatges definitiu, sobretot angiografia pulmonar per tomografia computada.

RESUMEN

El tromboembolismo pulmonar es la oclusión o taponamiento de una parte del territorio arterial pulmonar a causa de un trombo. Su presentación clínica es variable y, a menudo, inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico. Aquellos pacientes hemodinámicamente estables, se sugiere un enfoque diagnóstico que combine la evaluación de probabilidad clínica previa, el dímero D y el diagnóstico por imágenes definitivo, sobretodo angiografía pulmonar por tomografía computarizada.

Paraules clau: Covid-19; Dímer-D; Embòlia pulmonar.

Palabras clave: Covid-19; Dímero-D; Embolia pulmonar.

Keywords: Covid-19; D dimer; Pulmonary Embolism.

Rebut: 7-maig-2021.

Acceptat: 3-febrer-2022.

Correspondència: sfel8icl17@alumnes.ub.edu
Felices Lluch S. Tromboembolisme pulmonar: un cas post pandèmia. *Ann Sagrat Cor.* 2022; 29(3): 139-141.

ABSTRACT

Pulmonary thromboembolism is the occlusion or tamponade of a part of the pulmonary arterial territory due to a thrombus. Its clinical presentation is variable and often nonspecific, making diagnosis difficult. For hemodynamically stable patients, a diagnostic approach combining assessment of prior clinical probability, D-dimer, and definitive imaging, especially computed tomography pulmonary angiography, is suggested.

INTRODUCCIÓ

El tromboembolisme pulmonar (TEP) consisteix en l'obstrucció sobtada de la circulació arterial pulmonar per un trombe. Les estimacions de la incidència d'embòlia pulmonar en la població general han augmentat amb la introducció de la prova del dímer D i l'angiografia pulmonar per tomografia computada a la dècada dels 1990. S'estima que la incidència a Espanya és d'1 cas/1000 habitants/any, sent més freqüents en homes [1,2].

L'origen etiològic del TEP es basa en la triada de Virchow - estasi venosa, lesió endotelial i estat d'hipercoagulabilitat- que origina la formació d'una trombosi venosa que pot embolitzar el pulmó. La clínica és molt variable i pot anar des d'un pacient asimptomàtic a la presència d'un xoc obstructiu que causi la mort sobtada del pacient. Els símptomes més freqüents són la dispnea, el dolor pleurític, l'hemoptisi i el col·lapse circulatori [3,4].

Els factors de risc associats són múltiples, però entre ells destaquen la cirurgia, els traumatismes recents, la immobilització, el tabac o es-

tats genètics d'hipercoagulabilitat. No obstant un factor de risc emergent avui dia és la infecció pel virus COVID-19.

El diagnòstic definitiu és per imatges, sobretot l'angiografia pulmonar per tomografia computada, angio-TC pulmonar.

Presentem el cas d'un home de 51 anys, sense antecedents d'interès, que es presenta per dispnea d'esforç d'una setmana d'evolució, cada cop més intensa.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home de cinquanta-un anys que es presenta a Urgències per dispnea i opressió al pit amb febre. Va iniciar quadre de tos, dispnea, opressió al pit i febrícula de 37,5 fa una setmana. Es va realitzar una PCR que va sortir negativa, però la dispnea i l'opressió al pit es mantenien i la intensitat havia augmentat notablement.

Se sospita inicialment de Pneumonitis química, possible COVID i possible insuficiència cardíaca.

Anamnesi

Antecedents

Sense antecedents patològics d'interès ni hàbits tòxics. Al·lèrgic a la penicil·lina.

Exploració física

A urgències el pacient es trobava hemodinàmicament estable i eupneic. Les constants eren normals.

Es trobava conscient, orientat i col·laborador i se'l veia hidratat i ben nodrit amb la coloració de la pell i les mucoses normals.

A l'auscultació cardíaca no va destacar res, mentre que a la pulmonar s'apreciava tos amb la inspiració profunda i roncs que destacaven sobretot al pulmó dret. L'abdomen es trobava tou, depressiu i no dolorós, sense masses ni visceromegàlies.

Tenia edemes a les extremitats inferiors amb signe de fòvea però amb Homans negatiu.

Proves complementàries

- Radiografia de tòrax: altament suggestiva de COVID-19 amb atelèctasis laminars / subsegmentàries bibasals amb hipoventilació de la base dreta i del lòbul mig altament suggestives d'infecció per COVID19 al context actual (Figura 1).



Figura 1. Rx de tòrax



- PCR Sars-CoV2: negativa.
- Anàlisi sanguínia: els ions estaven en rang, l'hemograma era correcte i, tot i que alguns paràmetres estaven al límit de la normalitat, el més destacable va ser el dímer D elevat (2267 g/L). Aquest és un producte de degradació de la fibrina que s'eleva després de la formació d'un coàgul i activació de la fibrinòlisi.
- Ecocardiograma: no mostrava signes d'hipertensió pulmonar, però -tot i que el ventricle dret no estava dilatat- la funció sí que estava lleugerament deprimida, amb hipocinètica medio-apical de la paret lliure, que és un signe suggestiu de TEP. En canvi, el ventricle esquerre no estava dilatat ni hipertròfic i tenia la funció sistòlica conservada.
- Ecografia abdominal: Va revelar la presència de quists als ronyons. Destacava sobretot un quist simple al pol superior del ronyó dret d'uns 15 mm que era el més gran, però tots eren quists anecoics que podrien ser hemorràgics (Figura 2). Es va pautar control evolutiu a curt termini i RM per confirmar-ho.
- Angio-TC: va confirmar el diagnòstic en mostrar una extensa trombosi pulmonar bilateral a la bifurcació del tronc de l'artèria pulmonar que s'estén fins a les dues artèries pulmonars

principals (Figura 3). A més a més, confirmen les atelèctasis als lòbuls inferiors dels dos pulmons, però no observen adenopaties ni vessament pleural ni pericardíac, també confirmen el nòdul renal dret hiperdens inespecífic i signes radiològics que es tradueixen en sobrecàrrega del ventricle dret.

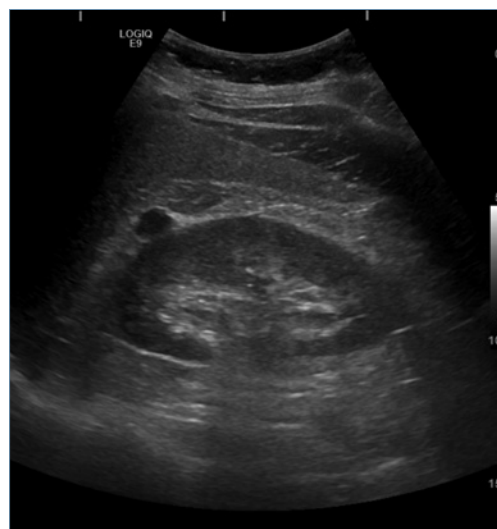


Figura 2. Ecografia abdominal

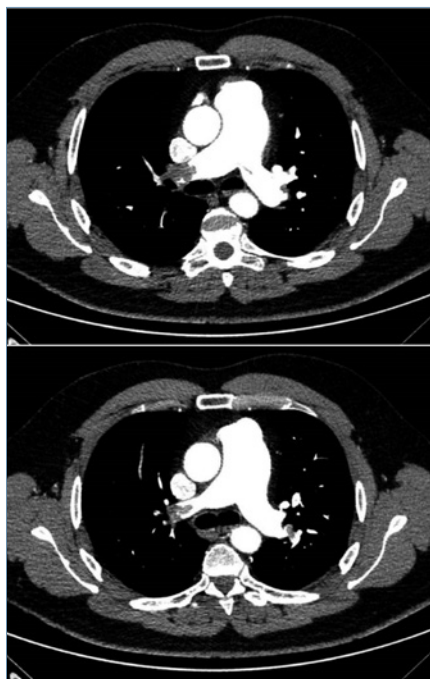


Figura 3. Angio-TC pulmonar

DIAGNÒSTIC

Tromboembolisme pulmonar bilateral

Tractament i evolució

Es va prescriure enoxaparina 90 mg, en calcular el PESI score de classe II, amb un risc baix/ intermedi de 71 punts.

Tot i l'alta càrrega trombòtica i els signes de sobrecàrrega dreta, no complia criteris per plantejar fibrinòlisis i es va prescriure l'enoxaparina, monitoratge i control de l'evolució.

A planta se li va realitzar un eco doppler d'extremitats inferiors, mostrant trombosis de la vena poplità; la RMN renal va confirmar l'aspecte quíctic.

Com seguia hemodinàmicament estable, afebril, amb diuresis correctes, eupneic i mantenia els nivells de sPO₂ de 96% sense O₂ i tolerava desplaçaments sense dispnea es va plantejar alta a domicili.

DISCUSSIÓ

El tractament del TEP es basa en una estratificació pronòstica inicial en un grup de risc alt (>15%) i un altre en el que no hi ha un risc alt de mort relacionada amb el TEP. Aquesta estratificació es basa per complet en l'avaluació clínica, és a dir, en una recerca de la possible presència de xoc o hipotensió sistèmica.

Excepte en els pacients amb baixa probabilitat clínica de TEP i els que presenten hemoptisis u altres contraindicacions significatives, abans de la sospita clínica s'ha d'iniciar anticoagulació amb heparina de baix pes molecular (HBPM), a fi de reduir el risc d'una recurrència abans de comple-

tar l'estudi diagnòstic [4,5].

Primer es calcula el PESI a partir d'una sèrie de variables de manera que s'obté una puntuació amb la qual es classifica al pacient en 5 categories diferents [6].

A partir de la puntuació podem mesurar l'índex de gravetat del TEP segons la clínica, l'afectació sistèmica i l'estabilitat hemodinàmica dividint als pacients en diferents categories de risc:

- Alt risc (mortalitat del 15% en fase aguda): el pacient es troba amb inestabilitat hemodinàmica, PESI classe III-V i disfunció del ventricle dret evidenciada per ecocardiograma o TC i augment de pro-BNP o troponines.
- Risc intermedi-alt (mortalitat del 7-15%): pacients hemodinàmicament estables amb PESI classe III - V i disfunció del ventricle dret amb elevació de marcadors d'afectació cardíaca.
- Risc intermedi-baix (mortalitat del 3-7%): pacients normotensos amb PESI classe III - IV i disfunció del ventricle dret o elevació de marcadors d'afectació cardíaca. El pacient del cas es troba dins d'aquesta classificació de risc.
- Baix risc (mortalitat de <3%): pacients hemodinàmicament estables amb PESI classe I - II, sense disfunció del ventricle dret a les proves d'imatge ni alteració dels paràmetres analítics cardíacs [1,4,6].

CONCLUSIONS

El TEP és una entitat clàssica amb un ampli espectre clínic que ha cobrat rellevància per la seva freqüència i gravetat al context de la pandèmia per COVID-19, condicionant el seu pronòstic a curt termini i participant en les possibles seqüeles de la malaltia.

REFERÈNCIES

1. Uresandi F, Monreal M, García-Bragado F, et al. Consenso nacional sobre el diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento de los pacientes con tromboembolia pulmonar. Arch Bronconeumol. 2013; 49:534-47.
2. Hernández B, Muñoz E, Trigo C, et al. Consecuencias hemodinámicas de la tromboembolia pulmonar masiva. Med Intensiva. 2002; 26:79-83.
3. Morales J, Salas J, Rosas M, et al. Diagnóstico de la tromboembolia pulmonar. Arch Cardiol Mex. 2011; 81:126-36.
4. Torbicki A. Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico de la enfermedad aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2010; 63:832-49.
5. Tapson V, Weinberg A. Treatment, prognosis and follow-up of acute pulmonary embolism in adults. In: Mandel J, Shockberger RS, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2020 [Consulta 7 maig 2021].
6. Aujesky D, Obresky DS, Stone RA, et al. Derivation and validation of a prognosis model for pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care. 2005; 172(8):1041-6.

Pneumònia intersticial difusa associada a artritis reumatoide

Neumonía intersticial difusa associada a artritis reumatoide

Rheumatoid arthritis-interstitial lung pneumonia

Joan March Quadrat

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

Paraules clau: Artritis reumatoide; Malaltia pulmonar intersticial; Metotrexat/ efectes adversos.

Palabras clave: Artritis reumatoide; Enfermedad pulmonar intersticial; Metotrexato/ efectos adversos.

Keywords: Arthritis, Rheumatoid; Lung Diseases, Interstitial; Methotrexate/ adverse effects

Rebut: 29-maig-2022

Acceptat: 7-juliol-2022

Correspondència:

March Quadrat J. Pneumònia intersticial difusa associada a artritis reumatoide. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(3): 142-144.

RESUMEN

La artritis reumatoide es la enfermedad autoinmune inflamatoria más común, caracterizada por artritis destructiva simétrica y sinovitis. La afectación pulmonar en forma de enfermedad pulmonar intersticial es frecuente y a menudo se presenta con un patrón radiológico y patológico de neumonía intersticial difusa, similar a la fibrosis pulmonar idiopática, destacando las similitudes entre las dos enfermedades. El metotrexato es un fármaco clave en el tratamiento de la artritis reumatoide. Presentamos un caso de neumonía intersticial difusa que nos lleva a cuestionarnos si la exposición a metotrexato aumenta el riesgo de enfermedad pulmonar intersticial fibrótica en pacientes con artritis reumatoide.

RESUM

L'artritis reumatoide és la malaltia autoimmune inflamatòria més comuna, caracteritzada per artritis destructiva simètrica i sinovitis. L'afectació pulmonar en forma de malaltia pulmonar intersticial és freqüent, i sovint es presenta amb un patró radiològic i patològic de pneumònia intersticial difusa, similar a la fibrosi pulmonar idiopàtica, destacant les similituds entre ambdues malalties. El metotrexat és un fàrmac clau en el tractament de l'artritis reumatoide. Presentem un cas de pneumònia intersticial difusa que ens qüestiona si l'exposició a metotrexat augmenta el risc de malaltia pulmonar intersticial fibròtica en pacients amb artritis reumatoide.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is the most common inflammatory autoimmune disease, characterized by symmetric destructive arthritis and synovitis. Pulmonary involvement is common, in the form of interstitial lung disease, which often presents with a radiological and pathological pattern of diffuse interstitial pneumonia, similar to idiopathic pulmonary fibrosis, highlighting the similarities between the two diseases. Methotrexate is a key drug in the treatment of rheumatoid arthritis. We present a case of diffuse interstitial pneumonia that poses whether exposure to methotrexate increases the risk of fibrotic interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis.

INTRODUCCIÓ

L'artritis reumatoide (AR) és un trastorn inflamatori sistèmic que s'estima que afecta l'1% de la població als EUA i als països del nord d'Europa [1]. La manifestació extraarticular més freqüent de l'AR és l'afectació pulmonar, que pot afectar fins al 60% dels pacients amb AR durant el curs de la malaltia [2]. Clínicament, l'AR pot afectar essencialment qualsevol compartiment pulmonar, incloent-hi el parènquima -que es manifesta com a malaltia pulmonar intersticial o nòduls reumatoïdes-; la pleura, que dona lloc a inflamació i/o vessaments pleurals; vies respiratòries petites

i grans (cricoaritenoiditis, bronquiolitis constrictiva o fol·licular bronquiolitis i bronquièctasis); i la vasculatura pulmonar (vasculitis i hipertensió pulmonar). L'afectació pulmonar, en particular la intersticial, s'associa a una morbiditat i mortalitat significatives. Tot i que l'afectació pulmonar a l'AR sol produir-se després de les manifestacions articulars, les manifestacions pulmonars poden ocasionalment precedir els símptomes articulars.

Les malalties pulmonars intersticials difuses són un grup heterogeni d'etiologia inflamatòria, que afecta fonamentalment als alvèols i l'interstici de pulmó. Poden ser classificades en 3 grans grups; pneumònies intersticials idiopàtiques, les

de causa coneguda o associades, i les primàries. La principal característica d'aquestes malalties és la inflamació de l'alvèol i de l'interstici pulmonar. Així doncs, la malaltia pot acabar evolucionant fins arribat a la fibrosi pulmonar, la qual és la fase final, que pot comportar insuficiència respiratòria.

La pneumònia intersticial acostuma a presentar-se amb clínica de dispnea i tos seca, i instaurar-se de forma aguda o subaguda. La malaltia pulmonar intersticial relacionada amb l'artritis reumatoide s'associa a la disminució de la supervivència, i el patró radiogràfic de la pneumònia intersticial usual augmenta el risc de mortalitat independentment d'altres factors. Es considera una situació clínica complexa, per la seva baixa freqüència com la potencial gravetat i la dificultat del seu maneig terapèutic [3].

Presentem el cas d'una pacient amb AR diagnosticada de pneumònia vírica, que consulta per persistència de símptomes per no respondre al tractament.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Pacient de setanta-un anys, dona, que es consulta per clínica de dispnea i tos de cinc mesos d'evolució. Havia estat diagnosticada de pneumònia vírica, però no responia al tractament.



Figura 1. Rx de tòrax



Figura 2. TC toràcica.

- Proves funcionals respiratòries: patró restrictiu sense millora amb prova broncodilatadora.

Diagnòstic

El diagnòstic de sospita era una possible pneumònia vírica.

La falta de resposta al tractament, junt amb les proves d'imatge amb afectació de l'interstici, el patró restrictiu i la disminució del CO₂, van permetre arribar al diagnòstic de pneumònia intersticial usual. Posteriorment, es va associar al diagnòstic definitiu de pneumònia intersticial habitual associada a l'artritis reumatoide.

Anamnesi

Antecedents

Dona caucàsica de setanta-un anys. Sense al·lèrgies conegudes. No presenta hàbits tòxics, ni antecedents familiars d'interès.

Com a antecedents patològics: artritis reumatoide no especificada, Malaltia pulmonar intersticial, Hipotiroïdisme congènit sense goll, Artrosi no especifica, Espondilosi regió cervical.

Diagnosticada de Pneumònia vírica.

Exploració física

Molta afectació articular, sobretot de les mans. Dispnea i tos però sense esput. Auscultació cardíaca: reforç del segon to cardíac. Auscultació pulmonar: crepitants bibasals.

Proves complementàries

- Rx de tòrax: La pacient presentava una placa de tòrax amb patró intersticial (Figura 1).
- Tomografia Computada (TC): engruiximents dels septes per bronquiectasi a tracció. Patró vidre desllustrat i panell d'abella a les bases pulmonars (Figura 2).

Tractament i evolució

A causa de la possible toxicitat pulmonar, es va retirar el tractament per l'AR amb metotrexat (Metoject 20 mg/0,40 ml solució injectable) i es va iniciar tractament amb leflunomida 20 mg/dia.

Posteriorment, es va canviar a Rituximab ev c/6 mesos i després a Abatacept sc + salazopirina 1g/dia. Abatacept i rituximab són 2 fàrmacs biològics aprovats per utilitzar-los en pacients amb artritis reumatoide amb resposta inadequada o intolerància a altres fàrmacs antireumàtics modificadors de la malaltia, inclosos un o més tractaments amb inhibidors del factor de necrosi tumoral. Es tracta de molècules diferents (abatacept és una molècula de fusió i rituximab és un anticòs monoclonal), amb mecanismes d'acció i

pautes d'administració diferents. Tots dos tractaments han demostrat la seva eficàcia clínica, la detenció del dany estructural i la seguretat a mitjà termini en estudis aleatoritzats i doble cec.

La pacient va millorar clínicament i es va aconseguir estabilitzar. Així i tot, les proves funcionals encara mostraven un patró restrictiu amb disminució de la difusió del CO₂, a més a més d'una afectació intersticial en plaques de tòrax i engruïments de septes per bronquiectasi a tracció, amb patró de panell d'abella a les bases pulmonars en TC.

Finalment, es va pautar Baricitinib que està indicat per al tractament de l'artritis reumatoide activa de moderada a greu a pacients adults amb resposta inadequada o intolerància a un o més fàrmacs antireumàtics modificadors de la malaltia. Baricitinib es pot utilitzar en monoteràpia o en combinació amb metotrexat.

DISCUSSIÓ

Les malalties intersticials difuses són un grup de malalties que presenten una alteració del parènquima pulmonar. La més freqüent d'aquest grup és la fibrosi pulmonar idiopàtica, que suposa el 40% dels casos, amb una prevalença de 4-6 de casos/100.000 habitants. La incidència més gran la trobem en homes d'entre 50 i 75 anys [2]. Les malalties intersticials es poden classificar en 3 grups: les pneumònies intersticials idiopàtiques, les de causa coneguda o associades a entitats ben establertes (com en aquest cas, associada a artritis reumatoide), i les primàries [2].

El desenvolupament de l'afectació pulmonar en l'artritis reumatoide s'associa a activitat moderada/alta sostinguda de la malaltia. Està demostrat que un bon control de la malaltia reumàtica millora el pronòstic de la patologia pulmonar [1].

Els principals factors predictius de progressió funcional de la malaltia pulmonar intersticial difusa identificats són el patró radiològic de pneumònia intersticial usual, els títols elevats d'anticossos antipeptid cíclic citrul·linat, el grau de deteriorament basal de la difusió pulmonar de monòxid de carboni (DLCO), un descens major o igual a 10% en la capacitat vital forçada, l'afectació pulmonar extensa a la tomografia computada toràcica d'alta resolució, i els nivells sèrics elevats d'IL-6 i de la glucoproteïna Krebs von den Lungen-6 (KL-6) [4].

El metotrexat és l'agent de primera línia més comunament utilitzat per tractar l'AR que preveu la destrucció articular. L'any 1983 es va informar per primera vegada d'una possible relació entre aquest medicament i la malaltia pulmonar; des de llavors, s'han notificat nombrosos casos addicionals [5].

Estudis recents, però, han suggerit que l'associació és molt menys comú del que es pensava. En particular, des del 2001 no s'ha notificat cap cas i una metaanàlisi d'assaigs clínics a doble cec en pacients amb AR tractats amb metotrexat va trobar un risc més alt de malaltia pulmonar infecciosa, però no de "no- infecciosa" associada a l'ús de metotrexat [6,7], afegint més dubtes so-

bre les nocions que es tenien dels efectes pulmonars del fàrmac. Tot i això, a causa de la potencial toxicitat pulmonar associada a l'ús de metotrexat, poques vegades s'utilitza com a agent per al tractament de la pneumònia intersticial difusa associada a artritis reumatoide [4,6].

CONCLUSIONS

El tractament de la pneumònia intersticial difusa associada a artritis reumatoide constitueix actualment un desafiament clínic, especialment en pacients amb malaltia progressiva.

En aquests casos, un bon control de l'activitat inflamatòria sistèmica, que podria actuar com a desencadenant del dany pulmonar, així com una inhibició del procés fibrogènic en l'àmbit pulmonar constitueixen avui dia les estratègies més prometedores.

No sembla necessari retirar el metotrexat, ja que hi ha evidència que no augmenta la incidència ni les exacerbacions de la malaltia pulmonar i millora la supervivència.

Les línies futures de recerca podrien centrarse en la combinació de teràpies antifibròtiques i immunosuppressores.

BIBLIOGRAFIA

1. Rojas-Serrano J, Mejía M, Gaxiola M. Enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide. *Rev Invest Clin.* 2012; 64(6):558-66.
2. Bradley B, Branley HM, Egan JJ, et al. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. *Thorax.* 2008 Sep;63 Suppl 5:v1-58
3. Medicina y Salud Pública. 2022. La neumonía intersticial usual en artritis reumatoide se asocia a mayor mortalidad [Internet]. Ponce (Puerto Rico): Medicina y Salud Pública; 24 julio 2021. [Consultada 17 Maig 2022]. Disponible a: <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/reumatologia/la-neumonia-intersticial-usual-en-artritis-reumatoide-se-asocia-a-mayor-mortalidad/10428>
4. Robles Pérez A, Molina Molina M, Narváez J. Tratamiento actual de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide. *Open Resp Arch.* 2021;3(2)100106. Disponible a: <https://www.elsevier.es/en-revista-open-respiratory-archives-11-pdf-S2659663621000254>
5. Igualada Quintanilla J, Romero Candel G, Tejada Cifuentes F. Metotrexato: toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. *Rev Clín Med Familia.* 2016; 9(3):159-66.
6. Carrasco Cubero C, Chamizo Carmona E, Vela Casasempere P. Revisión sistemática sobre el impacto de los fármacos en la enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a Artritis Reumatoide. *Reumatol Clin.* 2021; 17(9):504-13.
7. Dawson JK, Quah E, Earnshaw B, et al. Does methotrexate cause progressive fibrotic interstitial lung disease? A systematic review. *Rheumatol Int.* 2021; 41:1055-64.

Cáncer de pulmón no microcítico silente

Càncer de pulmó no microcític silent

Silent microcytic lung carcinoma

Klára Vyhnánková

Servicio de Neumología, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Este artículo describe el caso de una paciente de 57 años que acudió a Urgencias por dolor costal y dolor en hombro derecho y escápula de 4 meses de evolución, cuya intensidad no remitía, pero que finalmente fue diagnosticada con un cáncer de pulmón primario con metástasis. La paciente había sido diagnosticada de dolor osteomuscular que empeoró progresivamente durante unos meses y no mejoró con el tratamiento estándar habitual proporcionado por su médico de cabecera. Ello nos indica que el camino hacia el diagnóstico diferencial es a menudo difícil y que los profesionales deben ser conscientes del variado espectro de posibles condiciones que se esconden tras los síntomas inespecíficos del cáncer de pulmón para evitar retrasos en el diagnóstico.

RESUM

Aquest article descriu el cas d'una pacient de 57 anys que va acudir a Urgències per dolor costal i dolor a l'espatlla dreta i escàpula de 4 mesos d'evolució, que no remetia en intensitat, però que finalment va ser diagnosticada amb un càncer de pulmó primari amb metàstasi. La pacient havia estat diagnosticada de dolor osteomuscular que va empitjorar progressivament durant uns mesos i no va millorar amb el tractament estàndard habitual proporcionat pel seu metge de capçalera. Això indica que el camí cap al diagnòstic diferencial és sovint difícil i que els professionals han de ser conscients del variat espectre de possibles condicions que s'amaguen darrere

Palabras clave: Dolor de hombro; Errores diagnósticos; Neoplasias pulmonares/ diagnóstico.
Paraules clau: Dolor d'espatlla; Errors diagnòstics; Neoplàsies pulmonars/ diagnòstic.
Keywords: Diagnostic errors; Lung Neoplasms/ diagnosis; Shoulder pain.
Recibido: 27-Mayo-2019.
Aceptado: 3-Junio-2021.
Correspondencia: klara.vyhnankova@gmail.com
 Vyhnánková K. Cáncer de pulmón no microcítico silente. *Ann Sagrat Cor.* 2022; 29(3): 145-148.

dels símptomes inespecífics del càncer de pulmó per tal d'evitar retards en el diagnòstic.

ABSTRACT

This article describes the case of a 57-year-old woman who presented to the Emergency Department with costal pain and pain in the right shoulder and scapula of 4 months' duration, whose intensity did not subside, and who was finally diagnosed with primary lung cancer with metastasis. The patient had been diagnosed with musculoskeletal pain that progressively worsened over a few months and did not improve with the usual standard treatment provided by her primary care physician. This indicates that the path to differential diagnosis is often difficult and that professionals must be aware of the broad spectrum of possible conditions that lie behind the nonspecific symptoms of lung cancer in order to avoid dangerous delays in diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es el más frecuente en todo el mundo y sigue siendo el responsable del mayor número de muertes por cáncer, según la Organización Mundial de la Salud, doblando en número a los dos siguientes cánceres más importantes, el de hígado y el de tracto gastrointestinal inferior [1].

Aproximadamente el 95% de todos los cánceres de pulmón se clasifican como carcinoma de pulmón de células pequeñas (CPCP) o carcinoma de pulmón de células no pequeñas (CPCNP). Esta distinción es esencial para la estadificación

del tratamiento y el pronóstico. El riesgo principal para el desarrollo de cáncer de pulmón es el tabaquismo, que se estima que representa aproximadamente el 90% de todos los cánceres de pulmón [2].

El CP suele ser clínicamente silente durante la mayor parte de su curso. La mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón se presentan para una evaluación diagnóstica debido a síntomas sospechosos o a un hallazgo incidental en las imágenes del tórax. El objetivo de la evaluación inicial es obtener suficiente información clínica y radiológica para orientar el diagnóstico de la biopsia tisular, la estadificación y el tratamiento.

El cáncer de pulmón puede presentarse con síntomas que no apuntan directamente a un cáncer de pulmón y que pueden retrasar el diagnóstico correcto. Los síntomas más frecuentes en los tumores primarios son tos persistente, hemoptisis, disnea, dolor en el pecho, ronquera, pérdida de peso, dolor de huesos y dolores de cabeza [2].

Se presenta el caso de una paciente que acude a Urgencias, diagnosticada de dolor osteomuscular, por aumento de intensidad de dolor en hombro derecho y escápula, refractario al tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 57 años que acude a urgencias refiriendo dolor costal, dolor en hombro derecho y escápula, de 4 meses de evolución. En tratamiento por dolor osteomuscular, refiere que la intensidad del dolor no remite. También refiere odinofagia y empeoramiento de tos. En los últimos meses, ha perdido 10 kg.

Anamnesis

Antecedentes

Fumadora activa (20 cigarrillos al día), sin alergias conocidas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve y asma bronquial sin tratamiento. Diagnosticada de trastorno de ansiedad-depresión con ataques de pánico, en tratamiento farmacológico.

Medicación actual: Omeprazol 20 mg; Parche de Nicotinell 21 mg; Gabapentina 300 mg; diazepam 10 mg.

Exploración física

- Las constantes vitales normales, resaltando frecuencia cardíaca de 110 lpm y frecuencia respiratoria = 22.
- La paciente estaba consciente, orientada y colaboradora. Se presenta con astenia, anorexia y está bien hidratada. Ansiosa.
- La respiración era respiración regular, sin sibilancias ni crepitaciones. Presentaba un abdomen blando e indoloro, sin masas palpables y sin visceromegalia.
- La exploración muscular resultó dolorosa en la zona del trapecio y columna dorsal.

Pruebas complementarias

Análisis de sangre : la muestra no mostró anomalías significativas más allá de PCR ligeramente elevado (1,2 mh/dL).

Rx de tórax: evidenció una masa en el lóbulo superior derecho. El resto no presentó condensaciones significativas, hilio pulmonar normal de ambos lados, ángulos costodiafrágicos libres

e índice cardiotorácico normal (Figura 1). Al comparar la imagen con una Rx de hacía aproximadamente 1 año, se constató que la masa hallada en lóbulo superior derecho era un hallazgo nuevo.



Figura 1. Rx torácica.

Tomografía computarizada (CT) de tórax: presencia de una masa sólida en el lóbulo superior derecho de 6x6 cm de largo, en contacto con pleura parietal y visceral. La masa también rodeaba los bronquios comprimiéndolos e infiltrando la segunda costilla. Además, la TC mostró adenopatías pretraqueales e hiliares y nódulos subpleurales en el lóbulo inferior derecho que probablemente corresponden a M1. En el segmento VII del hígado se vio un nódulo que probablemente corresponde a un hemangioma. Las glándulas suprarrenales no mostraron patología. (Figura 2).

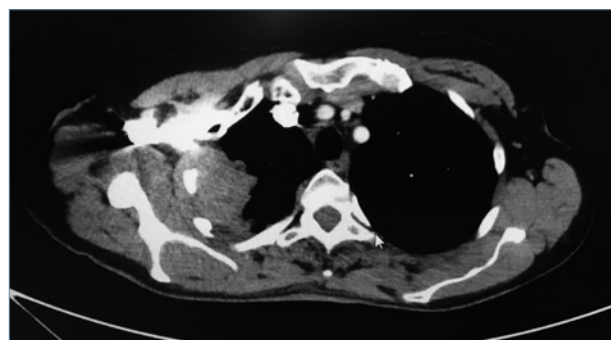


Figura 2. TC torácica

Tomografía por emisión de positrones (PET/TC): confirmó una masa en el lóbulo superior derecho con linfadenopatía pretraqueal e hilar, implantación pleural con infiltración de la 2ª y 6ª costilla (probablemente M1). Además, mostró implantación peritoneal posterior derecha e implantación de la zona paravertebral derecha. El nódulo en el segmento VII del hígado, que se pensó que era un hemangioma, según los hallazgos de la TC fue evaluado como una metástasis basándonos en la PET-TC. Se encontró otra metástasis en el isquion derecho (Figura 3).

Biopsia de pulmón: Se realizó bajo control de TC. La patología mostró un cáncer de pulmón no microcítico (CPNM): carcinoma neuroendocrino de células grandes.

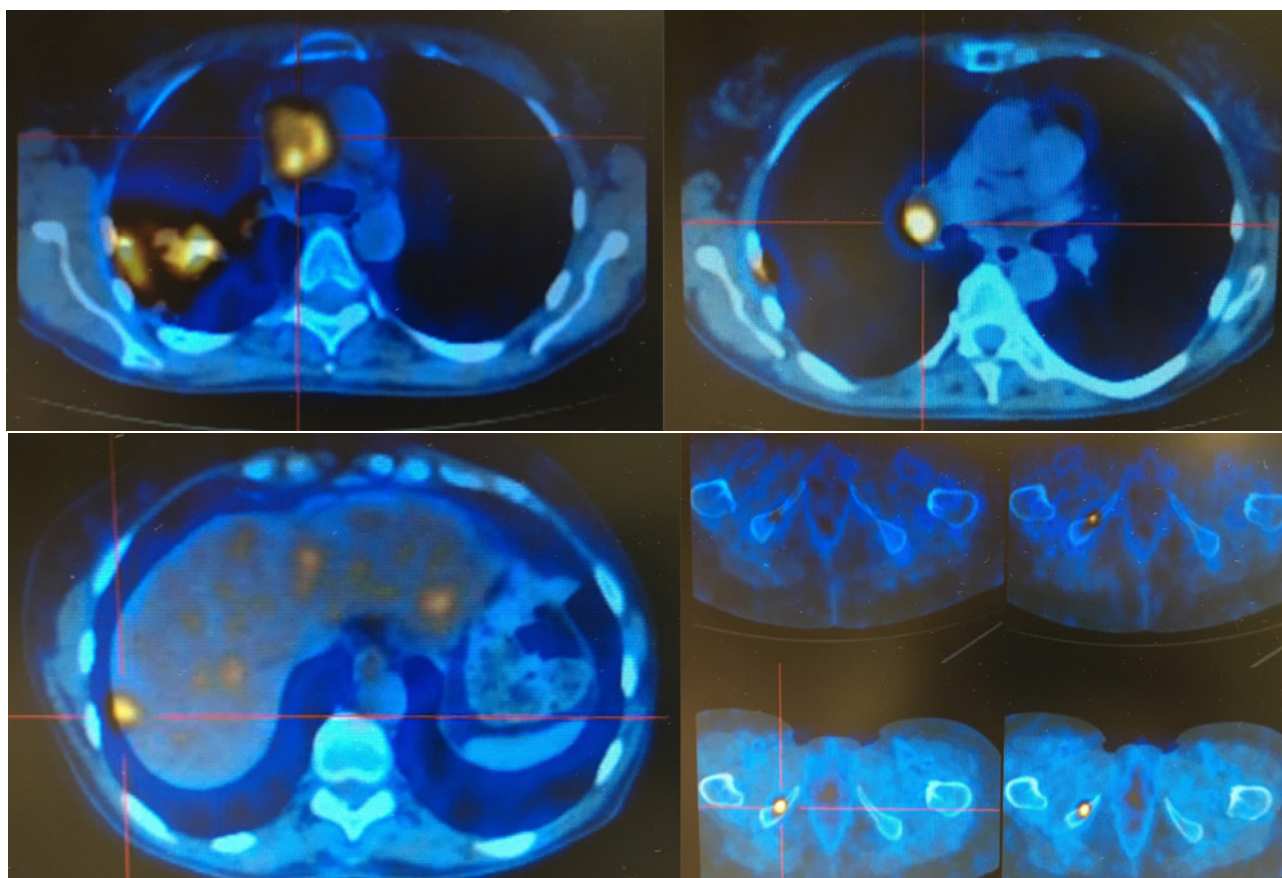


Figura 3. PET/TC.

Diagnóstico final

Cáncer de pulmón no microcítico: carcinoma neuroendocrino de células grandes, estadio IV.

Diagnóstico diferencial

- Tumor de Pancoast: puede presentarse con dolor en el hombro y puede asociarse al síndrome de Horner o a complicaciones neurológicas que afectan a la extremidad superior. Se localiza en el surco pleuropulmonar apical, adyacente a los vasos subclavios [2], aunque la posición del tumor en este caso es inferior a la del tumor de Pancoast.
- Metástasis: antes de proceder a la biopsia del tejido pulmonar sospechoso, es importante considerar que puede tratarse de una metástasis de otro tumor. Las metástasis de cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, cáncer de vejiga o melanoma pueden encontrarse a menudo en los pulmones.
- Granuloma tuberculoso: aunque los hallazgos radiográficos de la granulomatosis broncocéntrica varían, los nódulos pulmonares únicos o múltiples y la consolidación unilateral con predominio en el lóbulo superior son relativamente comunes [5], y ante una lesión en el lóbulo superior siempre debe valorarse la tuberculosis. La biopsia pulmonar nos ayuda a confirmar o descartar este diagnóstico.

Tratamiento y evolución

La paciente fue ingresada para estudio y tratamiento del dolor. Se le realizó un bloqueo intercostal D9-11 con ropivacaína y dexametasona que consiguió controlar el dolor. Tres semanas después fue reingresada para administrarle radioterapia paliativa.

La paciente fue sometida a una radioterapia paliativa seguida de cisplatino y carboplatino (3 ciclos), tras la cual se procedería a reevaluar la respuesta al tratamiento.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de carcinoma neuroendocrino de células grandes, subtipo de carcinoma de pulmón de células no pequeñas. El carcinoma neuroendocrino de células grandes tiene una arquitectura que sugiere diferenciación neuroendocrina (demostrada por inmunorreactividad para cromogranina y sinaptofisina). Estos tumores son generalmente de alto grado, se localizan con mayor frecuencia en el pulmón periférico y se asocian con un curso clínico agresivo [2]. La incidencia del carcinoma neuroendocrino de células grandes parece estar entre el 2,1% y el 3,5% y la tasa de supervivencia a 5 años es del 35,3% [3].

El síntoma principal que llevó a la paciente a urgencias fue un dolor en el hombro, escápula y dolor costal. Estos síntomas, relativamente vagos

e inespecíficos, pueden conducir fácilmente a un diagnóstico incorrecto y descartarse rápidamente como un dolor ósteomuscular, tal como fue el caso. Si se hubiera solicitado una Rx de hombro, en principio, no nos mostraría la imagen completa del pulmón afectado.

El cáncer de pulmón se sospecha tras la aparición de una imagen radiológica compatible en un paciente habitualmente sintomático. El método para obtener una confirmación citohistológica depende del tamaño y localización de la lesión pulmonar, de la sospecha de probables metástasis extratorácicas y de la actitud terapéutica prevista. El esquema diagnóstico debe perseguir el uso del procedimiento más rentable para el diagnóstico y estadificación, así como evitar pruebas molestas, potencialmente lesivas o innecesarias.

La tomografía por emisión de positrones (PET) es capaz de detectar una alta tasa metabólica tisular. La sensibilidad y especificidad de la PET en la caracterización de una lesión pulmonar como maligna es del 97 y 78%, respectivamente.

Ahora bien, el diagnóstico erróneo también puede deberse a un error de interpretación de las imágenes radiológicas. Aproximadamente el 90% de los casos de cáncer de pulmón que no se detectan ocurren en la radiografía de tórax y con frecuencia se relacionan con errores del observador (error de escaneo, reconocimiento y toma de decisiones), características específicas de la lesión no detectada (tamaño, ubicación) o imprecisiones técnicas [6]. Si bien no se pueden mejorar los errores técnicos, existen ciertos pasos que los médicos pueden seguir para minimizar los errores de lectura de Rx tanto como sea posible [6].

El diagnóstico precoz del cáncer de pulmón es fundamental para mejorar la supervivencia. Los pacientes con CPCNP en un estadio operable tienen tasas de supervivencia más altas que los que presentan enfermedad metastásica, con una supervivencia a 5 años del 71% -77% para el estadio IA y del 58% para el IB [6].

CONCLUSIÓN

El cáncer de pulmón puede presentarse con diversos síntomas, como tos prolongada, hemoptisis, dolor en el pecho, dificultad para respirar o pérdida de peso, que en ocasiones pueden resultar bastante vagos. Es fundamental que cuando los síntomas apuntan a una posible lesión pulmonar, siempre se considere la obtención de imágenes radiográficas de los pulmones, ya que el diagnóstico precoz mejora significativamente la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [Acceso 12 septiembre 2018] Disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer .
2. Thomas KW, Gould MK, Naeger D. Overview of the initial evaluation, diagnosis, and staging of patients with suspected lung cancer. UptoDate. Alphen aan den Rijn: Wolter Kluwers; 2022. [Acceso 26 Mayo 2019] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-evaluation-diagnosis-and-staging-of-patients-with-suspected-lung-cancer>
3. Fasano M, Della Corte CM, Papaccio F, et al . Pulmonary Large-Cell Neuroendocrine Carcinoma: From Epidemiology to Therapy. J Thorac Oncol. 2015;10(8):1133-41.
4. Detterbeck FC. The eighth edition TNM stage classification for lung cancer: What does it mean on main street? J Thorac Cardiovasc Surg. 2018;155(1):356-9.
5. Ohshimo S, Guzman J, Costabel U, et al. Differential diagnosis of granulomatous lung disease: clues and pitfalls: Number 4 in the Series „Pathology for the clinician“ Edited by Peter Dorfmueller and Alberto Cavazza. Eur Respir Rev. 2017; 26(145):170012.
6. Del Ciello A, Franchi P, Contegiacomo A, et al. Missed lung cancer: when, where, and why? Diagn Interv Radiol. 2017; 23(2):118-26.

El HUSC recibe el premio a la Mejor Política de RSC de New Medical Economics 2022



El Hospital Universitari Sagrat Cor ha sido distinguido con el premio a la Mejor política de RSC en los premios *New Medical Economics* 2022.

New Medical Economics es una publicación en edición digital especializada en gestión sanitaria y experiencia del paciente.

El Sagrat Cor, a través de Responsabilidad Corporativa del Hospital, ha trabajado en 4 líneas: medioambiente, paciente y familia, apertura al barrio y nuestros profesionales.

Estudios de medicina en Ecuador: preparación intrahospitalaria e internado rotativo

Estudis de medicina a Equador: preparació intrahospitalària i internat rotatori

Medical career in Ecuador: in-hospital training and rotating internship

Shaileen Zambrano Cevallos, Patricia Clavijo Cedeño

Facultad de Medicina. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador

RESUMEN

La medicina es la ciencia y arte que se encarga de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad. Si bien el aprendizaje y los métodos de enseñanza varían en distintas partes del mundo, la finalidad de su estudio debe ser "Ser útil o al menos no perjudicar", tal y como estableció Hipócrates.

En este artículo se describen las particularidades de los estudios de medicina en Ecuador, y también se detallan algunas particularidades que la reciente pandemia obligó a implementar.

RESUM

La medicina és la ciència i l'art que s'encarrega de prevenir, cuidar i assistir en la curació de la malaltia. Si bé l'aprenentatge i els mètodes d'ensenyament varien en diferents parts del món, la finalitat del seu estudi ha de ser "ser útil o almenys no perjudicar", tal com va establir Hipòcrates.

En aquest article es descriuen les particularitats dels estudis de medicina a l'Equador, i també es detallen algunes particularitats que la pandèmia recent va obligar a implementar.

Palabras clave: Ecuador; Estudiantes de medicina; Enseñanza.

Paraules clau: Equador; Estudiants de medicina; Ensenyament.

Keywords: Ecuador; Students, Medical; Teaching.

Recibido: 28-septiembre-2022

Aceptado: 13-octubre-2022

Correspondencia: Shaileen-02@outlook.com
Zambrano Cevallos S, Clavijo Cedeño P. *Estudios de medicina en Ecuador: preparación intrahospitalaria e internado rotativo. Ann Sagrat Cor. 2022; 29(3): 149-151.*

ABSTRACT

Medicine is the science and art that is responsible for preventing, caring for and assisting in the cure of disease. Although learning and teaching methods vary in different parts of the world, the purpose of their study should be "To be useful or at least not to harm", as established by Hippocrates.

This article describes the particularities of medical studies in Ecuador, and also details some particularities that the recent pandemic forced to implement.

INTRODUCCIÓN

La medicina es la ciencia y arte que se encarga de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad. Si bien el aprendizaje de esta ciencia, así como sus métodos de enseñanza, varían en distintas partes del mundo, la finalidad de su estudio es global e igual para todos quienes desean practicarla, pues según Hipócrates se deben tener presentes dos cosas, en cuanto a las enfermedades: "Ser útil o al menos no perjudicar". En tiempos de pandemia, muchos procesos académicos se vieron afectados alrededor del mundo, especialmente aquellos relacionados a la medici-

na, pues en un entorno en el que la salud se veía amenazada para todos, muchos estudiantes no dejaron de aprender y de ayudar a la comunidad [1].

El médico es, según Homero, "Un hombre que vale por muchos", y como esta, son muchas las denominaciones que atraen cada año a más jóvenes a alcanzar esta noble profesión. La pregunta que con más frecuencia se le realiza a una persona que va a comenzar la carrera de medicina es "¿Por qué eliges esta carrera?" y, si bien las respuestas son variadas, una mejor pregunta sería "¿En qué te gustaría trabajar en un futuro?". Porque entonces resultaría gratificante pensar y

saber que ayudar a una persona a sentirse mejor día a día sea considerado un trabajo.

La conservación de la salud y la reparación de daños en la misma ha sido objeto de estudio para los seres humanos desde tiempos antiguos, siendo su evolución cada vez más técnica, científica y especializada. En el Ecuador, el desarrollo de la medicina académica fue muy lento durante sus primeros años de vida republicana, pues tras su reciente liberación del dominio de la Corona Española, la guerra, el hambre y las enfermedades imposibilitaban dar grandes pasos científicos, tanto prácticos como teóricos, en contraste con muchos países europeos, en los que las concepciones médicas y sus sistemas de atención ya estaban impregnados por el romanticismo y la ilustración. Sin embargo, tras más de una década, comienza una gran época de organización y progreso de la medicina en la ciudad de Guayaquil, al fundarse la Sociedad Médica del Guayas, la cual originaría en un futuro a la Facultad Médica del mismo nombre [2].

Al cursar el último ciclo universitario de la carrera de medicina, y a punto de comenzar una nueva etapa profesional, es de nuestro agrado compartir con el lector nuestra experiencia como estudiantes de medicina en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, así como las peculiaridades en que nuestro método local de enseñanza difiere del de otros países europeos.

CARRERA DE MEDICINA EN ECUADOR

En el Ecuador, la carrera de medicina consta de un total de 6 años de estudio, divididos en 10 ciclos semestrales, los cuales a su vez se subdividen en 2 parciales, y un año de internado rotativo.

En el primer año de la carrera, se enfatizan las materias básicas de la medicina como anatomía, histología, biología, entre otras, para lo cual nuestra institución contaba con aulas de morfología y microscopía en las que destacaban las prácticas experimentales, permitiendo despertar el interés de los nuevos estudiantes hacia las ciencias médicas y sus bases esenciales. Durante el segundo año, se hace un especial enfoque en materias como fisiología y farmacología, cuyos conocimientos facilitarían el aprendizaje y experiencia práctica de materias de especialización como cardiología, neumología, inmunología, entre otras, que serían dictadas a partir del tercer año académico. Además, se llevan a cabo clases teóricas, en el campus universitario, y prácticas en diversos hospitales. Materias como semiología y medicina interna permiten a los estudiantes rotar con el docente médico por distintas áreas del centro de salud según indique el syllabus, durante hasta 10 horas por semana, tiempo en el que se le permite a los futuros médicos familiarizarse con los pacientes y los procesos hospitalarios que conllevan, lo cual resulta muy motivador.

Este régimen continúa hasta llegar al décimo ciclo. Sin embargo, debido a la pandemia, las clases prácticas debieron ser revisadas en moda-



lidad virtual, sobre todo durante el primer año, pues al siguiente, se les brindó a los estudiantes la posibilidad de continuar con prácticas hospitalarias tomando todas las medidas de bioseguridad.

Tras completar 5 años de estudio, y aprobar todas las materias de especialización, el sexto y último año de educación profesional se realiza con un internado rotativo. Este programa se trata de un escenario hospitalario donde se consolidan las competencias de médico general bajo la supervisión de un médico residente o tratante y se divide en 5 rotaciones: pediatría, medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia y medicina comunitaria.

Los estudiantes de pregrado realizan el internado rotativo, cuando corresponda, con guardias de 24 horas cada cuarto día y participan al día siguiente en la entrega de la guardia y en la visita médica. El estudiante debe tener como mínimo un día completo a la semana, como tiempo obligatorio de descanso. Además, en los turnos de 24 horas, luego de 16 horas de labor asistencial continua, los estudiantes deben tener como mínimo un período de descanso de una hora, especialmente entre las 10 pm y 8 am. En los horarios nocturnos a partir de las 00h00, el horario puede dividirse en períodos cortos de descanso de hasta 3 horas. Además, si bien el interno no pierde su condición de estudiante durante la realización del internado rotativo, este goza de un reconocimiento económico mensual por sus actividades asistenciales, el cual es de \$591,60 aproximadamente.

En este año netamente hospitalario, los internos asisten a tutorías impartidas en su programa, pueden participar en la consulta externa, en actividades docentes e investigativas, elaborar historias clínicas, recetas, órdenes de exámenes, pueden formar parte del equipo de salud de la institución y realizar procedimientos médicos quirúrgicos, pero siempre debidamente autorizados y supervisados.

El internado rotativo les permite a los estudiantes profundizar y aplicar sus conocimientos y habilidades previamente adquiridos durante sus niveles de formación profesional, y los ser-



vicios prestados son a su vez de gran impacto en la atención hospitalaria nacional. Incluso durante la pandemia, los centros de salud siguieron aceptando internos, precautelando su salud al no asignarlos a áreas críticas relacionada con COVID-19.

Una vez terminado el año de internado, se realiza una tesis de grado y se rinde un examen nacional, denominado por sus siglas (CACES) Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, y al aprobarlo, se recibe el título de médico general. Posterior a la obtención del título, se debe completar un año de práctica de medicina comunitaria para obtener un certificado médico y su respectiva licencia del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) [3].

Finalmente, el profesional puede efectuar un periodo de residencia o bien especializarse.



CONCLUSIÓN

Sin importar las variaciones de estudio que existan alrededor del mundo, todos quienes llegan a practicar la medicina están unidos por el mismo deseo de ayudar y prosperar. Porque lo maravilloso de medicina es que al final logramos entender el cuerpo humano, lo cual es algo sorprendente que incluso pone en nuestras manos la vida de muchas personas, por lo que se debe ser consciente de que estudiar esta profesión es una responsabilidad muy grande.

En la carrera de medicina se conocen compañeros que se convierten en familia luego de compartir tantos años de estudio, pues la estrategia grupal es muy útil para aprender, perseverar y enriquecerse de varios puntos de vista, sobre todo en esta ciencia tan vasta cuya base son la colaboración social y los lazos humanos. El camino de la medicina está lleno de sacrificios y adversidades, pero también de risas y aventuras. Es una carrera que, si se recorre con amor, se disfruta, y refleja que todo el tiempo invertido vale la pena cuando las retribuciones llegan a manera de un cálido "Gracias".

Como mensaje final, sobre todo para aquellos que se encuentran en esta travesía estudiantil, queremos recordarles lo que una vez nos dijeron en nuestro primer día de clases: "Medicina no es una carrera de competencia, sino de resistencia, y hay que seguirla a nuestro propio ritmo". Debemos estar seguros de nosotros mismos y estudiar para la vida, no únicamente para rendir un examen, y aprovechar cada día, pues no sabemos cuándo llegue una pandemia que nos quite la oportunidad de aprender desde las aulas y hospitales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. León Barua R, Berendson Seminario R. Medicina teórica: Definición de la medicina y su relación con la biología. Rev Med Hered [Internet]. 1996 Ene [citado 2022 Nov 04]; 7(1): 01-03. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000100001&lng=es
2. Estrella E. La Medicina en los primeros años de la República del Ecuador: 1830-1835. Rev Fac Cien Med (Quito) [Internet]. 24 de junio de 2017 [citado 4 de noviembre de 2022];6(2):129-44. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/470
3. Acuerdo Ministerial 5286 de 2019. [Ministerio de salud pública] Norma técnica del internado rotativo en establecimientos de salud. 5 de septiembre del 2019.

La ciència no es llença

Jordi Delás

Editor en cap



L'Hospital és l'entorn on es posen en contacte professionals sanitaris i pacients. Però és, alhora, un àmbit de talent que es manifesta en cada matèria que estudien i experimenten els professionals. Tota aquesta producció científica resta, sovint, en uns apunts en un bloc de notes o l'escriptori de l'ordinador, que no arriba ni a la resta de companys de l'Hospital.

La proposta és NO LLENCEM LA CIÈNCIA. Posem-ho a l'abast del nostre Hospital i, si creiem que pot tenir un impacte més ampli, a l'abast dels participants d'un Congrés o mitjançant les comunicacions biomèdiques.

Són nombroses les comunicacions que tenen lloc setmanalment a l'Hospital a diverses sessions en els diferents serveis. El format de sessió presencial segueix sent important, però un cop acabada la sessió la ciència no s'ha de llençar... On reciclar-la?

Des d'Annals del Sagrat Cor proposem rebre tota la producció científica i contribuir a seleccionar el que pot ser de consum del propi Hospital i el que pot ser per la comunitat científica. Habitualment la sessió es realitza en format de presentació Power Point i no s'acostuma a passar-la a "redacció", que es pot llegir i entendre fora del context oral de la presentació.

Primer de tot voldríem encoratjar la "redacció" d'aquests continguts per tal de donar-los continuïtat i rellevància.

Un altre proposta pels autors seria utilitzar la pàgina de notes. El comentari escrit, el context que es comenta durant la presentació i que restarà per a una major vida de la presentació. El recull d'aquestes notes podria constituir un text assequible a la lectura.

ALTRES OPCIONS. ANNALS DEL SAGRAT COR I LOW THRESHOLD JOURNAL

El 1993 apareix Annals del Sagrat Cor <https://annalsdelsagratcor.org/annals.html> per a potenciar i divulgar els treballs científics des de l'Hospital Sagrat Cor i altres investigadors i equips que volen publicar amb nosaltres.

És també una bona oportunitat per a primeres publicacions d'estudiants i joves postgraduats que reben assessorament des de la mateixa publicació.

És de les poques publicacions pròpies d'un Hospital, i també és una de les poques publicacions mèdiques que es redacten majoritàriament en català, juntament amb castellà i anglès.

Al 2014 sorgeix la segona publicació Low Threshold Journal <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> amb la voluntat de cobrir el buit en comunicació de l'atenció sanitària i social en zones urbanes socialment deprimides. Per a major difusió, és una publicació en anglès, català i castellà.

És probable que moltes de les publicacions derivades de les presentacions de les sessions setmanals puguin acabar a la disposició de la resta de professionals de l'Hospital en aquestes publicacions o en algun arxiu fàcilment accessible.

CARTES AL DIRECTOR

Des de 2020 demanem als estudiants de 6è que facin un article durant la seva estada clínica. Habitualment, es tracta d'una Carta al Director, en resposta a un article publicat recentment, i que permet confrontar els estudiants amb la lectura crítica d'un article, la redacció mèdica i l'aprenentatge pràctic de la tramesa a una revista biomèdica d'un manuscrit.

De gener de 2020 a gener de 2022 els estudiants han redactat i tramés 15 Cartes al Director, 10 de les quals han estat acceptades, el que suposa un percentatge del 66,6% d'acceptació:

- Sis cartes han estat publicades a Atención Primaria
- Tres cartes a Emergencias, (Q1, IF 5,345).

La filiació dels autors es la del Servei on realitzen la seva estada clínica i la del nostre Hospital.

I Jornada de Investigación

Hospital Universitari Sagrat Cor

10 de noviembre de 2022

Comisión de Investigación del Hospital Universitari Sagrat Cor

El pasado 10 de noviembre tuvo lugar la I Jornada de Investigación del Hospital Universitari Sagrat Cor, organizada por la Comisión de Investigación del HUSC.

La Sra. Anna Cruz, Gerente del Hospital inauguró la Jornada, remarcando la necesidad de la investigación para los actuales y futuros profesionales sanitarios ante la complejidad creciente de la medicina y el desafío de los avances diagnósticos y terapéuticos de las ciencias de la salud.

Por ello, remarcó la Sra. Cruz, se debe fomentar la investigación de las respectivas áreas clínicas, como forma de generar conocimiento que necesita del método científico para ser válido, superando los peligros de la manipulación y la desinformación. A continuación intervino telemáticamente la Dra. Rocío Díaz, directo-



ra del IQS, que reafirmó el compromiso de Quirónsalud con la investigación clínica.

A continuación tuvieron lugar diferentes talleres formativos,

- Herramientas de búsqueda bibliográfica. Biblioteca: 10:00, 10:45 y 11:30. M^a José Sánchez.
- Perfil investigador. Sala Dr. Cardenal: 10:00, 10:45 y 11:30. M^a Mar Martí.
- Tipos de estudios científicos. Sala Marques de Alfarrás: 10:00, 10:45 y 11:30. Dr. Eduardo González.

A las 12:00 tuvo lugar la Conferencia Magistral por el Dr. Francisco Etxeberria Gabilondo, antropólogo forense, "La búsqueda de la verdad en la investigación forense".

Francisco Etxeberria Gabilondo (Beasain, Gipuzkoa, 1957). Doctor en Medicina por la Universidad del País Vasco (1991). Médico Especialista en Medicina Legal y Forense. Especialista en Antropología y biología forense por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Derecho Médico Universidad Complutense de Madrid.

Es profesor titular de Medicina legal y forense en la Universidad del País Vasco, Presidente del Departamento de Antropología física de la Sociedad de Ciencias Aranzadi, de la cual fue presidente, Presidente de la sección de Medicina legal y forense de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y profesor del Instituto Vasco de Criminología, en donde ha sido secretario y subdirector. En 2020, fue nombrado asesor del Gobierno de la Nación en materia de memoria histórica.

Encabezó el equipo de voluntarios que en el año 2000 realizó la primera exhumación científica de España en Priaranza del Bierzo (León), lo que daría origen a la Asociación para la Memoria Histórica. Asimismo, es miembro de la comisión de expertos de la Comisión de Derechos Humanos del Gobierno de Chile para la investigación de los desaparecidos durante la dictadura. Ha actuado como perito independiente en múltiples casos comprometidos (como el caso Lasa y Zabala o el caso Bretón) y en investigaciones como el asesinato de Víctor Jara, el suicidio de Salvador Allende o la muerte de Pablo Neruda, así como en la búsqueda e identificación de personajes históricos como el último rey de Granada, Boabdil el Chico, en Marruecos, y coordinado la segunda fase de los trabajos de búsqueda de los restos de Cervantes en el convento de las Trinitarias del madrileño barrio de Las Letras.

Premio Derechos Humanos de la Diputación Foral de Gipuzkoa (2006) y René Cassin del Gobierno Vasco (2007). Premio Eusko Ikaskuntza-Laboral Kutxa de Humanidades, Cultura, Artes y Ciencias Sociales (2013).



Tras la Conferencia Magistral, se desarrollaron las siguientes Mesas Redondas:

- “La aventura de presentar en un Congreso”. Moderada por la Dra. Mercedes Ibarz y que contó con la participación de la Dra. Laura Teixidó, el Dr. Jordi Delás y el Dr. Xavier Beltrán.
- “El camino de publicar en una revista científica”, que fue moderada por el Dr. Albert Isidro y en la que la Dra. Gemma Melé fue la ponente invitada.

A continuación, el Dr. Josep Maria Català presentó la bibliografía del Dr. Salvador Cardenal Fernández, como introducción a la entrega del premio que lleva su nombre, en el 170 aniversario de su nacimiento.



I Premi de Recerca Dr. Cardenal de l'Hospital Universitari Sagrat Cor

El Dr. Raúl Muñiz, director mèdic de l'HUSC va entregar els Premis Dr. Cardenal, atorgats com a cloenda de la primera Jornada d'Investigació, amb motiu del 170 aniversari del naixement del Dr. Salvador Cardenal.

Yolanda Castilla Marín, per l'article “Necesidades transfusionales en pacientes ingresados por fractura de fémur” publicat a Infermeria Clínica, ha obtingut el I Premi Dr. Cardenal.

Laura Teixidó Albiol, va guanyar l'accèssit amb la Comunicació “Diferencias intersexuales en pacientes con dolor crónico no oncológico. Psicopatología y calidad de vida”.

Gemma Melé Ninot amb la publicació “Definition of recurrent chronic spontaneous urticarial” va ser finalista, juntament amb Javier Beltrán Ramón “Linfedema de las extremidades inferiores, análisis de la evolución y tratamiento de sus complicaciones. Nuestra experiencia” i Rosario Salas Campos per “Variables asociadas con mortalidad en pacientes mayores de 65 años con enfermedad por Covid-19”.



Calendari de Sessions Hospitalàries Residents HUSC 2023

Lloc: sala Dr. Cardenal, 7a planta hospital

Horari. Dimecres 9:00

COORDINACIÓ: IRIS FLORES I NÚRIA BARRERA



GENER

Dimecres 4 de gener: *Síndrome coronària aguda.*
Dr. E. González

Dimecres 11 de gener: *Fibril·lació Auricular.*
Dr. E. González

Dimecres 18 de gener: *Dellirium.* Dr. R. Cortés
(Resident de Geriatria d'Hospital de Vic)

Dimecres 25 de gener: *Ventilació mecànica no invasiva.* Dr. D. Zayas

FEBRER

Dimecres 1: *CURS D' UCIES (1). Història Clínica.*
Dres. D. Torralba, I. Flores

Dimecres 8: *Valoració geriàtrica a Urgències.*
Dra. E. Suárez

Dimecres 15: *CURS D' UCIES (2). Patologia cardíaca.* Dres. A. Ramos i I. Flores

Dimecres 22: *Anticoagulants orals directes.*
Dra Ane Altuna

MARÇ

Dimecres 1: *CURS D' UCIES (3). Patologia cardíaca II.* Dr. A. Martínez i Dra. I. Flores

Dimecres 8: *Insuficiència Cardíaca.* Dra. A. Beltran (Metgessa de Família CAP Manso)

Dimecres 15: *CURS D' UCIES (4). Patologia respiratòria I.* Dres. L. Domínguez i I. Flores

Dimecres 22: *Malaltia tromboembòlica. Tromboembolisme pulmonar.* Dra. R. Salas

Dimecres 29: *CURS D' UCIES (5). Patologia respiratòria II.* Dres. Y. Avendaño i I. Flores

ABRIL

Dimecres 5: *Crisi Comicial.* Dr. F. Gil

Dimecres 12: *CURS D' UCIES (6). Patologia neurològica.* Dr. S. Villanova i Dra. I. Flores

Dimecres 19: *Dolor abdominal.*

Dimecres 26: *CURS D' UCIES (7). Patologia abdominal I.* Dres. C. González i I. Flores

MAIG

Dimecres 3: *Drogues*

Dimecres 10: *CURS D' UCIES (8). Patologia abdominal. II.* Dr. J. Collell i Dra. I. Flores

Dimecres 17: *Infeccions de transmissió sexual.*
Dr. A. Gutiérrez

Dimecres 24: *CURS D' UCIES (9). Patologia urològica.* Dres. P. Espona i I. Flores

Dimecres 31: *HIV.*

5º EDICIÓN CURSO DE PATOLOGÍA UNGUEAL

- 9 junio 2023
- Virtual + presencial
- Dirección Curso:
Dra. Montse Salleras Redonnet
Dra. Maribel Iglesias Sancho
- Organiza:
Servicio de Dermatología
Hospital Universitari Sagrat Cor Grupo Quirón
Unidad Docente Universidad de Barcelona
Asociación Dermatológica P. Umbert
- Sede del curso:
Hotel Barceló Sants Barcelona

PROGRAMA

08:30 Registro asistentes y entrega documentación

08:50 Presentación del curso

PRIMERA PARTE: LA CLÍNICA EN LA PATOLOGÍA UNGUEAL

09:00 Patología infecciosa del aparato ungueal excepto micosis Dra. Gemma Martín

09:20 Distrofia ungueal por onicomicosis Dra. Lidia Creus

09:40 Distrofia ungueal traumática Dra. Maribel Iglesias

10:00 Patología ungueal en las enfermedades autoinmunes Dra. M Isabel Bielsa Marsol

10:20 Actualización clínica en liquen plano ungueal Dra. Montse Salleras

10:40 Novedades clínicas en patología ungueal Dra. Lourdes Navarro

11:00 Café

SEGUNDA PARTE: DIAGNÓSTICO EN LA PATOLOGÍA UNGUEAL

11:30 Onicoscopia marrón-negro Dra. N Setó

11:40 Onicoscopia otros colores: rojo, amarillo, verde y azul Dra. Cristina Serrano

12:00 Biopsia ungueal Dr. Miñan

12:40 Histopatología de las lesiones melanocíticas del aparato ungueal Dra. Maite Fernández

13:00 Novedades diagnósticas en patología ungueal Dra. M Quintana

13:30 Comida

TERCERA PARTE: TRATAMIENTO MÉDICO

15:00 Tratamiento en la psoriasis ungueal Dr Carrascosa

15:30 Tratamiento médico en la patología ungueal (excepto psoriasis) Dra. Esther Jiménez

CUARTA PARTE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

16:00 Cirugía del pliegue proximal (retroniquia, quistes mixoides, tumores benignos como el fibroqueratoma periungueal adquirido y tumor Koenen y el onicomatricoma) Dr. Silva

16:20 Cirugía del pliegue lateral (onicocriptosis, tumores benignos como el fibromixoma acral) Dr. J. Serra

16:40 Café

17:00 Cirugía del hiponiquio y el lecho (tumores benignos como el tumor glómico y el onicopapiloma, exóstosis subungueal, osteocondroma) Dr. Silva

17:20 Cirugía de la Uña en pinza Dr. Juan Jiménez

17:40 Cirugía oncológica, indicaciones y procedimientos (queratoacantoma, SCC, melanoma) Dr. Richert

18:00 Complicaciones en cirugía ungueal Dr. Richert

18:20 Casos clínicos prácticos en patología ungueal: 9 casos presentados por R-3