

Annals del Sagrat Cor

2026 | Volum 33. Número 2

Alcohol i exclusió

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

annalsdelsagratcor.org

Annals del Sagrat Cor

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

CONSELL DE REDACCIÓ / CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

**Editor en cap / Editor jefe /
Editor in Chief**
Jordi Delàs Amat

**Subdirector en cap / Subeditor
jefe / Deputy Editor in Chief**
María José Sánchez López

**Editors Associats /
Editores Asociados /
Associated Editors**
Margarita Aguas Compained
Adrià Arboix Damunt
Miquel Bruguera Cortada
Eduardo González Marín
Lucía Mata Haya

**Editors col·laboradors /
Editores colaboradores /
Contributing Editors**
*Cirurgia General / Cirugía General /
General Surgery*
Ramón Soliva Domínguez
*Servei de Cirurgia General,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

*C. Ortopèdica i Traumatologia /
C. Ortopédica y Traumatología /
Orthopedic Surgery*
Aamer Malik
*Servei de C. Ortopèdica
i Traumatologia, H. U. Sagrat Cor,
Barcelona.*

*Dermatologia / Dermatología /
Dermatology*
Maribel Iglesias Sancho
*Servei de Dermatologia,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Infermeria / Enfermería / Nursing
Mar Martí Ejarque
*Coordinadora d'Investigació
i Docència, H. U. Sagrat Cor,
Barcelona*

Farmàcia / Farmacia / Pharmacy
Marina de Temple Pla
*Servei de Farmàcia, H. U. Sagrat
Cor, Barcelona.*

*Pneumologia / Neumología /
Respiratory Medicine*
Olga Parra Ordaz
*Servei de Pneumologia,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Neurologia / Neurología / Neurology
Karol Uscamaita Amaut
*Servei de Neurologia,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

*Radiodiagnòstic / Radiodiagnóstico /
Diagnostic Imaging*
Anna Gallart Ortuño
*Servei de Radiodiagnòstic,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

*Consell assessor editorial / Consejo
asesor editorial / Editorial Advisory
Board*

Victoria Andreu Solsona
*Servei de Digestiu. H. U.
Sagrat Cor, Barcelona.*

Javier Bara Casaus
*Cirurgia Oral i Maxil·lofacial.
Instituto Bara-Gasení, Barcelona.*

Nuria Barrera Aguilera
*Medicina Familiar. Cap La Sagrera.
Barcelona*

Xavier Beltrán Ramón
*Servei de Cirurgia Vascular.
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Montse Bartroli Checa
*Agència de Salut Pública de Barce-
lona*

Josep Antoni Bombí Latorre
*Reial Acadèmia de Medicina de Cata-
lunya, Barcelona.*

Eleuterio Cánovas Robles
*Servei d'Otorrinolaringologia,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Josep Maria Catalan Borràs
*Servei de C. Ortopèdica
i Traumatologia, H. U. Sagrat Cor,
Barcelona.*

Adrián A. Ceccato
*Institut d'Investigació i Innovació
Parc Taulí (I3PT), Sabadell,
Barcelona.*

Rosa Coll Collell
*Servei de Medicina Interna,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Vicente De Sanctis Briggs
*Unitat del Dolor.
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Kira Diz Miserachs
*Psicologia General Sanitària.
Figueres, Girona.*

Juan José Fibla Alfara
*Servei de Cirurgia Toràctica.
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Marina Galdeano Lozano
*Servei de Pneumologia,
H. U. Germans Trias i Pujol,
Badalona, Barcelona.*

Alejandra Leticia Gandaras
Tourcakis
*Servei de Radiodiagnòstic,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona*

Francisco Javier Gil López
*Servei de Neurologia, H. U. Sagrat
Cor, Barcelona.*

Juan González Valdivieso
*Servei de Farmàcia, H. U. Sagrat
Cor, Barcelona.*

Mercedes Ibarz Villamayor
*Servei de Medicina Intensiva, H. U.
Sagrat Cor, Barcelona.*

Carmen Lombardía López
*Departament d'Infermeria.
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Ana Lozano Miñana
*Servei de Medicina Interna,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Gemma Martín Ezquerra
*Servei de Dermatologia. Hospital del
Mar Research Institute,
Barcelona.*

María José Medina Gómez
*Unitat del Dolor. H. U. Sagrat Cor,
Barcelona.*

Laureano Molins López-Rodó
*Cirtòrax, Centro Médico Teknon,
Barcelona.*

Mar Monerris Tabasco
*Unitat del Dolor. H. U. Germans Trias
i Pujol. Badalona, Barcelona.*

César Morcillo Serra
*Direcció Mèdica, Hospital Digital Sa-
nitas, Barcelona.*

Felip Orient López
*Servei de Medicina Física
i Rehabilitació. H. U. Sagrat Cor,
Barcelona.*

Jordi Palés Argullós
*Reial Acadèmia de Medicina de Cata-
lunya, Barcelona.*

Elena Ramió Montero
*Servei de Farmàcia. Clínica Girona,
Girona.*

Carme Roca Saumell
*Medicina Familiar. Cap el Clot de
Barcelona.*

Laura Ruiz Villa
*Unitat del Dolor. Servei Anestèsia
i Reanimació. Hospital Clínic i
Provincial, Barcelona.*

Rosario Salas Campos
*Servei de Medicina Interna,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Montserrat Salleras Redonnet
*Servei de Dermatologia,
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

Laura Tuneu Valls
*Servei d'Endocrinologia.
H. U. Sagrat Cor, Barcelona.*

**Comitè d'Honor / Comité de
Honor / Honorary Committee**

Cayetano Alegre de Miquel
Miquel Balcells Riba
Eduardo Basilio Bonet
Francesc Fernández Monrás
Pablo Umberto Millet
Gonzalo Vidal López
Eduardo Irache Esteban

EDITORIAL

Orgull Sagrat Cor 50

DEBAT

Consum conflictiu de l'alcohol 51
JORDI DELÀS

Alcoholismo y sinhogarismo: crónica de una exclusión anunciada 54
M.^a LUISA MARIN PUIG

Alcohol y mujeres en situación de calle: vulnerabilidad, salud y estigma 56
CHIARA ORTOLANI

Consumo de alcohol en personas en situación de sinhogarismo: comprender para intervenir 58
LAURA GOZALO ESTEVE

Crear per reconstruir: art i processos 59
BLANCA GIMENO

Alcohol in Late Postmodern Noir Thrillers / El alcohol en las novelas negras posmodernas tardías 60
JOAN CASTELLÀ

ARTICLE ESPECIAL

Estratègies emergents per a l'abordatge del trastorn per consum d'alcohol en persones en situació de sensellarisme 64

Estrategias emergentes para el abordaje del trastorno por consumo de alcohol en personas en situación de sinhogarismo

Emerging Strategies for Addressing Alcohol Use Disorder Among People Experiencing Homelessness

XAVIER CARDONA

Alcohol i presó. Abordatge de les relacions problemàtiques amb l'alcohol dins la presó des de la perspectiva de la salut 69

Alcohol y prisión. Abordaje de las relaciones problemáticas con el alcohol en la cárcel desde la perspectiva de la salud.

Alcohol and Prison: Addressing Problematic Alcohol Use in Prison from a Health Perspective

ORIOL TORRENTS GUITART

CAS CLÍNIC

Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic 74
Síndrome de Wernicke-Korsakoff: caso clínico
Wernicke-Korsakoff syndrome: clinical case
LUCÍA BERNARD GARZÓN

Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic i revisió de l'entitat 77
Síndrome de Wernicke-Korsakoff: caso clínico y revisión de la entidad
Wernicke-Korsakoff syndrome: clinical case and review of the condition
MIGUEL GALLEGU GRACIA, ANGÉLICA RAMÍREZ

Secuestro pulmonar intralobar. A propósito de un caso 82
Segrest pulmonar intralobar. A propòsit d'un cas
Intralobar pulmonary sequestration, a case report
JOSÉ MANUEL CORAL COBO

ARTÍCULO ESPECIAL

Endoscopia terapéutica avanzada: implantación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) 87
GERHARD JUNG, OSVALDO DIAZ-CANEL, VICTORIA ANDREU

EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA 89

BECAS MONTSERRAT CANTERO PARA LA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA 90

ACTE COMMEMORATIU DELS 50 ANYS DEL NOU HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR 91
JORDI DELÀS

Al voltant de la figura de Núria Cavestany 94
DRA. M CINTA GAMUNDI I PLANAS, EDUARDO IRACHE, LUCIA MATA HAYA, ROSA BATET

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: annals@annalsdelsagratcor.org

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

Orgull Sagrat Cor

A l'anterior número dels *Annals* presentàvem la primera part d'aquesta monografia sobre "repensar l'alcohol", amb la crida a alternatives als conceptes oposats de consum i abstinència. Aquesta dissociació ha servit a persones que han deixat l'alcohol i s'han mantingut allunyades, però manté atrapades d'altres que opten per un consum episòdic o moderat o que no poden deixar aquest hàbit.

En el present exemplar ens plantegem les dificultats de deixar el consum conflictiu des de l'exclusió. També la necessitat de baixar el llindar per accedir a un entorn social i sanitari més cooperador i rebutjar l'expulsió del sistema, amb dràstiques conseqüències.

No és fàcil tractar l'alcoholisme al carrer, però tampoc a l'hospital. Incomoda, trenca normes. Sovint no és tan complicada la síndrome d'abstinència com la síndrome d'incompliment de normes. Cal obrir el debat sobre les regles, però sobretot sobre que ha de ser un l'hospital amable que generi sensació d'orgull.

És ben conegut que l'Hospital del Sagrat Cor neix el 1879 arran de la constatació de mancances sanitàries no resoltes a la ciutat de Barcelona i que l'esperit inicial persisteix a les parets que han anat canviant d'ubicació. És un hospital on res ha estat fàcil. Durant la Guerra Civil, el personal opta per seguir treballant amb normalitat i supera les purgues per qüestions polítiques de la postguerra.

El magnífic Hospital de 1976 es troba amb les limitacions de l'entitat mutualista L'Aliança, que l'adquireix el 1980, quan aquest model de mutualisme ja està de davallada.

La notícia de l'intent de cop d'estat del 1981 trasbalsa un Curs de Medicina Interna que es decideix no interrompre. Apareix la sida com quelcom remot, però des de 1984 se segueixen totes les etapes de l'evolució d'aquesta infecció, fins a la tolerable cronicitat actual.

L'atemptat a les Rambles de 2017 troba resposta assistencial al Sagrat Cor i, el 2020, l'Hospital esdevé monogràfic de la COVID-19, ampliant molt els seus llits i l'afectació del mateix personal.

El 7 de juliol de 2026, a la sala Cardenal, es van celebrar els 50 anys de l'Hospital Nou, edifici Viladomat. La magnífica representació dels protagonistes de la inauguració va manifestar l'orgull de pertànyer a l'Hospital. Però aquest orgull s'ha de treballar cada dia, per part de tots els estaments. Amb un breu manual de treball: ser fidels a la idea fundacional i cuidar-ne el manteniment, també econòmic, el personal i, òbviament, la població a atendre.

El 2029 celebrarem 150 anys de l'Hospital. Pel camí ens preguntarem moltes coses. Com ens agradaria que l'Hospital fos recordat? Com volem l'Hospital del futur? I també, si estem orgullosos del nostre Hospital i si l'Hospital pot estar orgullós de nosaltres.



Des de l'exclusió
difícilment es pot abordar
el consum conflictiu

Autora de la portada:
Chiara Ortolani

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*

Consum conflictiu de l'alcohol

JORDI DELÁS

Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor

És difícil l'abordatge ponderat del consum d'alcohol que en el nostre entorn està profundament arrelat a celebracions, festes, diversió i relacions socials.

Gran part de la població ha consumit alcohol alguna vegada o ho fa habitualment, dificultant un consens social clar sobre la seva perillositat. A diferència del tabac —que avui té un ampli reconeixement social com a substància tòxica—, l'heroïna, la cocaïna, la metamfetamina. Moltes persones que no consumirien altres substàncies no prescrites prenen alcohol amb normalitat.

Diferent és el consum conflictiu o problemàtic (Figura 1). Aquest pot ser: subjectiu, quan la mateixa persona percep que li està generant problemes o perjudicis; o objectiu: indicadors externs —sobretot mèdics, familiars, laborals o socials— mostren una afectació real (Taula 1).

Augmenta la complexitat de la malaltia provocada per l'alcohol a mesura que avança el temps de consum. La intervenció esdevé també més difícil perquè no n'hi ha prou amb proposar la cessació.

Cal abordar també l'afectació física, psíquica, deteriorament de les relacions i pèrdua de recursos econòmics, que pot portar a viure al carrer.

Les peculiaritats dels símptomes del consum d'alcohol porten al fet que a les persones se les intenti contenir a partir de mesures —com l'expulsió— que potencien l'exclusió.

Amb l'epidèmia d'heroïna, cocaïna dels anys 90 varen aparèixer dispositius que han anat ocupant-se de noves substàncies, però no tant dels consumidors d'alcohol, amb arguments d'especialització de determinats centres o de que no s'està preparat al respecte. Tot es tradueix en bona part que el consumidor d'alcohol és molt complex de tractar.

El resultat és que, si bé hi ha centres ben preparats per l'atenció dels consumidors d'alcohol, moltes vegades els consumidors d'alcohol acaben tenint el denominador comú del sensellarisme, que complica el tractament.

Taula 1. Indicadors mèdics de consum conflictiu d'alcohol.

Síntomes

- Gastritis
- Parestèsies o formigueig
- Afectacions de la coordinació: dismetria, asinergia, adiadococinèsia
- Canvi de caràcter
- Retenció de líquids
- Distensió abdominal
- Pèrdua de massa muscular, pèrdua de pes

Estimació del consum

- Grams d'alcohol = [volum (en c.c.) × graduació × 0,8] / 100
- Consum diari d'unitats bàsiques d'alcohol (a valorar consums superiors a 2-4)
- Una canya o pot de cervesa de 200 ml de 5º
- Copa de vi o cava de 100ml de 12º
- Licors 30 ml a 38º

Estimació mitjançant preguntes¹

- Ha sentit alguna vegada que ha de beure menys?
- Li ha molestat que la gent el critiqui per la seva forma de beure?
- Alguna vegada s'ha sentit malament o culpable per la seva forma de beure?
- Alguna vegada ha necessitat beure al matí per calmar els nervis o eliminar molèsties per haver begut la nit anterior?

Dues o més respostes afirmatives a aquestes quatre preguntes impliquen que l'alcohol s'ha convertit en un problema que requereix ajuda especialitzada.

Alteracions d'anàlisi de laboratori clínic

- Macrocitosi de les hematies
- Elevació de GOT/AST, GPT/ALT, gammaGT, àcid úric, hipercolesterolèmia, triglicèrids

Ecografia abdominal amb esteatosi hepàtica

Alteració de l'electromiograma

Miocardiopatia en l'ecocardiograma

Clínica Galatea. <https://www.clinica-galatea.com/bloc/consum-alcohol-excessiu/>

El policonsum fa que persisteixin consumidors d'alcohol en centres d'atenció a dependències, malgrat que l'alcoholisme no sigui un objectiu terapèutic, a diferència, per exemple, del manteniment amb metadona.

Cal plantejar que per a moltes persones, el consum d'alcohol o d'altres substàncies és un recurs per suportar unes condicions de vida extremes, una estratègia de supervivència dins d'una realitat social molt greu de fred, inseguretat, exposició constant als altres, patiment físic i emocional, manca de descans, seguretat i privacitat.

RESPOSTES AL CONSUM D'ALCOHOL

La resposta institucional sol ser parcial. Es demana a la persona que deixi de consumir, però no sempre s'ofereixen prou recursos per garantir condicions mínimes de vida digna, com allotjament estable. Aquesta manca de resposta integral fa que tant la intervenció professional com la motivació de la persona siguin molt fràgils. Cal donar una resposta com a qualsevol altra malaltia, si bé molt complexa. (Taula 2)

Taula 2. Requisits de la resposta assistencial al consum conflictiu d'alcohol

- Dificultat d'abordatge. Reconeixement que ens trobem davant una malaltia difícil, amb recursos limitats.
- Necessitat d'actuació precoç davant la irreversibilitat d'algunes afectacions i la manca d'autonomia que acaba ocasionant en fase avançada.
- Cal abordar la malaltia alcohòlica des de la simptomatologia física, l'esfera psicològica i l'atenció a les necessitats bàsiques de la persona.
- Necessitat de polítiques subòptimes, ja que no sempre es podrà fer el millor en tots els casos.
- Disminució de riscos.
- Disminució del consum d'alcohol.
- Disminució del sensellarisme.
- Conductes considerades "problemàtiques" formen part de la simptomatologia de la malaltia.
- Esforços per comprendre la malaltia i la persona. Consideració científica i professional i no en funció dels judicis personals.
- Ajudar, no castigar.
- Aproximació i no exclusió. Mantenir vies de contacte, malgrat possibles expulsions de programes sanitaris.

Malgrat que el pacient no demani ajut (Figura 1) no ha de faltar l'acompanyament i la proposta de disminució de riscos del consum d'alcohol i de viure al carrer (Taula 3). Si, al contrari, demana ajut, cal articular el millor possible les respostes sanitàries i socials.

Pot ser necessari l'ingrés hospitalari a causa de les clàssiques indicacions de medicació intravenosa, acompanyament o cures físiques les 24 hores. És delicat perquè les característiques de la persona i del sistema hospitalari no sempre són compatibles.

Per tant, no es pot descartar que la persona, al cap d'unes hores o dies vulgui avançar la marxa amb l'alta voluntària o simplement abandonant l'hospital. Aquesta eventualitat cal que estigui contemplada, sense constituir un revés per la persona ni per l'equip assistencial.

En la majoria dels casos l'atenció serà extrahospitalària o més concretament: al carrer. De vegades la demanda de tractament va vinculada a trobar un allotjament, cosa que fa molt difícil el pragmatisme assistencial de proposar tractament sense llar. Sempre ha d'haver-hi alternatives de tractament, adaptades al moment de la persona (Taula 3) i intentar la millor valoració possible (Taula 4).

Taula 3. Tractaments subòptims i disminució de riscos.

Disminució dels riscos de viure al carrer. Entenent que la persona prioritzi sortir del carrer a qualsevol altra alternativa. Cal continuar aportant línies assistencials:

- Acompanyar
- Atenció a l'alimentació, condicionants climatològics
- Vestimenta
- Atenció laboral, desenvolupament personal
- Assistència sanitària al carrer
- Ajut pel transport
- Suport legal, si és el cas

Disminució dels riscos del consum de l'alcohol:

- Pactar medicaments. És bo reeditar pautes que hagin funcionat.
- No perseguir únicament l'abstinència, proposar també la disminució de consum.
- Revisar les pautes d'alimentació i suplementos vitamínics. A consum més alt d'alcohol, majors necessitats de calories. Evitar la pèrdua de pes. Proposar dietes per a persones que prenen alcohol.
- Revisar pautes de consum. Analitzar consums compulsius. Valorar l'administració de les ampolles, llaunes o dosis d'alcohol. Pactes. Portar un registre.
- Alcohòmetre: seguiment periòdic de l'alcohol a partir de l'aire exhalat. Fixar objectius.
- Control del pes. Avaluar pèrdues importants o augments ràpids (retenció de líquids).

Taula 4. Proves que s'han de demanar.

Hemograma complet.

Proteïnes totals, albúmina sèrica.

Creatinina sèrica.

Protrombina, Ràtio normalitzada internacional (INR), AST/GOT, ALT/GPT, fosfatasa alcalina, gammaGT.

25-hidroxivitamina D sèrica.

Proteïna C reactiva.

Ferro, siderèmia, transferrina.

Vitamina A, Vitamina B1 (tiamina), Vitamina B12, àcid fòlic.

Sodi, potassi.

Valorar, el zinc, el seleni, el magnesi, el fòsfor, la vitamina E, la proteïnograma.

Font: UpToDate

L'Abordatge del Consum Conflictiu de l'Alcohol

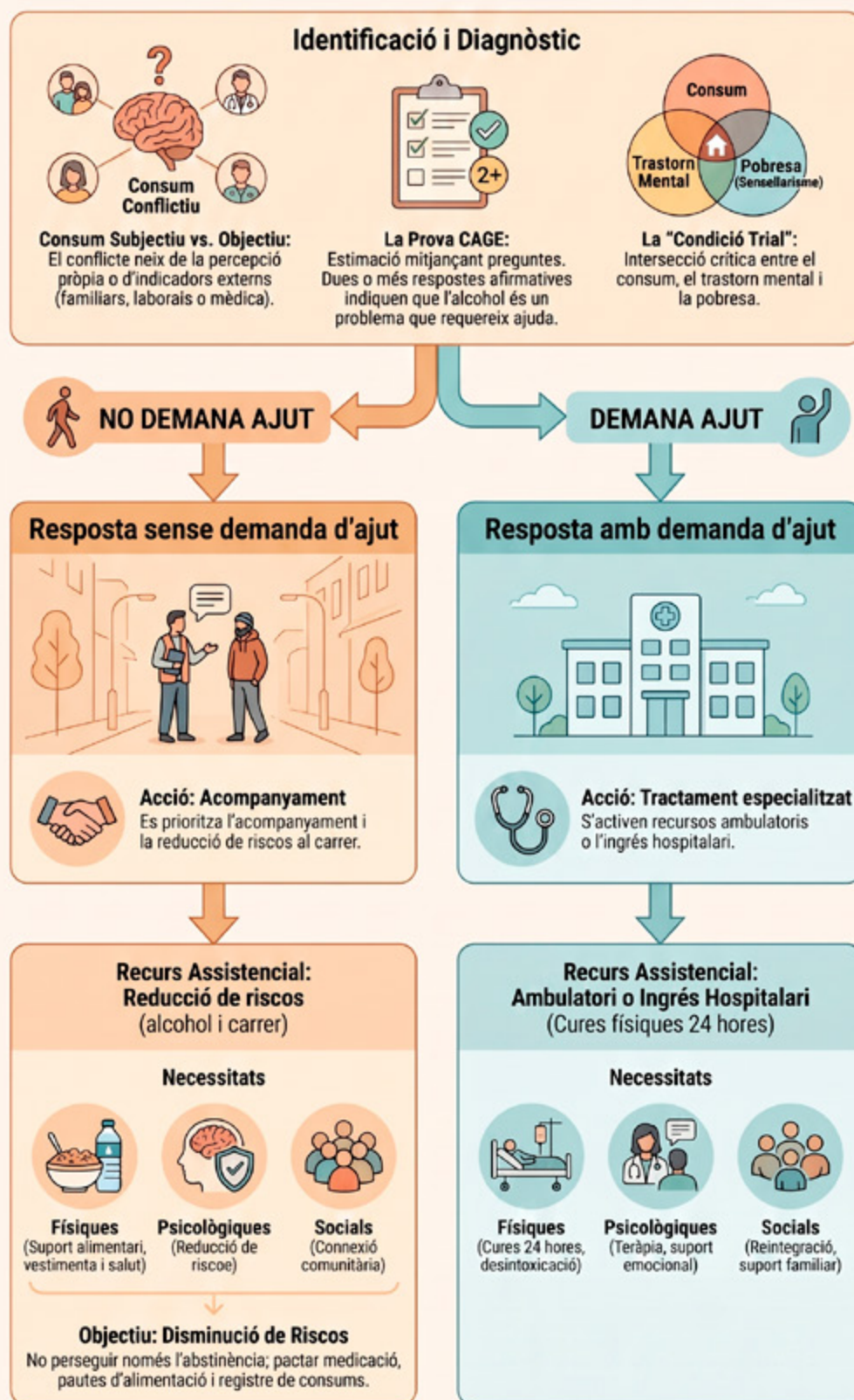


Figura 1. Abordatge del consum conflictiu de l'alcohol

Alcoholismo y sinhogarismo: crónica de una exclusión anunciada

M.^a LUISA MARIN PUIG

Associació Rauxa, 1989-2026

En 1950, la OMS (Organización Mundial de la Salud), en la primera reunión del Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental, ya resaltó la importancia del alcoholismo como enfermedad y como problema social. Actualmente, Europa es la zona del planeta con mayor consumo de alcohol; una sustancia que contribuye a una morbilidad de más de 200 enfermedades y a una cifra de tres millones de muertes anuales en todo el mundo, además de acarrear importantes pérdidas sociales y económicas a las personas y a la sociedad [1].

En España, el alcohol es la sustancia psicoactiva que más se consume, 11 litros de alcohol puro per cápita en 2022 [1]. Según el Observatorio español de las drogas y las adicciones, aumenta la bebida tipo atracán de los 14 a los 18 años y, por primera vez, es superior en las jóvenes que en los jóvenes. El consumo de riesgo, de los 15 a los 65 años, corresponde a un 6%, sin que haya una mínima percepción de riesgo.

Esta falta de percepción de riesgo, su accesibilidad y su bajo precio más la publicidad directa e indirecta en un medio de cultura vitivinícola como el nuestro, tiene consecuencias. El desarrollo de la dependencia se produce de forma insidiosa pero inexorable en un alto porcentaje de la sociedad; aproximadamente un 10% de los bebedores de alcohol llegarán a ser adictos y de estos, el 4% lo hará a los cinco años del inicio del consumo [2]. Además, la llamada "mentalidad de usuario" al consumirlo, condiciona el abordaje del problema al afectar a dos colectivos clave como son los médicos y los enseñantes [3].

El sinhogarismo es la forma de exclusión social extrema de personas que se ven abocadas a la misma por factores estructurales, fallos en el sistema especialmente de salud y por factores individuales como son las adicciones y otras enfermedades mentales. La clasificación de ETHOS o European Typology of Homelessness considera cuatro categorías: sin techo, sin casa, con casa insegura y con casa inadecuada. En Europa se calcula que hay unas 700.000 personas, 30.000 de las cuales residen en España, según informe Foessa-Cáritas [4].

La relación entre sinhogarismo y alcohol es evidente y compleja. Se han llevado a cabo numerosos estudios con metodologías diversas que reflejan una realidad patente. Hay controversia en concluir si el alcoholismo es la causa del sinhogarismo, o si es al revés, o si ambos son causa y consecuencia de forma mutua.

Ya Jellinek, en 1960, señaló que los enfermos con dependencia del alcohol, si no reciben tratamiento especializado o lo interrumpen, van a sufrir complicaciones *orgánicas* importantes como: cirrosis, cáncer y muerte; *psicológicas* como: depresión con intentos de suicidio o suicidios consumados, ansiedad, psicosis o demencia con ingresos en psiquiátricos; *sociales* como: pérdida de trabajo, pérdida de relaciones familiares significativas por maltratos y pérdida de vivienda, lo que los aboca al sinhogarismo y *legales* por conductas asociales, violencia de género, abusos sexuales, homicidios que los llevan a prisión [5].

Y según Vaillant, el 24% de alcohólicos crónicos en seguimiento prospectivo durante tres años acabó en situación de sinhogarismo (1979) [6].

La Associació Rauxa se fundó en 1989 en Barcelona al constatar el grave problema de sinhogarismo y alcoholismo, con el objetivo de ayudar a las personas sin hogar, ofreciendo tratamiento integral libre de dependencia del alcohol y otras drogas con un programa de más de dos años, en varias fases:

1. Furgoneta Rauxa, dormitorio ambulante como fase de detección y motivación para aceptar hacer tratamiento (reducción de daños inicial).
2. Comunidad terapéutica de 14 camas donde se realiza desintoxicación, deshabitación y rehabilitación con técnicas cognitivo-conductuales y de motivación. Desde 1995 se ha incluido tratamiento de tabaquismo por su alta mortalidad en alcohólicos.
3. Pisos terapéuticos de reinserción social. En total se cuenta con 7 pisos.
4. Reinserción laboral en Comedor Social "La Terrasetta" abierto desde el año 2000 donde se ofrecen 160 cenas diarias a personas necesitadas. Para ello se contrata a miembros de Alcohólicos Adultos Rehabilitados Rauxa (AARR) o a personas en vías avanzadas de tratamiento para gestionar el comedor; asimismo, se capta a usuarios del comedor con adicción al alcohol y otras drogas para realizar tratamiento.
5. Fase de Alta con abstinencia total a alcohol, otras drogas y conductas adictivas, cambio de estilo de vida. Se recomienda mantener vinculación y seguimiento con el centro y la

incorporación a la Asociación de AARR de Rauxa.

Nuestra experiencia de 37 años indica lo siguiente [7]:

1. En el 100% de los pacientes historiados (contrastado con familias, amigos, servicios sociales y otros) la dependencia del alcohol es la causa del sinhogarismo.
2. En las encuestas que se llevan a cabo en la calle, albergues, etc., se obtienen respuestas distorsionadas por el autoengaño que estos pacientes padecen para poder justificar mejor su falta de control con la bebida y, así, ser mejor aceptados.
3. En definitiva, ¿por qué importa este hecho? Porque los abordajes que se plantean en el sinhogarismo son, en última instancia, ambulatorios que no facilitan la recuperación real de estos enfermos.
4. El tratamiento de la dependencia de tabaco es crucial en este colectivo por ser la mayor causa de muerte en alcohólicos.
5. El 35% de los pacientes de Rauxa, presentan antecedentes de intentos de suicidio previos al ingreso. En los pacientes con dependencia del alcohol y de la cocaína llega hasta el 51%, sin que en este subgrupo haya mayor presencia de otras enfermedades mentales. Esta es una de las peores consecuencias del alcoholismo crónico.
6. Tres de cada diez pacientes finalizan el tratamiento completo en la Associació Rauxa [7].

PROPUESTAS DESDE LA ASSOCIACIÓ RAUXA

- Aumentar la prevención primaria, secundaria y terciaria. Evitar la estigmatización de este colectivo e incrementar la percepción de riesgo en la sociedad.
- Capacitar a los profesionales sanitarios (especialmente en las facultades de Medicina) y sociales para poder realizar diagnóstico precoz y así derivar a estos enfermos a centros es-

pecializados donde se aborde el problema de forma adecuada.

- Incorporar este modelo al sistema sanitario público: 1. Reducción de daños inicial para captación y motivación para iniciar tratamientos libres de drogas. 2. Comunidades terapéuticas. 3. Pisos terapéuticos tutelados.
- Facilitar la reinserción sociolaboral de estas personas ya tratadas, potenciando la financiación pública de iniciativas de ONGs (comedores públicos, recogida de basuras, lavanderías, etc.), con contratos públicos especiales para ONGs contemplados en la legislación catalana y la europea.
- Proporcionar viviendas sociales para AARR.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2024_en
- [2]. Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1997; 9:103-10.
- [3]. Freixa Santfeliu F. Perspectiva histórica de la problemática del alcohol en España. En: XVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Valladolid, 1988.
- [4]. Flores Martos R (coord.). IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Cáritas Española; Fundación FOESSA; 2025. Disponible en: <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>
- [5]. Jellinek E. M. The Disease Concept of Alcoholism. Hillhouse: New Haven, CT; 1960.
- [6]. Vaillant GE. Natural history of male psychologic health: effects of mental health on physical health. *N Engl J Med*. 1979; 301(23):1249-54.
- [7]. Associació Rauxa. Datos económicos [Internet]. Barcelona: Rauxa.org. [cited 2026 May 14]. Disponible en: <https://www.rauxa.org/datoseconomicos.htm>
- [8]. Marin L. Intentos de suicidio en alcohólicos sin hogar tratados en la Associació Rauxa 1991-2018 (n=638) [Ponencia]. XLVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 1st. International Congress. Málaga, 7-9 marzo 2019.

Alcohol y mujeres en situación de calle: vulnerabilidad, salud y estigma

CHIARA ORTOLANI

Universitat de Trieste

El consumo de alcohol entre las mujeres que viven en la calle representa un fenómeno complejo que plantea numerosas preguntas tanto en el plano sanitario como en el social y cultural. Una primera cuestión se refiere a las diferencias entre los hombres y las mujeres: aunque en situaciones de calle los hombres parecen consumir mayores cantidades de alcohol, el consumo entre las mujeres sigue siendo un problema sociosanitario relevante y requiere una lectura específica.

Más que la cantidad, lo que parece central es la diferente exposición a las consecuencias del consumo. En particular, las mujeres en estado de embriaguez o con la conciencia alterada son más vulnerables que los hombres en el contexto de la calle. El alcohol, al igual que otras sustancias, reduce la capacidad de alerta, de evaluación del riesgo y de defensa: en un entorno donde la seguridad depende en gran medida de la vigilancia constante, esta reducción de los mecanismos protectores expone a un mayor riesgo de violencia, abuso y explotación.

Otro elemento central se refiere a la relación entre el alcohol y las normas sociales de género, especialmente en lo relativo a los mecanismos inhibitorios. El alcohol actúa reduciendo los mecanismos de control conductual: aumenta la desinhibición, la impulsividad, la agresividad, la disponibilidad para el contacto social y sexual. Estas características no se interpretan de manera neutral, sino a través de una lente cultural fuertemente marcada.

En este sentido, podemos reflexionar sobre cómo muchos de los efectos típicos del alcohol (la agresividad, la pérdida de control, la expansividad o la seducción) están socialmente más asociados al modelo masculino. En consecuencia, cuando estos comportamientos se manifiestan en un hombre, tienden a ser más tolerados o normalizados: el hombre ebrio puede ser percibido como "exuberante", "fuera de control", pero dentro de una gama de comportamientos considerados, si no "legítimos", al menos más plausibles o aceptables en un hombre.

Por el contrario, cuando estos mismos comportamientos se manifiestan en una mujer, entran en conflicto con las expectativas sociales tradicionales, que asocian lo femenino con el control, la moderación, el cuidado y la responsabilidad. La mujer ebria se convierte así más fácilmente en objeto de juicio moral, estigmatización y culpabilización. No se trata solo de una diferencia de percepción, sino de un verdadero doble estándar normativo: lo que en un hombre se tolera, en la

mujer se vuelve una conducta desviada, más problemática, más escandalosa.

Este mecanismo es especialmente evidente en situaciones límite. Una mujer ebria en la calle puede ser percibida como "escandalosa" o "desviada", y en algunos casos se activan dinámicas de culpabilización incluso respecto a la violencia sufrida. De manera análoga, la asociación entre consumo de alcohol, sexualidad y prostitución puede reforzar estereotipos según los cuales la mujer sería de algún modo responsable de las situaciones de abuso que vive. Estas representaciones contribuyen a aumentar aún más su exposición al riesgo, tanto de violencia en sí como de *victim blaming* y de victimización secundaria.

Otro ámbito de reflexión se refiere al policonsumo de sustancias. En algunos contextos, el alcohol no se utiliza como sustancia principal, sino como complemento de otras drogas, con el objetivo de amplificar sus efectos. En estos casos, el consumo de pequeñas cantidades de alcohol, sin alcanzar un estado de embriaguez marcado, puede resultar más aceptado, incluso dentro de los grupos de consumidores. Por el contrario, el alcohol como sustancia única, especialmente cuando se consume de forma masiva, puede ser percibido como menos "integrado" incluso en estos contextos, y especialmente cuando quien consume es una mujer.

Desde el punto de vista clínico, sin embargo, el alcohol se distingue por la gravedad de sus consecuencias crónicas, progresivas y en muchos casos irreversibles. Los daños pueden afectar al hígado (cirrosis), al sistema nervioso periférico (polineuropatías), al sistema muscular y a las funciones cognitivas. Particularmente relevantes son los síndromes neurológicos relacionados con el alcohol, como el de Wernicke-Korsakoff, que pueden provocar deterioros graves e irreversibles. A diferencia de otras sustancias, la evolución puede ser progresiva y difícilmente reversible, lo que configura una trayectoria de deterioro que, una vez avanzada, deja pocos márgenes de recuperación.

Finalmente, otro plano de reflexión es la relación entre alcohol y salud mental. En este ámbito, el concepto tradicional de "doble diagnóstico" o "patología dual" (que indica la coexistencia de un trastorno mental y el consumo de sustancias) puede resultar insuficiente para describir la complejidad de las situaciones observadas.

Algunos enfoques introducen el concepto de "triple condición" o "condición trial", que incluye tres

dimensiones interconectadas: trastorno de salud mental, consumo de sustancias y condición de pobreza o grave exclusión social. Esta perspectiva permite comprender cómo el malestar no se puede atribuir a un único factor, sino que surge de la interacción entre condiciones clínicas y contexto socioeconómico.

En este marco, el alcohol puede asumir diferentes significados: puede utilizarse como forma de automedicación para aliviar síntomas psíquicos; puede interferir con los tratamientos farmacológicos, modificando sus efectos; o puede contribuir a la descompensación o reactivación de trastornos mentales. Sin embargo, más que establecer relaciones unívocas de causa-efecto, puede ser relevante reconocer la circularidad de estos procesos, como estrechamente interconectados.

El uso del término "condición", en lugar de "patología", adquiere aquí un significado relevante. Hablar de "condición" evitaría una etiqueta rígida y potencialmente permanente de la persona, subrayando en cambio el carácter dinámico y modificable de estas situaciones. A diferencia de la

noción de patología, que puede sugerir un destino irreversible, el concepto de condición mantiene abierta la posibilidad de cambio, mejoría y abandono del malestar. Una diferencia relevante tanto para la persona como para los profesionales sanitarios, lo que implica la necesidad de actuar.

En este sentido, adoptar una perspectiva basada en la "triple condición" no implica minimizar la gravedad de los problemas ni asignar etiquetas, sino que permite mantener una mirada más completa y orientada a la intervención. Reconocer que estas situaciones son modificables significa afirmar la posibilidad y la responsabilidad de actuar, tanto en el plano clínico como en el social.

En conclusión, el consumo de alcohol entre las mujeres en situación de calle debe entenderse como un fenómeno multidimensional, en el que vulnerabilidad, normas sociales, condiciones de vida y factores clínicos se entrelazan de forma compleja. Las reflexiones expuestas evidencian la necesidad de enfoques integrados, sensibles al género y capaces de articular la dimensión sanitaria con el contexto social.



JORDI FRASNEDO. Alterarte

Consumo de alcohol en personas en situación de sinhogarismo: comprender para intervenir

LAURA GOZALO ESTEVE

Equip d'atenció a la Salut Mental a les Persones Sense Llar (ESMES) de la Xarxa de Salut Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

El consumo de alcohol en personas en situación de sinhogarismo no puede entenderse desde una lógica simplista de elección individual o falta de voluntad. En la práctica clínica en calle, el alcohol aparece de forma reiterada como una herramienta de regulación emocional, una estrategia de supervivencia y, en muchos casos, como el único recurso accesible para mitigar el sufrimiento psíquico y físico.

Las trayectorias vitales de estas personas suelen estar marcadas por experiencias de trauma, ruptura de vínculos, exclusión social y enfermedad mental, especialmente trastornos mentales severos. En este contexto, el alcohol cumple múltiples funciones: reduce la ansiedad, facilita el sueño en entornos hostiles, alivia el malestar corporal y permite, aunque sea de forma transitoria, disminuir la vivencia de soledad o desesperanza. A su vez, el consumo puede favorecer la pertenencia a grupos informales en calle, lo que genera una forma precaria de red social.

Sin embargo, este mismo consumo contribuye a un deterioro progresivo de la salud física y mental, incrementa la vulnerabilidad frente a la violencia, dificulta el acceso a recursos y cronifica la exclusión. Se configura así un círculo de difícil ruptura si no se abordan de forma simultánea las causas estructurales y el sufrimiento individual.

PROPUESTAS PARA EL ABORDAJE

- Modelos de reducción de daños como base de intervención. La abstinencia no puede ser el único objetivo ni el punto de partida. Estrategias como el acompañamiento en consumos más seguros, la provisión de espacios de descanso o programas de alcohol gestionado han demostrado ser útiles para disminuir riesgos y establecer un vínculo terapéutico.
- Intervención centrada en el vínculo. En contextos de alta desconfianza institucional, el vínculo es la principal herramienta terapéutica. La presencia continuada, el respeto por los tiempos de la persona y la ausencia de juicio permiten abrir espacios donde el consumo puede empezar a ser cuestionado.
- Atención integrada a la salud mental. Es fundamental identificar y tratar trastornos mentales severos frecuentemente descompensados en calle. El consumo de alcohol, en muchos casos, actúa como automedicación frente a síntomas no tratados.
- Acceso a vivienda como intervención terapéutica (*Housing First*). Sin un entorno mínimamente seguro, la reducción o abandono del consumo es poco viable. La vivienda estable no debe condicionarse a la abstinencia, sino entenderse como un prerequisite para la recuperación.
- Alternativas reales al consumo. Ofrecer alternativas implica generar espacios de regulación emocional y socialización no mediados por el alcohol: centros de día accesibles, actividades significativas, acompañamiento individual, grupos terapéuticos adaptados y recursos de ocio inclusivos.
- Intervenciones sensibles al trauma. Incorporar un enfoque trauma-informado permite comprender el consumo como una respuesta adaptativa y evitar intervenciones que puedan reactivar experiencias de control, castigo o abandono.

REFLEXIÓN FINAL

Reducir el consumo de alcohol en personas sin hogar no pasa únicamente por intervenir sobre la sustancia, sino por transformar las condiciones que hacen que esa sustancia sea necesaria. En la práctica en calle, el cambio empieza cuando la persona encuentra, aunque sea de forma incipiente, otras formas de sostener el malestar que no impliquen dañarse. Y eso, en muchos casos, comienza con algo tan básico —y tan complejo— como sentirse reconocida, acompañada y segura.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries. *Lancet*. 2014; 384(9953):1529–1540.
- [2]. Podymow T, Turnbull J, Coyle D. Shelter-based managed alcohol administration. *CMAJ*. 2006; 174(1):45–49.
- [3]. Pauly B et al. Managed alcohol programs in Canada: Evidence and practice. *Harm Reduction Journal*. 2018; 15:65.
- [4]. O'Campo P et al. Housing First improves health and well-being of homeless individuals. *American Journal of Public Health*. 2016; 106(4):e1–e9.
- [5]. Padgett DK, Henwood BF, Tsemberis SJ. *Housing First: Ending homelessness*. Oxford University Press; 2016.
- [6]. SAMHSA. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. 2014.

Crear per reconstruir: art i processos

BLANCA GIMENO

Coordinació Alterarte

Fundació Centre de Formació i Prevenció



Des de l'experiència d'Alterarte, de la Fundació Centre de Formació i Prevenció, i el nostre treball com a terapeutes en l'àmbit de la salut mental i l'art, observem com la pràctica creativa pot esdevenir un espai d'expressió i elaboració especialment valuós en processos vinculats a les addiccions. Sense substituir altres abordatges, l'art ofereix un lloc on la persona pot explorar vivències internes amb un llenguatge propi, més enllà de la paraula.

Valorem especialment la importància d'obrir aquests espais que donen possibilitats diverses d'expressió. El procés artístic permet aturar-se, escoltar-se i donar forma a emocions sovint difícils de verbalitzar. El gest, la imatge o la matèria faciliten vies de simbolització que contribueixen a ordenar l'experiència i a generar noves narratives personals.

La incorporació d'espais creatius dins l'àmbit de la salut mental afavoreix una mirada més global de la persona. Crear implica prendre decisions, tolerar la incertesa i reconèixer el recorregut de cadascú. Aquests processos poden reforçar l'autoestima, la capacitat reflexiva i el sentiment de continuïtat personal.

Les il·lustracions que acompanyen aquesta publicació s'inscriuen en aquesta perspectiva, entenent l'art com un territori on canalitzar, elaborar i transformar l'experiència. Obrir aquests espais no pretén donar respostes tancades, sinó facilitar llocs possibles des d'on la persona pugui expressar-se i reconstruir-se amb els seus propis temps.



EULÀLIA. "Tratamiento destructivo". Alterarte.

Alcohol in Late Postmodern Noir Thrillers / El alcohol en las novelas negras posmodernas tardías

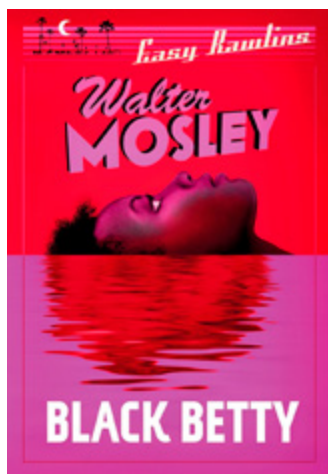
JOAN CASTELLÀ

Metge

El posmodernismo es un movimiento cultural que surgió tras la Segunda Guerra Mundial y que, tras cierta evolución, sigue ejerciendo influencia en la actualidad. En resumen, podemos decir que ha alterado de forma permanente “el tono de la literatura”. En este contexto, algunos “detectives preposmodernos” suelen ser retratados como figuras casi omniscientes que analizan los conflictos sociales y resuelven crímenes desde sus torres de marfil, por así decirlo, mientras saborean té en delicadas tazas de porcelana; son figuras con las que los lectores comunes —o aquellos con identidades no normativas— apenas pueden identificarse. Por el contrario, las novelas de suspense posmodernas presentan un tipo de detective ficticio muy diferente: visceral y apasionado, por lo general impredecible, con el caos que siempre llama a su puerta. A menudo son bebedores empedernidos y consumidores de drogas y, para colmo, vagabundos erráticos sin vínculos personales estables.

Vagabundos urbanos posmodernos que viven al margen. Aunque duros por fuera, son vulnerables y frágiles por dentro. Como resultado, en lugar de ser críticos, son capaces de empatizar con los perdedores que les rodean. Se asemejan a una especie de retrato compuesto de los alcohólicos que pueblan las calles de nuestras ciudades —almas errantes ellas mismas.

Las novelas de suspense de Walter Mosley protagonizadas por Easy Rawlins son, de hecho, ni más ni menos que un análisis preciso de los conflictos sociales y raciales en Los Ángeles de la posguerra. Easy, una especie de “detective” negro no oficial, encarna la tensión entre las comunidades negra y blanca de Watts, un barrio del sur de Los Ángeles. Es evidente que su inestabilidad personal refleja el sufrimiento de toda una raza. Las comunidades mexicana, china y japonesa, también presentes en estas novelas, completan el frágil tapiz humano de una ciudad donde, en aquella época, la piel blanca, la riqueza, el consumo social de alcohol, los coches y las armas funcionaban como marcadores de legitimidad, casi como si estuvieran dotados de una especie de aura divina.



La comunidad negra en la que creció funcionaba como una familia extensa muy unida, capaz de preservar las antiguas tradiciones y los rituales mágicos que se remontaban a una África primigenia: un continente de luz deslumbrante y naturaleza indómita, pero generosa; de arbustos de violetas silvestres y hierbas curativas; de ritmos y canciones atemporales. Además, la madurez de Easy no fue un camino de rosas. Nacido en un olvidado y pantanoso pueblo de Texas, su infancia y adolescencia bien podrían haber salido directamente de una trama dickensiana, en la que los conflictos familiares, la falta de oportunidades y el abuso del alcohol situaron su vida al borde del desastre.

Era un lugar marcado por la violencia, el abuso del alcohol y una sensación siempre presente de miseria inminente. Años más tarde, ya de adulto y viviendo en Los Ángeles, Easy reflexiona sobre su dependencia del alcohol, una

sustancia que circulaba tanto de forma legal como ilegal y que se podía encontrar en bares clandestinos abandonados repartidos por todo el submundo de la ciudad.

Sus reflexiones apuntan a la casi universalidad del alcohol como medio para aliviar el dolor y fomentar un sentido de comunidad. Al mismo tiempo, sugiere que el alcohol se aprovecha de las personas vulnerables, y que el ansia y la culpa suelen surgir en las primeras etapas de la adicción. Y, sin embargo, tal vez aún haya un leve atisbo de esperanza en sus palabras.

Porque Easy nos dice:

There are a few things as beautiful as a glass bottle filled with deep amber whiskey. Liquor shines when the light hits it, reminiscent of precious things like jewel or gold. But whiskey is better than some lifeless bracelet or coronet. Whiskey is a

living thing capable of any emotion that you are. It's love and deep laughter and brotherhood of the type that bonds nations together. Whiskey is our friend when nobody else comes around. And whiskey is solace that holds you tighter than most lovers can. I thought all that while looking at my sealed bottle: And I knew for a fact that it was all true. True the way a lover's pillow talk is true. True the way a mother's dreams for her napping infant are true. But the whiskey mind couldn't think its way out of the problems I had. So I took Mr. Seagram's put him in his box, and placed him up on the shelf where he belonged.

(Walter Mosley, *Black Betty*, 1994)

"Hay pocas cosas tan hermosas como una botella de cristal llena de whisky de color ámbar intenso. El licor brilla cuando le da la luz, re-

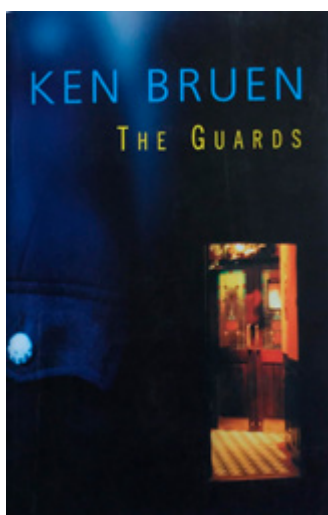
cordando a objetos preciosos como las joyas o el oro. Pero el whisky es mejor que cualquier pulsera o corona sin vida. El whisky es un ser vivo capaz de sentir todas las emociones que tú sientes. Es amor, risas profundas y esa hermandad que une a las naciones.

El whisky es nuestro amigo cuando nadie más está cerca. Y el whisky es un consuelo que te abraza con más fuerza que la mayoría de los amantes.

Pensé en todo eso mientras miraba mi botella sellada: y sabía con certeza que todo era cierto. Verdadero como lo son las confidencias de un amante. Verdadero como lo son los sueños de una madre por su bebé dormido.

Pero la mente del whisky no podía encontrar una salida a los problemas que tenía. Así que cogí al Sr. Seagram, lo metí en su caja y lo coloqué en el estante al que pertenecía".

(Walter Mosley, *Black Betty*, 1994)

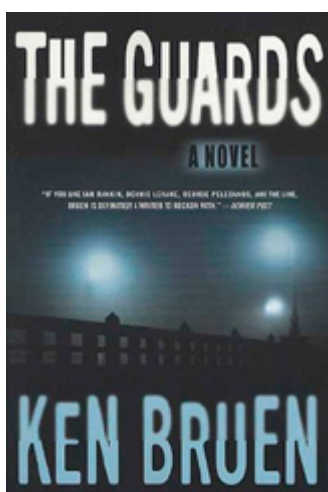


A miles de kilómetros de Los Ángeles se encuentra otra ciudad: Galway. Situada en la costa recortada y de una belleza salvaje de la República de Irlanda, fue en su día un importante puerto desde el que los emigrantes irlandeses cruzaban el océano Atlántico en busca del sueño americano.

Aunque Galway se encuentra lejos del epicentro del conflicto de Irlanda del Norte, sigue siendo un hervidero de las tensiones nacionalistas y religiosas que culminaron en el "Conflicto" y contribuyeron a forjar la psique colectiva irlandesa.

En Galway, Jack Taylor —un expolicía bebedor de whisky— es otro solitario que va de *pub* en *pub*, perseguido por sus demonios personales en medio del caos por el abuso de alcohol.

A través de Taylor, Ken Bruen ofrece un retrato compasivo y sin concesiones del alcoholismo en su novela *The Guards*. Se trata de una obra maestra, escrita con un estilo conciso y económico. De tono y estructura casi musicales.



Enumeremos una serie de temas, frases y párrafos, encontrados al azar en el libro, para aportar más pruebas de que las novelas de suspense posmodernas contienen información interesante sobre el alcoholismo:

DESCRIPCIÓN DE LUGARES Y CIUDADES ANTIGUAS EN UN MUNDO EN PERMANENTE TRANSFORMACIÓN

"Grogan's is not the oldest pub in Galway: It's the oldest unchanged pub in Galway.

While all the rest go

Uni-sex

Low-fat

Karaoke

Over-the-top

It remains true to the format of fifty or more years ago. Beyond the basic. Spit and sawdust floor, hard seats, no frills stock. The taste for

Hooches

Mixers

Breezers

hasn't been acknowledged yet.

It's a serious place for serious drinking. No bouncers with intercoms in the door. Not an easy pub to find. You head up Shop street, skip Garavan's, turn into a tiny alley and you're home. If not free at least unfettered. I like it because it's the only pub that never barred me. Not once, not ever. The bar is free from ornamentation. Two hurleys are criss-crossed over a blotched mirror. Above them is a triple frame. It shows a pope, St. Patrick, and John F. Kennedy. JFK is in the centre.

The Irish saints (K. Bruen, *The Guards*, p.12)

«Grogan's no es el pub más antiguo de Galway: es el pub más antiguo de Galway que no ha cambiado.

Mientras que todos los demás se han vuelto

Unisex
Bajo en grasas
Karaoke
Exagerado,

este se mantiene fiel al formato de hace cincuenta años o más. Más allá de lo básico. Suelo de escupitajos y serrín, asientos duros, surtido sin florituras. El gusto por

los tragos fuertes
los combinados
los refrescos

aún no se ha reconocido.

Es un lugar serio para beber en serio. No hay porteros con intercomunicadores en la puerta. No es un pub fácil de encontrar. Subes por Shop Street, pasas Garavan's, giras por un callejón diminuto y ya estás en casa. Si no es gratis, al menos es sin ataduras. Me gusta porque es el único pub que nunca me ha echado. Ni una sola vez, nunca. La barra carece de adornos. Dos hurleys se entrecruzan sobre un espejo manchado. Por encima de ellos hay un marco triple. Muestra a un Papa, a San Patricio y a John F. Kennedy. JFK está en el centro.

The Irish saints.
(K. Bruen, *The Guards*, p. 12)

ADOLESCENCIA CONFLICTIVA

As a young man, Jack discovered books and alcohol at the same time, and his mentors—Tommy Kennedy, the head librarian, and his parents—exerted a significant influence on him. The unusual role reversal between his mother (bossy and practical) and his father ("...you keep reading." "Why, Dad?" "Freedom, son.") left a deep impression on him.

De joven, Jack descubrió los libros y el alcohol al mismo tiempo, y sus mentores —Tommy Kennedy, el bibliotecario jefe, y sus padres— ejercieron una gran influencia en él. El insólito intercambio de roles entre su madre (mandona y práctica) y su padre ("...sigue leyendo". "¿Por qué, papá?". "Por la libertad, hijo".) le dejó una profunda impresión.

ALGUNOS RITUALES QUE IMPLICAN EL CONSUMO DE ALCOHOL

En el libro se alude a celebraciones, fiestas, conciertos y ritos de paso desde la infancia hasta la madurez. Al mismo tiempo, la novela sugiere que tales rituales pueden acabar convirtiéndose en mecanismos de control.

EL CONSUMO DE ALCOHOL SOCIALMENTE ACEPTADO

"A teetotal garda is viewed with suspicion" (p.1)

"Un policía abstemio es visto con recelo" (p. 1)

SENTIMIENTOS QUE EXPERIMENTA UN ALCOHÓLICO

"I keep a self-destruct button in me...I keep returning to it"

"You may change" / "I don't know if I want to"

"Drink numbs the pain"

"A shitload of guilt"

"A dash of remorse... gallons of self- pity"

"Llevo dentro un botón de autodestrucción... No dejo de volver a él"

"Puede que cambies" "No sé si quiero"

"La bebida adormece el dolor"

"Una mierda de culpa"

"Una pizca de remordimiento... litros de auto-compasión"

LA INTIMIDAD Y LA SOLEDAD EN LAS FASES INICIALES DEL ABUSO DEL ALCOHOL Y, A VECES, AL FINAL, UNA DERIVA HACIA GRUPOS FRAGMENTADOS DE LA VIDA URBANA

ARTE: MÚSICA Y LIBROS

Le sirven de mecanismo de defensa y apoyo moral cuando Jack está deprimido.

"Between bouts...I read"

"Books are my therapy"

"I've always been a reader; no matter what else I lost, I hung on to that"

"Entre crisis... leo"

"Los libros son mi terapia"

"Siempre he sido un lector; por mucho que perdiera, a eso me aferré"

VIOLENCIA, ACCIDENTES, PELEA

"Great Shiners"

"Grandes moratones" (una frase tan simple como único texto en la p. 52).

ANHELO, DESEO DE ALCOHOL (CRAVING)

"The light seemed to catch the glass, made the liquid sparkle"

«La luz parecía reflejarse en el vaso, haciendo brillar el líquido»

SÍNDROME DE ABSTINENCIA, RESACA, INGRESO HOSPITALARIO

"Did some serious throwing up. Morning prayer: Old establishment ritual, on my knees before the toilet bowl"

"A shudder passed through me. He looked at me. I said, withdrawal"

"The first few hospital days, the time of detox, you were encouraged to drink lots of water. Flush those toxins away. I could do that. You had a blood test to calculate the damage to kid-

neys and liver. Mine had taken a fine hammering back to health. Librium of course. Then my favourite, a sleeper for those nights. The night holding the most terror for the alky." (p.121)

"Tuve vómitos muy fuertes. Oración matutina: un ritual de la vieja escuela, de rodillas ante la taza del inodoro".

"Un escalofrío me recorrió el cuerpo. Él me miró. Le dije: 'Abstinencia'".

"Los primeros días en el hospital, durante la desintoxicación, te animaban a beber mucha agua. Para eliminar esas toxinas. Eso podía hacerlo. Te hacían un análisis de sangre para calcular el daño en los riñones y el hígado. Los míos habían sufrido un buen golpe hasta recuperar la salud. Librium, por supuesto. Luego, mi favorito, un somnífero para esas noches. La noche alberga el mayor terror para un alcohólico". (p. 121)

Es evidente que las novelas de suspense posmodernas carecen de la base empírica de los estudios científicos. Estas novelas no hacen referencia explícita a marcadores clave de análisis de sangre, mecanismos de neurotransmisión o pruebas derivadas de resonancias magnéticas. Del mismo modo, no abordan la evolución de las afecciones neurológicas orgánicas e incapacitantes asociadas al consumo y abuso prolongados del alcohol.

Sin embargo, algunos de estos libros nos ayudan a comprender, al menos en parte, la esencia del alcoholismo y uno de sus aspectos clave —quizás incluso su núcleo—: el vínculo entre la inestabilidad personal y la colectiva. A través del uso creativo del lenguaje y los matices poéticos, la novela negra experimental nos ayuda a descubrir cómo un ser humano —y, por extensión, la comunidad en la que vive— puede abrir la puerta a su propia ruina.

Ahora imagina que los personajes de ficción Easy y Jack adoptan una forma humana real. Con un salto adicional de imaginación, son capaces de cruzar las fronteras del espacio y el tiempo, y sus diferentes orígenes raciales y morales ya no son un obstáculo.

También comparten un lenguaje transatlántico común y han aprendido mucho de todo lo que les rodea —sobre todo de los libros, pero también de las personas, de todo tipo de personas—.

Hipotéticamente, se encuentran en Grogan's, donde el tembloroso Sean, el viejo camarero, está a punto de atenderles mientras habla e intenta definir un territorio seguro: un mapa universal en el que la empatía, la ciencia honesta y los brebajes mágicos africanos son puntos de referencia visibles.



Estratègies emergents per a l'abordatge del trastorn per consum d'alcohol en persones en situació de sensellarisme

Estrategias emergentes para el abordaje del trastorno por consumo de alcohol en personas en situación de sinhogarismo

Emerging Strategies for Addressing Alcohol Use Disorder Among People Experiencing Homelessness

XAVIER CARDONA

Psiquiatra. Salut Sense Sostre

RESUM

El trastorn per consum d'alcohol (TCA) en població sense llar presenta una prevalença estimada que excedeix el 50%, i s'associa a una mortalitat prematura i a una alta comorbiditat mèdica i psiquiàtrica. Els abordatges tradicionals, basats en l'abstinència com a requisit previ per accedir a un habitatge, han mostrat una eficàcia limitada i altes taxes d'exclusió. Aquesta revisió analitza els nous abordatges d'intervenció: els Programes d'Alcohol Gestionat (Managed Alcohol Programs, MAPs), les intervencions digitals de reducció de danys (eHaRT-A), els models comunitaris basats en activitats significatives (LEAP), i els enfocaments integrats per a grups específics.

Es conclou que l'estabilització residencial prèvia (Housing First) sense exigència d'abstinència i la flexibilització en els criteris -reducció de danys enfront d'abstinència total- constitueixen els eixos dels nous estàndards d'abordatge.

RESUMEN

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) en población sin hogar presenta una prevalencia estimada que excede del 50%, y se asocia a una mortalidad prematura, a una alta comorbilidad médica y psiquiátrica. Los abordajes tradicionales, basados en la abstinencia como requisito previo para acceder a una vivienda, han mostrado una eficacia limitada y altas tasas de exclusión. Esta revisión analiza los nuevos abordajes de intervención: los Programas de Alcohol Gestionado (Managed Alcohol Programs, MAPs), las intervenciones digitales de reducción de daños (eHaRT-A), los modelos comunitarios basados en actividades significativas (LEAP) y los enfoques integrados para grupos específicos.

Se concluye que la estabilización residencial previa (Housing First) sin exigencia de abstinencia y la flexibilización en los criterios -reducción de daños frente

Paraules clau: Alcoholisme/ tractament; Persones sense llar; Recerca participativa basada en la comunitat; Reducció del dany.

Palabras clave: Alcoholismo/ tratamiento; Investigación participativa basada en la comunidad; Personas sin hogar; Reducción del daño y control.

Keywords: Alcoholism/ therapy; Community-Based Participatory Research; Harm Reduction; Ill-Housed Persons.

Correspondència: info@salutsensesostre.org

Cardona X. Estratègies emergents per a l'abordatge del trastorn per consum d'alcohol en persones en situació de sensellarisme. *Ann Sagrat Cor*. 2026; 33(2):64-68.

a abstinencia total- constituyen los ejes de los nuevos estándares de abordaje.

ABSTRACT

The prevalence of alcohol use disorder (AUD) among the homeless population is estimated to exceed 50% and is associated with premature mortality and high rates of medical and psychiatric comorbidity. Traditional approaches, which require abstinence as a prerequisite for accessing housing, have shown limited effectiveness and high rates of exclusion. This review analyzes new intervention approaches: Managed Alcohol Programs (MAPs), digital harm reduction interventions (eHaRT-A), community-based models centered on meaningful activities (LEAP), and integrated approaches for specific groups.

It concludes that prior residential stabilization (Housing First) without an abstinence requirement and more flexible criteria—harm reduction versus total abstinence—constitute the cornerstones of the new standards of care.

INTRODUCCIÓ

La relació entre TCA i sensellarisme (SS) és bidireccional i complexa. La prevalença del trastorn per consum d'alcohol (TCA) en la població sense llar és 10 vegades superior respecte a la població general, oscil·lant segons els estudis epidemiològics entre el 8,1% i el 58,5% [1,2]. Davant

del model clàssic que postula el consum com a desencadenant de la pèrdua de la feina, problemes interfamiliars i d'habitatge, l'evidència actual subratlla que, en una proporció substancial de casos, l'alcohol quan es viu al carrer funciona com una estratègia d'afrontament (automedicació) davant l'estrès extrem, els traumes viscuts, l'aïllament, l'insomni i les dificultats en l'accés

als serveis de salut (primària, salut mental i drogodependències). Per això, calen polítiques públiques integrals. Aquesta manera d'entendre el problema ha impulsat un canvi de paradigma: de l'enfocament "primer l'abstinència" al de la reducció de danys, el model "primer l'habitatge" (Housing First, HF) i l'accés a una atenció integrada en els diferents sistemes de salut [3-7].

Fins ara el tractament s'ha basat en models abstencionistes i dispositius clínics convencionals. Aquests enfocaments han mostrat una eficàcia limitada en aquesta població, per diferents causes com ara la manca d'habitatge, la rigidesa d'alguns programes de tractament, la comorbiditat psiquiàtrica, la baixa adherència terapèutica i l'estigma social associat tant al sensellarisme com a les addiccions.

Davant d'aquesta realitat que moltes vegades ha estat negada, desconeguda o simplement ignorada per molts dels sanitaris que provenim de la sanitat pública, els professionals que treballen amb aquesta població han desenvolupat diferents estratègies innovadores on es prioritza l'accessibilitat, la continuïtat assistencial i la intervenció sobre els determinants socials de la salut. Són enfocos inclusius i adaptats a les característiques d'aquesta població.

Limitacions dels abordatges tradicionals: per què fracassen

Exigència d'abstinència com a requisit d'accés a l'habitatge: crea un cercle viciós (no es pot deixar de beure sense un sostre, però no s'accedeix al sostre si no es deixa de beure), excloent els pacients amb dependència més greu.

Fragmentació assistencial: els serveis de salut mental, addiccions, atenció primària i serveis socials no estan ben coordinats per a donar l'assistència integral que requereix aquesta població.

Inadequació del model mèdic tradicional: els tractaments basats en l'abstinència, amb pautes rígides i seguiment ambulatori, no consideren l'alta prevalença de deteriorament cognitiu (DC) ni les barreres pràctiques (dificultat de transport, targeta sanitària, no disposar de mòbil, l'alta mobilitat d'aquesta població).

Manca d'adaptació a determinats grups: les dones, joves i persones amb DC tenen necessitats específiques que els programes estandarditzats no aborden.

Abordatges emergents

Programes d'Alcohol Gestionat (Managed Alcohol Programs, MAPs)

Els MAPs actuen com a intervencions de reducció de danys, proporcionen alcohol en dosis re-

gulades al llarg del dia, en un entorn supervisat, juntament amb allotjament, alimentació, atenció sanitària i suport social [5-8].

- Mecanisme de canvi proposat: estabilització del consum (eliminació de la necessitat de beure de forma compulsiva per evitar la síndrome d'abstinència), reducció de conductes de risc (intoxicacions agudes, violència), i creació d'un vincle terapèutic que permet abordar altres necessitats (salut física, mental, habitatge permanent).
- Evidència clau: una revisió de Carver et al. (2026), que va analitzar 60 projectes internacionals, va identificar 11 programes sobre el funcionament dels MAPs. Aquests són efectius quan permeten l'autonomia dels participants, aborden les seves necessitats específiques i creen un sentit d'esperança i propòsit. Els MAPs han mostrat reduccions significatives en les visites a urgències, els ingressos hospitalaris i els episodis d'intoxicació aguda, tot i que l'abstinència completa és infreqüent i no es planteja com a objectiu primari.

Entre els diferents MAPs analitzats, existeixen diferències en els criteris de selecció de persones i normes a complir per part de l'usuari, i això pot induir a biaixos (programes per a homes, per a ètnies determinades...)

Intervencions digitals de reducció de danys: eHaRT-A

La telesalut ha obert noves vies per arribar a poblacions marginades. El projecte eHaRT-A (Electronic Harm Reduction Treatment for Alcohol), desenvolupat per la Universitat de Washington i finançat pel National Health Institute (NIH), adapta un tractament presencial de reducció de danys a una plataforma digital [9].

- Descripció: s'implementa dins del model HF i consta de tres components: a) automonitoratge del consum i dels danys relacionats; b) establiment de metes personalitzades de reducció de danys (no necessàriament abstinència); c) educació sobre estratègies de consum més segur (suplements de tiamina, alimentació abans del consum, evitar barreges amb altres substàncies).
- Evidència preliminar: l'estudi es troba en fase de reclutament (assaig controlat aleatoritzat amb 160 participants, iniciat el 2025). Hipotetitzo que eHaRT-A serà superior als serveis estàndard d'HF en la reducció de danys i la millora de la qualitat de vida. El seu principal avantatge és l'accessibilitat (s'eliminen barreres de transport i horaris) i l'adaptabilitat a diferents nivells de deteriorament cognitiu.
- Implicacions clíniques: la digitalització d'intervencions de reducció de danys podria escalar-se a baix cost i aplicar-se en contextos de recursos limitats.

Intervencions comunitàries basades en activitats significatives: LEAP

El programa LEAP (Programa de gestió de l'alcohol per a la millora de la qualitat de vida) representa un enfocament que opera en l'àmbit comunitari dins dels entorns d'HF [10,11].

- **Descripció:** desenvolupat mitjançant recerca participativa amb residents, personal i directius d'habitatges HF, LEAP inclou oportunitats de lideratge, activitats programades (culturals, recreatives, formatives) i vies de recuperació definides pels mateixos participants.
- **Mecanisme de canvi:** el compromís en activitats significatives (enfrent de l'aïllament i la passivitat) actua com un substitut funcional del consum, redueix l'avorriment i la soledat, i enforteix la identitat social.
- **Evidència:** un assaig controlat aleatoritzat per conglomerats (n=160) va mostrar que els participants a LEAP van presentar un compromís més elevat en activitats significatives, i que un alt nivell de participació (més de 2 activitats al mes) va predir reduccions significatives en el consum d'alcohol i en els danys relacionats. Els resultats finals s'esperen per al 2026.

Models integrats per a subgrups específics

L'evidència busca adaptar les intervencions a poblacions amb característiques diferencials:

- **Dones:** una revisió sistemàtica [12] va mostrar que les intervencions de components múltiples (habitatge + suport conductual + serveis socials específics de gènere, com ara suport per a víctimes de violència) aconseguixen reduccions de consum del 57% al 100% en dones sense llar amb TCA, molt per sobre dels resultats dels programes estandarditzats.
- **Joves amb primers episodis psicòtics** [13]: el programa EQIIP SOL de Montreal (2012-2020) va integrar atenció intensiva, tractament d'addiccions i suport habitacional per a joves sense llar amb un primer brot psicòtic. El 81,4% dels 177 participants van aconseguir estabilitat d'habitatge en una mediana de sis mesos, i els TCA es van reduir a la meitat durant el seguiment.
- **Persones amb dany cerebral associat a l'alcohol (DC)** [14]: atesa la prevalença de DC (fins al 70% en alguns contextos), es requereixen intervencions adaptades: avaluacions neuropsicològiques sistemàtiques, simplificació de les pautes, ús de suports externs (recordatoris, agendas), i objectius de reducció de danys en lloc d'abstinència.

DISCUSSIÓ

L'evidència revisada permet establir nous abordatges del TCA en la població sense llar. En primer lloc, cal prioritzar l'estabilització residencial, entenent que l'habitatge s'ha d'oferir sense exigir abstinència prèvia. En aquest sentit, el model Housing First (HF) ha demostrat ser efectiu per assolir aquest objectiu, tot i que requereix complementar-se amb intervencions específiques orientades al consum.

D'altra banda, els enfocaments basats en la reducció de danys plantegen objectius més realistes i assolibles que l'abstinència total de l'alcohol. Aquestes estratègies busquen disminuir les visites a urgències, els episodis d'intoxicació i les complicacions mèdiques associades, com ara la cirrosi, l'hepatitis alcohòlica, les crisis comicals, la síndrome de Wernicke-Korsakoff, els quadres greus d'abstinència o la desnutrició, alhora que pretenen millorar la qualitat de vida de les persones afectades.

A més, els diferents models revisats, com els MAPs, LEAP o altres models integrats, comparteixen una característica essencial: la integració total dels serveis. Això implica que el tractament del TCA no es planteja de manera aïllada, sinó coordinat amb l'atenció a l'habitatge, la salut mental i el suport social, oferint una resposta més global i adaptada a les necessitats de la persona.

També es fa evident la necessitat d'adaptar les intervencions a la cronicitat i al deteriorament cognitiu presents en aquesta població. Per aquest motiu, es requereixen models de cura continuada i de llarga durada, amb flexibilitat horària, suport extern i simplificació de les intervencions. L'elevada prevalença de deteriorament cognitiu fa imprescindible que qualsevol programa incorpori una avaluació neurocognitiva bàsica.

Finalment, l'ús de tecnologia accessible emergeix com una eina prometedora. El programa eHaRT-A mostra que la teleassistència pot superar barres estructurals, com el transport o els horaris, i facilitar l'accés al tractament a persones que difícilment participarien en recursos presencials.

Aquests abordatges tenen les seves limitacions, ja que l'evidència continua sent de qualitat moderada-baixa en molts aspectes, amb altes taxes d'abandonament en els estudis i dificultats per al seguiment a llarg termini i alguns es troben en fases inicials. Es necessiten assaigs clínics de més qualitat, amb criteris d'inclusió amplis que no exclouin els pacients més greus.

RECOMANACIONS CLÍNiques (TAULA 1)

Els hospitals, els centres de salut mental i els centres d'atenció a les drogodependències haurien d'establir protocols de derivació cap a pro-

grames Housing First (HF) i MAPs, malgrat que en alguns països, i el nostre n'és un, encara existeixen limitacions importants que dificulten assumir plenament aquest model d'atenció.

Igualment, es recomana incorporar una avaluació sistemàtica del deteriorament cognitiu en totes les persones sense llar amb TCA que accedeixin a tractament, atesa l'elevada prevalença d'aquestes afectacions en aquesta població.

Les intervencions, a més, haurien de caracteritzar-se per la seva flexibilitat, continuïtat i integració, amb una orientació de llarga durada que permeti reconstruir els projectes vitals de cada persona de manera individualitzada.

En aquest marc, resulta també fonamental que la formació dels professionals sanitaris i dels treballadors socials inclogui els principis de reducció de danys i les estratègies de maneig de la cronicitat en contextos d'exclusió social.

CONCLUSIONS

L'abordatge del TCA en població sense llar ha experimentat una transformació substancial en l'última dècada. Els nous models (MAPs, eHaRT-A, LEAP, programes integrats) comparteixen uns objectius comuns: no exigir l'abstinència com a requisit per accedir a l'habitatge, i definir l'èxit en termes de reducció de danys i millora de la qualitat de vida, no necessàriament de cessament complet del consum.

En general, es té la percepció que aquestes persones no tenen cap probabilitat d'assolir un èxit terapèutic, però són més els nostres prejudicis i la inadequació d'uns sistemes de tractament dissenyats per a poblacions estables, que són factors que reforcen aquestes creences. Els nous abordatges mostren que, amb els recursos adequats, és possible millorar la salut i la qualitat de vida d'aquest col·lectiu vulnerable.

Tot i les limitacions esmentades que presenten aquests models, s'hauria d'estudiar la possibilitat d'implementar en el nostre medi algunes de les estratègies que proposen, sempre que hi hagués la voluntat política de fer-ho i els recursos necessaris.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Fazel S, Khosla V, Doll H, et al. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*. 2008; 5:e225.
- [2]. Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, et al. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Dtsch Arztebl Int*. 2017; 114(40):665-72.
- [3]. Abdul Aziz S, Boobis S. More Than a Roof. Exploring the holistic outcomes of Housing First. London: Homeless Link; 2024.
- [4]. Muckle W, Muckle J, Welch V, et al. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12(12):CD006747.
- [5]. Carver H, King E, Greenhalgh J, et al. Realist review of managed alcohol programmes for people experiencing alcohol dependence and homelessness: what works, for whom, and in what circumstances? *Harm Reduct J*. 2026; 23(1):47.
- [6]. Schiff R, Pauly B, Hall S, et al. Managed alcohol programs in the context of Housing First. *Hous Care Support*. 2019; 22(4):207-15.
- [7]. Smith-Bernardin SM, Suen LW, Barr-Walker J, et al. Scoping review of managed alcohol programs. *Harm Reduct J*. 2022; 19:82.
- [8]. Moledina A, Myran D, Patel R, et al. Practical considerations for residential-managed alcohol programs: lessons from Ottawa Inner City Health. *Harm Reduct J*. 2026; 23(1):25.
- [9]. Electronic Harm Reduction Treatment for Alcohol (eHaRT-A): a telehealth intervention for people experiencing homelessness and alcohol use disorder [Internet]. University of Washington, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Disponible a: clinicaltrials.gov/study/NCT06702007. Trial Registration Number: [NCT06702007].
- [10]. Clifasefi SL, Collins SE; LEAP Advisory Board. The life-enhancing alcohol-management program: Results from a 6-month nonrandomized controlled pilot study assessing a community based participatory research program in housing first. *J Community Psychol*. 2020; 48(3):763-76.
- [11]. Collins SE, Clifasefi SL, Stanton J, et al. Community-based participatory research (CBPR): Towards equitable involvement of community in psychology research. *Am Psychol*. 2018; 73(7):884-98.
- [12]. Sheth M. SP87 A systematic review of the effectiveness of interventions to reduce alcohol consumption in women experiencing homelessness. *Gut*. 2024;73:A65.
- [13]. Todesco B, Padilha PPO, Rabouin D, et al. Addressing the complex needs of homeless youth with early psychosis and comorbid substance use: a naturalistic longitudinal study of 10 years' experience with EQIIP SOL's specialized outreach service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2025; 60(8):1943-55.
- [14]. Okeigun H. Exploring the impact of alcohol-related brain damage among homeless people in the UK: A scoping review. *Public Health Inst J*. 2025; 8:41.

Taula 1. Quadre de recomanacions clíniques per a la pràctica diària

Àrea d'actuació	Recomanació	Nivell d'evidència	Grau de recomanació
1. Accés a l'habitatge	No exigir abstinència com a requisit per accedir a programes d'habitatge. Derivar a Housing First de forma prioritària.	Moderat	A
2. Objectius terapèutics	Definir l'èxit en termes de reducció de danys (disminució de visites a urgències, ingressos, intoxicacions) i millora de qualitat de vida, no només abstinència completa.	Alt	A
3. Avaluació inicial	Incloure sistemàticament: • Avaluació neurocognitiva bàsica (cribratge d'ARBD) • Història de violència de gènere (en dones) • Consum d'altres substàncies i salut mental comorbida	Moderat	B
4. Programes d'Alcohol Gestionat (MAPs)	Considerar derivació a MAPs en pacients amb dependència greu, múltiples fracassos en tractaments d'abstinència, i consum d'alcohol no alimentari (alcohol de cremar, etc.).	Moderat	B
5. Intervencions digitals	Valorar l'ús de telesalut (eHaRT-A o similars) en pacients amb accés a dispositiu, que no assisteixen a tractaments presencials per barreres de transport o horaris.	Baix	C
6. Abordatge comunitari	Promoure la participació en activitats significatives (LEAP) dins d'habitatges HF. Assignar personal per organitzar activitats i fomentar el compromís.	Moderat	B
7. Joves	Derivar a programes integrats (salut mental + addiccions + habitatge) amb equips d'abast intensiu. Evitar derivacions a serveis separats i no coordinats.	Moderat	B
8. Dones	Adaptar les intervencions: garantir habitatge segur (protecció enfront de violència), suport conductual individualitzat, i serveis específics de gènere.	Baix-moderat	B
9. Dany cerebral associat a l'alcohol (DC)	• Realitzar cribratge sistemàtic (test de Montreal Cognitive Assessment - MoCA - adaptat) • Simplificar totes les indicacions (pautes escrites simples, recordatoris visuals) • Evitar objectius d'abstinència si hi ha deteriorament executiu greu	Moderat	B
10. Continuitat de cures	Establir seguiment de llarga durada (anys, no mesos). Acceptar recaigudes com a part del procés. Evitar l'alta per incompliment.	Alt	A
11. Coordinació interinstitucional	Crear protocols conjunts entre serveis de salut mental, addiccions, atenció primària, urgències i serveis socials. Designar un "case manager" per pacient.	Alt	A
12. Formació professional	Incloure en els programes de residència i formació continuada: principis de reducció de danys, maneig d'ARBD, i abordatge de l'exclusió social greu.	Moderat	B



JORDI FRASNEDO. Alterarte

Alcohol i presó. Abordatge de les relacions problemàtiques amb l'alcohol dins la presó des de la perspectiva de la salut.

Alcohol y prisión. Abordaje de las relaciones problemáticas con el alcohol en la cárcel desde la perspectiva de la salud.

Alcohol and Prison: Addressing Problematic Alcohol Use in Prison from a Health Perspective

ORIOL TORRENTS GUITART

Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències del Centre Penitenciari Brians 2 (Fundació Salut i Comunitat/CatSalut)

RESUM

El present text explica, d'una manera descriptiva i vivencial, els processos en els quals es troba una persona amb problemes amb l'alcohol un cop entra a presó. També explica les etapes a les quals s'haurà d'afrontar, des del moment en què ingressa fins al moment en què expira la seva estada al centre penitenciari. Es realitza una descripció sobre quin és el model d'abordatge professional que utilitza un centre ambulatori per tractar aquesta problemàtica dins d'aquest context des d'una perspectiva sanitària. L'abordatge bio-psico-social és essencial per poder donar cobertura a les necessitats dels pacients atesos, essent aquests, els pacients, el centre a partir del qual s'adapta el tractament.

RESUMEN

El presente texto explica, de forma descriptiva y vivencial, los procesos en los que se encuentra una persona con problemas con el alcohol una vez entra en prisión. También explica las etapas que deberá afrontar, desde el momento en que ingresa hasta el momento en el que expira su estancia en el centro penitenciario. Se realiza una descripción sobre cuál es el modelo de abordaje profesional que utiliza un centro ambulatorio para tratar esta problemática en este contexto desde una perspectiva sanitaria. El abordaje bio-psico-social es esencial para poder dar cobertura a las necesidades de los pacientes atendidos, siendo estos, los pacientes, el centro a partir del cual se adapta el tratamiento.

Paraules clau: Abús de Substàncies/ tractament; Alcoholisme/ rehabilitació; Política Sanitària; Presos; Presons.

Palabras clave: Abuso de Sustancias/ tratamiento; Alcoholismo/ rehabilitación; Política Sanitaria; Presos; Prisiones.

Keywords: Alcoholism/ rehabilitation; Health Policy; Prisoners; Prisons; Substance-Related Disorders/ therapy.

Correspondencia: orioltg2@hotmail.com

Torrents Guitart O. Alcohol i presó Abordatge de les relacions problemàtiques amb l'alcohol dins la presó des de la perspectiva de la salut. Ann Sagrat Cor. 2026; 33(2):69-73.

ABSTRACT

This text provides a descriptive and experiential account of the processes a person with alcohol problems undergoes once they enter prison. It also explains the stages they will face, from the moment of admission until the end of their stay in the correctional facility. It describes the professional approach used by an outpatient center to address this issue in this context from a healthcare perspective. The biopsychosocial approach is essential for meeting the needs of the patients being treated, as the patients themselves are the focal point around which the treatment is tailored.

INTRODUCCIÓ

Entenent la presó com una microsocietat particular, s'observa que l'alcohol és una de les substàncies minoritàries en aquest medi. Així i tot, la prevalença de persones que han tingut un problema amb aquesta substància abans d'ingressar a la presó és molt elevada. Rodríguez RM (2017) assenyalava que hi ha un 76% de persones amb problemes de drogues previ a l'ingrés a la presó, dels quals un 40% presenten problemes amb l'alcohol, tranquil·litzants i haixix, i un 36% amb problemes de cocaïna i heroïna [1]. És difícil recollir dades exactes atès que poden estar sotmeses a biaixos per factors no controlats. Malgrat això,

és indiscutible que la presó és un medi molt específic dins del global de la societat que ubica els usuaris d'alcohol, en tant que habitants temporalment estables en aquest medi, sota una situació "experimental" i artificial d'abstinència. Aquest aspecte contrasta amb l'evidència que vivim en una societat on l'alcohol està completament integrat en la quotidianitat, els costums i la cultura popular.

Des del Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències de Brians (Servei del CatSalut gestionat per la Fundació Salut i Comunitat), s'atén qualsevol resident del centre penitenciari que vulgui tractar la seva problemàtica amb les

substàncies addictives, essent l'alcohol una de les potencialment tractables. El CAS és un centre ambulatori voluntari. És confidencial i no ofereix beneficis penitenciaris, ja que la salut i el benestar personal són el principal benefici que pot treure'n l'interessat.

El present escrit pretén transmetre quina és l'opció de tractament que pot rebre qualsevol persona que refereixi problemàtica alcohòlica un cop ingressa al centre penitenciar i si demana ser atès pel CAS. El context penitenciar condiciona de manera directa el format de tractament i, per tant, difereix dels tractaments realitzats per a la mateixa substància en altres centres ambulatoris d'atenció a les drogodependències (CAS) que es realitzen en la comunitat o medi obert. El tractament a presó implica una adaptació als ritmes i processos penitenciaris. Al llarg del text, també es traslladen frases entre cometes que pertanyen a usuaris anònims del servei que han passat per aquest procés i han volgut col·laborar en aquest text a partir de les seves experiències i a qui, per la nostra part, volem traslladar el nostre agraïment.

Primera imposició contextual: la desintoxicació.

En tots els casos, l'entrada a presó suposa una abstinència forçosa per a la persona que ingressa. Per tant, és un moment on es fan paleses les síndromes d'abstinència alcohòlica a les poques hores de l'entrada al centre (tremolors, nàusees, sudoració, ansietat,...). Aquest aspecte és abordat pel personal mèdic i sanitari, que ofereix el tractament farmacològic adequat a la simptomatologia presentada pel pacient i que busca contrarestar els efectes físics aversius de l'abstinència alcohòlica. A la vegada ofereix a la persona la possibilitat de contactar amb el CAS com a recurs especialitzat en aquesta matèria. És en aquest punt que la persona, de manera inevitable inicia un procés de desintoxicació. Òbviament, en casos més greus, o en què els símptomes han quedat emmascarats en una fase inicial, poden aparèixer quadres clínics de més gravetat com convulsions o *delírium tremens*, que també acaben rebent el tractament farmacològic indicat.

"Recordo l'entrada a presó amb una sensació de gran desemparament. Un sentiment de desesperança únic. Enyorar la llibertat a la vegada que sentir dolors físics (diarrea, insomni, malsons, manca de forces...). Busques recursos per canalitzar el malestar: cridar, plorar... Van ser 5 o 6 dies molt durs. Tenia molts tremolors. Reps calmants. Viús un doble dol, el de la llibertat i el de no beure."

Per altra banda, hi ha persones coneixedores del funcionament de la presó per estades prèvies (és a dir, anteriors condemnes), que retornen a la presó perquè han reincidit en dinàmiques de vida socialment deprimides associades a uns

alts nivells d'alcoholisme. Es pot donar el cas que, per a les persones que venen sota aquestes circumstàncies, la presó els resulti un fet tranquil·litzador, entès com un límit necessari que està per sobre dels malestors físics. La persona sap que el malestar durarà poc i ràpidament serà calmat amb la medicació.

"Em va resultar més fàcil que en altres llocs. Les ganes de beure quedaven substituïdes per les pastilles."

També hi ha casos de persones que no volen medicació i, per tant, afronten l'abstinència sense rebre tractament farmacològic.

De camí a la fase de deshabitució

Un cop iniciada aquesta primera fase de contenció, la persona entra en un període d'abstinència forçosa que genera ansietat. Aquesta es va apaiçant a mesura que es va integrant i habituant al nou medi.

"No em vaig veure bé fins al cap d'un mes."

Podria dir-se que aquesta és la fase de deshabitució. Aquest és un procés lent, on el cos permet ubicar-se en l'espai, de vegades, però, la ment encara està en una altra etapa.

"Disminueixen els símptomes urgents. Comences a menjar, caminar, dutxar-te... Comences a millorar físicament, encara que psicològicament continues fora de la presó. Estàs queixós. És la vivència d'una bogeria anginant. Buscant la soledat. No volent-te integrar."

Des de la nostra experiència, creiem que el tractament de l'alcoholisme ha de ser abordat des d'una perspectiva bio-psico-social, atès que en les primeres etapes la persona necessita majoritàriament una ajustada pauta farmacològica que li permeti descansar. Però, per altra banda, aquest procés també necessita ser complementat, en la mesura que la persona mostri aquesta voluntat, d'un acompanyament social i psicològic.

Dins d'aquesta etapa, apareix un fenomen que es podria descriure com una *"falsa il·lusió abstèmia"*. La persona que anteriorment no tenia control de la ingesta alcohòlica, ara sent que pot gestionar un control total sobre aquesta. Es tracta d'un estat en què la persona pot quedar fixada durant tot el període de la condemna i, per tant, pot no generar cap tipus de canvi. Un individu pot viure en aquesta etapa fins al final del seu període penitenciar i, així, de manera subjectiva, considerar que no cal tractar res, atès que no beu i se sent "curat" de la seva dependència.

És en aquest punt que hi ha persones que poden caure en una etapa d'estancament, on

l'assoliment de l'abstinència física s'acaba convertint en un objectiu adaptatiu al medi. En aquests casos, és comú veure aparèixer comportaments que emulen estats d'embriaguesa. Alguns exemples més comuns són l'ús inadequat de medicació hipnoticosedant, ús d'altres substàncies relaxants (com per exemple l'haixix) o també l'ús desmesurat de cerveses sense alcohol. En el cas de la cervesa sense alcohol cal afegir que, si bé porten nul·la o poca quantitat d'alcohol, aquesta està provocant la reproducció de comportaments addictius del passat. Aquest aspecte no permet que la persona pugui fer una deshabitació completa, ja que continua havent-hi un element que calma les ansietats del moment a través d'una beguda.

"Es produeixen substitucions (fumar molt, abús del cafè, abús de fàrmacs...). L'alcohol sempre obre la porta a altres substàncies."

La presó no és un espai hermètic al cent per cent, i òbviament pot tenir entrades d'alcohol en el seu interior. Malgrat això, continua essent la substància menys prevalent als centres penitenciaris. Puntualment, també hi ha la presència d'alcohol fabricat pels mateixos usuaris de manera artesanal i clandestina. Aquesta beguda alcohòlica autolaborada, rep el nom de "txitxa". Aquest és un líquid generat a través d'aigua i pell de fruita fermentada en unes condicions de temperatura adequada. Per tot el que implica elaborar-ne, la seva incidència és anecdòtica, però òbviament pot ser un recurs que pot utilitzar algú que vulgui buscar l'efecte d'embriagament.

Tractament psicològic i social

És des de la perspectiva psicològica i social que la persona necessita treballar, en uns nivells més profunds, la seva relació problemàtica amb l'alcohol. Ara bé, això suposa uns costos de patiment mental a què no totes les persones es volen sotmetre. Com fèiem referència en l'apartat anterior, els fàrmacs sedatius són uns aliats perfectes per apaivagar el malestar psicològic que comporta, però per altra banda, són barreres o obstacles a la possibilitat de generar canvis interns en la persona per tal de poder abordar aquesta dependència. L'abstinència de l'alcohol, posa en evidència, i fa més presents, els neguits que té la persona, i que no patia mentre ingeria alcohol. Si alguna cosa provoca la presó, és més consciència del temps, i en conseqüència, més temps per pensar i, valgui la redundància, més temps per sentir.

"Es comença a patir més a nivell psicològic."

"Penses un 70% més. Busques ajuda."

És en aquest moments quan la substància perd importància, i l'objecte a atendre és el món psi-

coemocional i social de la persona (el seu tarannà, caràcter, personalitat, biografia, educació, família, socialització...). En aquest moment s'observa que la substància a la qual la persona tenia una dependència ja no és tan important, i que allò que cal esbrinar és quina funció feia aquesta substància en la vida de la persona. Amb això es vol dir, que en aquest punt, el tractament per a abandonar l'alcohol acaba sent el mateix que el tractament per abandonar la cocaïna, l'heroïna, la ketamina, l'haixix o qualsevol altra substància o comportament addictiu. Quan la substància o la conducta addictiva (la que sigui) s'ha posat al centre de la vida de la persona, alguna funció està fent, i voler esbrinar-ho genera patiment. No tothom està disposat a sostenir el malestar emocional, i per tant, pot quedar-se en l'etapa anterior d'abstinència física d'immobilitat psicològica.

"Alguns, a presó, fan una retenció temporal de l'alcohol. Tornen a sortir amb el desig de beure i la falsa esperança de voler-lo controlar. EL problema no és l'alcohol, sinó les carències emocionals. Voler canviar, però no saber-ho fer. Qüestionar-te. Ens falta la tècnica, que només s'aprèn amb el suport professional, viatjant amb ells cap a l'autoconeixement, trencant les resistències."

"Sempre me n'he adonat que tinc un problema amb l'alcohol, però sempre m'ha costat demanar ajuda i entro en comportaments d'intentar controlar l'alcohol."

Des del punt de vista professional, s'entén que no hi ha cap altra manera per seguir avançant que no sigui partint des del respecte als processos pels quals la persona transita. Per tant, forçar que la persona vulgui avançar en el seu procés d'autoconeixement no creiem que sigui una manera suficientment adequada per tractar una persona amb dificultats en la seva relació amb l'alcohol. Hi ha diferents motius pels quals l'individu es vulgui mantenir en l'etapa d'estancament. Possiblement, la persona ha trobat un equilibri rentable, ja que físicament nota millores, i la pròpia paràlisi que provoca l'estada al centre penitenciar, no li permet plantejar assolir nous reptes o preocupacions. D'alguna manera, està reduint danys en la seva salut, i això ja és un avenç cap a una millora.

Per entrar en el món emocional de la persona, només hi ha d'haver dos requisits previs indispensables que conflueixin a la vegada: la voluntat del pacient de voler parlar d'aquests aspectes i la voluntat del professional de voler escoltar de manera genuïna les necessitats del pacient. Per poder-ho fer, entenem que cal generar espais que facilitin la comunicació d'aquests aspectes que no són fàcils de treure a la llum. Generar espais de confiança. L'abordatge individual és una bona manera per poder atendre aquestes qüestions, però l'experiència ens diu que l'abordatge psi-

coterapèutic grupal és una de les eines més potents per poder provocar canvis en l'individu. Hi ha molts efectes de la teràpia grupal que generen beneficis en el pacient: efectes com la ressonància emocional o identificacions (efecte mirall), l'honestedat grupal que dificulta mantenir-se en personatges idealitzats, o la possibilitat per mostrar-te obert a ser examinat per més persones dotades d'experiències similars.

"En un grup de teràpia no hi ha escapatòria. Tu, amb tu mateix, i amb els altres. No puc manipular, ni dissimular... La resta se n'adona. En grup et sents petit, desapareix el personatge defensat"

"Quan ets jove, els altres et poden explicar la teva vida per avançat, i quan ets veterà, els joves ens recorden i reforcen la bona decisió que vaig prendre quan vaig decidir deixar la beguda".

"El grup és un punt de referència i és un sistema de mesura que et permet saber en quin moment et trobes en el teu procés"

Darrere d'un procés d'alcoholisme, no és estrany veure processos depressius, processos de dol no resolts, experiències traumàtiques no parlades, patrons educacionals on no s'ha forjat una autoestima protectora a través de vincles emocionals nutritius i saludables en l'entorn primari (com per exemple, la família). Per aquest motiu, si el servei sanitari on s'atén les persones amb aquesta problemàtica i la formació dels seus professionals ho permet, recomanem enormement la possibilitat d'abordar la problemàtica depenent des d'un format terapèutic que anomenem Grup Multifamiliar [2]. Aquest és un grup complementari, on la família també pot incloure's en el procés, ja que ells també són participants i agents del canvi, i estan directament implicats en la dinàmica relacional patològica.

"El Grup Multifamiliar és un complement important en el procés de recuperació. Portes les persones que han viscut el problema amb tu. El grup fa de pont per poder parlar amb la teva família."

El que es detecta en aquests grups són funcionaments relacionals patològics que no permeten canvis i que perpetuen la problemàtica alcohòlica. El Grup Multifamiliar permet actualitzar i reestablir una nova manera de relacionar-se, i per tant, també de comunicar-se, facilitant l'aparició d'aspectes no parlats en el si de la família que han estat tapats o amagats i que han condicionat de manera notòria la relació entre ells. Considerem que poder oferir un espai comunicatiu que permeti restablir vincles amb persones significatives d'una manera sana, fugint de les dependències emocionals o interdependències patològiques en què estaven atrapats, pot repercutir en un millor afrontament del comportament depenent alcohòlic, atès que la persona i la seva família as-

sumeixen en una mesura més gran la responsabilitat de les seves relacions [3].

Afrontament del procés permissiu i/o la sortida en llibertat

Els permisos penitenciaris són beneficis de la pena privativa de llibertat concedits pel jutge amb base en les valoracions fetes pels professionals del centre que s'encarreguen d'avaluar i tractar la conducta actual i passada de l'intern. Òbviament, la conducta passada és la que té a veure amb el delicte pel qual està empresonat, alhora que avaluen el comportament actual (entre altres requisits) per valorar si és mereixedor d'aquest benefici penitenciar. A efectes reals, el permís penitenciar permet a l'intern gaudir d'unes hores o uns dies fora de la presó.

Aquest moment intercedeix de manera directa en el moment del procés personal en què es troba el pacient. En el marc d'una persona que té una història problemàtica amb l'alcohol, el permís penitenciar posa la persona de nou en els escenaris on es movia fent ús d'aquesta substància. Per tant, es posa davant d'una prova de foc. En funció de com aquesta hagi pogut treballar amb el món relacional intern (personal i familiar) i extern (familiar i social), podrà disposar de més o menys eines per afrontar les decisions vitals que li toca assumir en el moment actual, entre elles, i per exemple, les ganes de beure, que poden aparèixer de nou a la sortida. El treball psicològic fet fins al moment és el que permetrà afrontar aquest moment amb major o menor consciència i honestedat. En aquests moments, hi ha pacients que prefereixen fer ús de fàrmacs interdictors per afrontar el contacte amb el carrer, com per exemple el disulfiram. Aquest és un fàrmac, d'ús diari, que actua de manera aversiva al cos de la persona si aquest ingereix alcohol. El fàrmac en si no genera cap efecte al cos de la persona, i només produeix sensacions físiques desagradables si la persona té contacte amb l'alcohol (enrogiment de la pell, taquicàrdia, nàusees,...). Aquest fàrmac només està indicat per a pacients conscients de la problemàtica alcohòlica i que l'ús del qual, els genera seguretat per no beure.

En l'etapa de permisos penitenciaris es posen en evidència moltes frustracions que sentia l'intern dins de la presó (però que no es vivien directament), com per exemple: situacions familiars complexes, sentir-se deshabituat en el funcionament quotidià (familiar i social), sentir que el seu entorn proper ha après a funcionar sense ell, la sensació de soledat, respirar la por (desconfiança) del seu entorn perquè no torni a aparèixer la persona d'abans d'entrar a presó, manca d'ingressos econòmics i dificultats per poder generar-ne de nous, sentir la pressió de respondre a les expectatives socialment desitjades,...

"No sempre ha anat bé. No et sents prou recolzat. No es compleixen les teves expectatives i et frustres."

D'altra banda, malgrat els pacients sentin aquestes frustracions, els permisos poden ser funcionals, i per tant, serveixen per iniciar d'una manera lenta i curiosa la consolidació dels canvis fets a dins de la presó.

"El que et fa beure depèn del procés personal que hagi fet prèviament. És important un treball de gestió emocional per afrontar un fet inesperat o desagradable que et faci buscar la solució en l'alcohol. Sobretot es resol amb la contenció i la capacitat de buscar acompanyament emocional. Ser conscient de la teva pròpia emoció."

Aquestes experiències que apareixen en els permisos, es presenten de manera inevitable i abrupta en el moment en el qual la persona surt directament en llibertat, i per tant, abandona definitivament el centre penitenciari quan el seu temps de condemna ha finalitzat. Moltes vegades, des del CAS, no sabem què passarà un cop la persona abandona els murs de la presó. Se li facilita la vinculació als recursos especialitzats de la xarxa de drogodependències. Algunes persones surten més o menys reforçades, o en etapes més o menys avançades en el seu procés terapèutic. Fins i tot, hi ha persones que surten més o menys conscients del seu problema i amb la necessitat de seguir buscant espais d'acompanyament. Els tempos els marca el context i el ritme psicoemocional del pacient. Des de l'equip professional, s'intenta oferir i facilitar espais d'acompanyament on la persona pugui expressar les seves preocupacions envers l'alcohol i promoure la cerca d'itineraris per l'autoconeixement.

"A mi m'ajuda tenir un horitzó: què puc fer amb la meua vida a partir d'ara? Mantenir l'abstinència. Creure en la meua fortaleza. Si faig les coses bé, em mantindré allunyat de l'alcohol. Puc utilitzar les meves capacitats en benefici del meu objectiu personal, sent honest amb mi mateix i amb els altres."

CONCLUSIONS

- La presó és un context molt específic per realitzar un tractament per a persones amb una relació problemàtica amb l'alcohol.

- El tractament ha d'estar sotmès de manera inevitable als ritmes i processos penitenciaris que marca el context i el pacient.
- Des del CAS es realitza un tractament per a la problemàtica alcohòlica des d'un acompanyament bio-psico-social.
- L'abordatge farmacològic és necessari per la contenció, i és l'inici d'un procés que pot seguir avançant al ritme de la voluntat de la persona interessada.
- Des de l'enfocament psicològic i social, no volem reduir el tractament a la substància problema (per exemple: l'alcohol), ja que això ens fa oblidar la persona que genera dependències, i en conseqüència, les drogodependències i comportaments addictius.
- Els espais psicoterapèutics grupals són formats essencials per al tractament de les persones amb problemàtica de dependència.
- Un Grup Multifamiliar té un alt valor terapèutic per al tractament de l'alcoholisme i les drogodependències en general. A la vegada, ajuda en el procés penitenciari en el qual està immersa la persona i la seva família. És un espai frontera on poder parlar d'allò que no es pot, o no s'ha pogut parlar en anterioritat, i que ha condicionat de manera nociva la relació entre el pacient i la família, de manera que fomenta una reactualització de la relació.
- Oferir espais suficientment contenidors, segurs i fiables, ajuda a la persona a voler seguir explorant en el seu autoconeixement.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Rodríguez RM. Discapacidad psíquica y riesgo de exclusión social. Las personas con enfermedad mental en prisión. Panorama Social. 2017; 26:135-42.
- [2]. Torrents O, Jiménez R. Aspectos beneficiosos de la aplicación de un grupo multifamiliar en prisión. Teor pract grupoanalítica. 2017; 7(1):43-52.
- [3]. García Badaracco JE. El psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde "la virtualidad sana". Rev Psicoanal. 2006; 62(4):919-36.



Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: caso clínico

Wernicke-Korsakoff syndrome: clinical case

LUCÍA BERNARD GARZÓN

Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona, Campus Clínic.

Paraules clau: Alcoholisme /complicacions; Deficiència de tiamina; La síndrome alcohòlica de Wernicke-Kórsakoff.

Palabras clave: Alcoholismo /complicaciones; El síndrome de Korsakoff; Deficiencia de tiamina; Encefalopatía de Wernicke.

Keywords: Alcoholism /complications; Korsakoff Syndrome; Thiamine Deficiency; Wernicke Encephalopathy.

Rebut: 26-març-2026

Acceptat: 16-abril-2026

Correspondència: lucia.bernard02@gmail.com

Bernard Garzón L. Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic. *Ann Sagrat Cor.* 2026; 33(2):74-76.

RESUM

La síndrome de Kórsakoff és una amnèsia crònica derivada d'una encefalopatia de Wernicke no diagnosticada o mal tractada i està causada per una deficiència de tiamina (vitamina B1). La síndrome de Wernicke-Kórsakoff s'associa principalment a l'addicció a l'alcohol, però també pot aparèixer en altres afeccions relacionades amb la deficiència de tiamina.

El consum crònic d'alcohol provoca canvis silenciosos en l'estructura i la funció dels sistemes nerviosos central i perifèric que, amb el temps, donen lloc a repercussions irreversibles i debilitants. Un cop identificats, els suplementos nutricionals i les mesures per deixar de beure són fonamentals per prevenir un dany neurològic més gran. Les manifestacions clíniques inclouen atàxia cerebel·losa, neuropatia perifèrica i encefalopatia de Wernicke-Kórsakoff. La investigació continuada dels mecanismes fisiopatològics podria conduir al descobriment d'intervencions primerenques capaces de prevenir lesions neurològiques permanents.

RESUMEN

El síndrome de Korsakoff es una amnesia crónica derivada de una encefalopatía de Wernicke no diagnosticada o mal tratada y está causada por una deficiencia de tiamina (vitamina B1). El síndrome de Wernicke-Korsakoff se asocia principalmente a la adicción al alcohol, pero también puede aparecer en otras afecciones relacionadas con la deficiencia de tiamina.

El consumo crónico de alcohol provoca cambios silenciosos en la estructura y la función de los sistemas nerviosos central y periférico que, con el tiempo, dan lugar a repercusiones irreversibles y debilitantes. Una vez identificados, los suplementos nutricionales y las medidas para dejar de beber son fundamentales para prevenir un mayor daño neurológico. Las manifestaciones clínicas incluyen ataxia cerebelosa, neuropatía periférica y encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. La investigación continua de los mecanismos fisiopatológicos podría conducir al descubrimiento de intervenciones tempranas capaces de prevenir lesiones neurológicas permanentes.

ABSTRACT

Korsakoff syndrome is a chronic amnesia resulting from unrecognized or undertreated Wernicke encephalopathy and is caused by thiamine (vitamin B1) deficiency. The Wernicke-Korsakoff syndrome is mostly related to alcohol addiction but can also occur in other thiamine deficiency related conditions. Chronic alcohol use induces silent changes in the structure and function of the central and peripheral nervous systems that eventually result in irreversible, debilitating repercussions. Once identified, nutritional supplementation and cessation measures are critical in preventing further neurologic damage. Clinical manifestations include cerebellar ataxia, peripheral neuropathy and Wernicke-Korsakoff encephalopathy. Continued exploration of the pathophysiologic mechanisms may lead to the discovery of early interventions that can prevent permanent neurologic injury.

INTRODUCCIÓ

El trastorn per consum d'alcohol representa un problema de salut pública de primera magnitud a Espanya, amb conseqüències devastadores tant en l'àmbit individual com sistèmic. Entre les complicacions neurològiques més greus destaca l'encefalopatia de Wernicke, una emergència mèdica causada pel dèficit de tiamina que, si no es tracta adequadament i de forma precoç, pot progressar a la síndrome de Kórsakoff [1].

Malgrat disposar d'un sistema sanitari universal amb centres ambulatoris públics d'atenció a les addiccions, la bretxa de tractament continua sent enorme [2]. La situació és especialment crítica en poblacions vulnerables com les persones sense llar, on el consum d'alcohol sovint representa una estratègia de supervivència davant l'exclusió social, la hipotèrmia o el trauma psicològic. Això se suma a taxes més elevades de malnutrició i dèficit de tiamina, que augmenten el risc d'encefalopatia de Wernicke. Tot i això, tenen un

accés limitat als serveis sanitaris i als recursos de deshabituació. La paradoxa és evident: aquells amb més risc de complicacions neurològiques greus són precisament els que tenen menys probabilitats de rebre un tractament adequat.

El cas presentat és el d'un pacient amb la síndrome de Wernicke-Kórsakoff, hepatopatia crònica enòlica i encefalopatia hepàtica. Es poden veure les conseqüències greus del trastorn per consum d'alcohol, i s'evidencia la complexitat del maneig i les limitacions del sistema per proporcionar una atenció integral i continuada a pacients amb necessitats complexes derivades d'aquesta afectació.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home de 58 anys que es presenta a Urgències per una clínica de dies d'evolució de confusió, al·lucinacions, debilitat, alteració de la marxa i alteracions dels moviments oculars. El pacient té una història de consum d'alcohol de llarga evolució.

Anamnesi

Antecedents

Fumador de 20 cigars/dia, declara ser consumidor de begudes alcohòliques, actualment 5 UBE/dia (cerveses), en la història clínica es parla d'un consum de fins a 12 cerveses. No refereix cap al·lèrgia medicamentosa coneguda.

- Ingress el 2023 per sèpsia respiratòria, rabdomiòlisi, malaltia renal aguditzada i encefalopatia hepàtica (serologies hepatitis negatives), possible Wernicke.
- Ingress el 2025 per crisis comicials secundàries a l'abstinència alcohòlica i a la deselectrolitèmia (hipoK, hipoP, hipoMg), i la síndrome confusional.

Exploració física

El pacient estava hemodinàmicament estable, conscient, orientat en persona i espai, amb una lleu desorientació en el temps. Normohidratat i normocolorejat. Eupneic i afebril.

L'exploració neurològica mostrava pupil·les isocòriques reactives, MOE (moviments oculars externs) sense alteracions, nistagmes, parells cranials conservats, i força i sensibilitat en extremitats inferiors i superiors conservades. *Flapping* distal i inestabilitat de la marxa.

Proves complementàries

- Analítica: sèrum 140 mg/dl (74 - 109), sodi 133 mmol/l (136 - 145), AST (GOT) 79 U/L

(Inf. 50) , gamma-GT 94 U/L (8 - 61), àcid làctic (Lactat) 2,80 mmol/L (0,5 - 1,6).

- Gasometria venosa: pH 7,49 (7,35 - 7,45), PCO₂ 23 mm Hg (41 - 45), PO₂ 53 mm Hg (25 - 40), Bicarbonat 18 mEq/l (24 - 28), CO₂ total 18 mEq/l (25 - 29), excés de bases cel·lulars -4,1 mEq/l (-3 - 3), SatO₂ 90% (60 - 80).

El conjunt de troballes suggereix un pacient amb consum crònic d'alcohol que presenta la síndrome d'abstinència (manifestat per l'alcalosi respiratòria), dany hepàtic alcohòlic (elevació de transaminases i GGT) i alteracions metabòliques secundàries (hiperlactatèmia, hiperglucèmia, hiponatremia).

- EEG: normal, sense asimetries ni activitat epiléptiforme valorables.
- RMN cerebral: àrees d'hipersenyall bilaterals, simètriques en l'àmbit dorsomedial dels tàlems, regió periaqueductal i extrem posterior de la placa tectal, compatibles amb encefalopatia de Wernicke. Múltiples focus de desmielinització isquèmica que afecten de forma difusa la substància blanca dels dos hemisferis cerebrals. Signes d'atròfia cerebral de distribució simètrica (síndrome de Kórsakoff).

Diagnòstic

Durant l'ingrés el pacient és valorat pels serveis de Neurologia i Psiquiatria i s'orienta com a síndrome confusional en context d'hepatopatia crònica per enol, encefalopatia hepàtica grau 1 i demència de Wernicke-Kórsakoff.

Tractament i evolució

No va tenir símptomes d'abstinència. Se'l va tractar amb Clometiazol i vitamina B1 (500 mg / 8 h durant 3 dies de forma endovenosa i 300 mg / 24 h via oral, com indiquen les guies de l'EFNS) [3]. Després del tractament i dels dies d'ingrés, el pacient continuava amb una amnèsia anterògrada important. La psiquiatria va recomanar que anés a un centre de deshabituació per a un període d'abstinència supervisada, i el va orientar sobre possibles recursos externs privats.

A l'alta se li va prescriure el tractament següent: bupropion 150 mg, nicotina 21 mcg en pegats, gabapentina 100 mg cada 12 h, omeprazol 20 mg cada 24 h, vitamina B1 300 mg cada 24 h, hidròxid de magnesi 53 mg cada 12 h, clometiazol 192 mg cada 24 h.

DISCUSSIÓ

La progressió de l'encefalopatia de Wernicke (reversible) a la síndrome de Kórsakoff (irreversible) representa una complicació devastadora que

afecta aproximadament el 80-85% dels pacients amb encefalopatia de Wernicke (diagnòstic clínic seguint els criteris de Caine et al. [4]; mínim 2 de 4: antecedents de deficiència dietètica, alteracions oculomotores, disfunció cerebel·losa, alteració de l'estat mental/memòria lleu) no tractada precoçment [1]. El fet que el pacient mantingui una amnèsia anterògrada important després del tractament confirma el dany neurològic permanent en estructures com els cossos mamil·lars, el tàlem i el lòbul frontal (síndrome de Kórsakoff, caracteritzada per dèficits marcats en memòria episòdica, funció executiva i capacitat d'aprenentatge nou).

El repte fonamental es troba en la paradoxa que presenta aquest pacient. D'una banda, necessita deshabitució alcohòlica i seguiment estricte d'un règim farmacològic complex, però la seva restricció cognitiva i l'amnèsia anterògrada limiten la seva capacitat per adherir-se bé al pla terapèutic.

El cas presentat exposa la dificultat de poder accedir a centres de deshabitució per consum de substàncies, sigui per motius de tipus socioeconòmic o no, atès que fins i tot els centres privats es troben col·lapsats.

Espanya ha desenvolupat una xarxa de centres ambulatoris per al tractament d'addiccions finançats públicament (CAS a Catalunya). Tot i que aquesta xarxa representa un model relatiu d'èxit, encara hi ha limitacions estructurals importants com la manca de sistemes d'història clínica compartida entre atenció primària i serveis especialitzats en addiccions (cal més coordinació entre nivells assistencials) [5], una variabilitat significativa en recursos i provisió de cures entre comunitats autònomes i l'estigma persistent cap a aquests pacients [6]. Les dades mostren que només una minoria de les persones amb trastorn per consum d'alcohol reben tractament i que els recursos de neurorehabilitació són insuficients [7,8].

Per a pacients amb necessitats complexes com la síndrome de Kórsakoff, el sistema públic no ofe-

reix solucions adequades. La dependència de recursos privats i de suport familiar no és una solució sistèmica, sinó l'evidència d'un sistema que, malgrat les seves fortaleces teòriques, no pot respondre a les necessitats de tota la població. La millora del tractament del trastorn per consum d'alcohol per part del sistema sanitari és essencial per abordar els efectes sobre la salut, socials i econòmics de l'alcohol, i garantir l'accés equitatiu a l'atenció sanitària, particularment per a les poblacions vulnerables.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007; 6(5):442-55.
- [2]. Rehm J, Assanangkornchai S, Hendershot CS, et al. Alcohol use disorders. *Lancet.* 2025; 406(10516):2269-81.
- [3]. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy: EFNS guidelines for Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol.* 2010; 17(12):1408-18.
- [4]. Caine D, Halliday GM, Kril JJ, et al. Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997; 62(1):51-60.
- [5]. Andreu M, Alcaraz N, Gual A, et al. Primary care provider expectations of addiction services and patients in Spain. *Fam Pract.* 2022; 39(2):269-74.
- [6]. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bobes-Bascaran MT, et al. The state of psychiatry in Spain. *Int Rev Psychiatry.* 2012; 24(4):347-55.
- [7]. Mekonen T, Chan GCK, Connor J, et al. Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2021; 116(10):2617-34.
- [8]. Mozo JF, Pardo N, Hassell AM, et al. Bridging gaps in neuropsychological rehabilitation intensity for post-stroke population in Spain. *Arch Clin Neuropsychol.* 2025; 40(3):574-90.



Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic i revisió de l'entitat

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: caso clínico y revisión de la entidad

Wernicke-Korsakoff syndrome: clinical case and review of the condition

MIGUEL GALLEGO GRACIA, ANGÉLICA RAMÍREZ

Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona, Campus Clínic.

RESUM

El síndrome de Wernicke-Kórsakoff, que es veu sovint en persones que beuen alcohol amb freqüència, és una afecció comuna causada per una manca de tiamina, o vitamina B1. Originalment es va definir per un conjunt de tres símptomes: confusió o demència, moviments oculars anormals o paràlisi, i manca de coordinació o equilibri (atàxia). El terme "síndrome de Wernicke-Kórsakoff" s'utilitza en un sentit més ampli per descriure dues afeccions relacionades: l'encefalopatia de Wernicke i el síndrome de Kórsakoff. L'encefalopatia de Wernicke implica una confusió greu, que normalment millora amb el tractament. El síndrome de Kórsakoff, en canvi, inclou confabulació, pèrdua de memòria i dificultats per caminar, i normalment és irreversible. El síndrome de Kórsakoff pot desenvolupar-se si la encefalopatia de Wernicke no es tracta a temps.

Es descriu el cas d'un home de 53 anys que en el moment de l'ingrés presentava la tríada clàssica: al·lucinacions, atàxia de la marxa severa, i desviació de la mirada en realitzar maniobres oclusives de l'ull.

RESUMEN

El síndrome de Wernicke-Korsakoff, que suele observarse en personas que consumen alcohol con frecuencia, es un problema común derivado de la falta de tiamina, o vitamina B1. Originalmente se definía por un conjunto de tres síntomas: confusión o demencia, movimientos oculares inusuales o parálisis, y falta de coordinación o equilibrio (ataxia). El término "síndrome de Wernicke-Korsakoff" se utiliza de forma más amplia para describir dos afecciones relacionadas: la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke consiste en una confusión grave, que suele mejorar con el tratamiento. Por otro lado, el síndrome de Korsakoff se caracteriza por la presencia de confabulaciones, pérdida de memoria y problemas para caminar, y normalmente es irreversible. El síndrome de Korsakoff puede desarrollarse si la encefalopatía de Wernicke no se trata a tiempo.

Se describe el caso de un hombre de 53 años que en el momento del ingreso presentaba la tríada clásica:

Paraules clau: Alcoholisme /complicacions; Deficiència de Tiamina; Síndrome Alcohòlica de Wernicke-Kórsakov.

Palabras clave: Alcoholismo /complicaciones; Síndrome de Korsakoff; Deficiencia de Tiamina; Encefalopatía de Wernicke.

Keywords: Alcoholism /complications; Korsakoff Syndrome; Thiamine Deficiency; Wernicke Encephalopathy.

Rebut: 26-març-2026

Acceptat: 16-abril-2026

Correspondència: miguel.gallego.gracia@gmail.com

Gallego Gracia M, Ramírez A. Síndrome de Wernicke-Kórsakoff: cas clínic i revisió de la literatura. *Ann Sagrat Cor*. 2026; 33(2):77-81.

alucinaciones, ataxia de la marcha severa, y desviación de la mirada al realizar maniobras oclusivas del ojo.

ABSTRACT

Wernicke-Korsakoff syndrome, which is commonly seen in people who drink alcohol frequently, is a common condition resulting from a lack of thiamine, or vitamin B1. It was originally defined by a set of three symptoms: confusion or dementia, abnormal eye movements or paralysis, and impaired coordination or balance (ataxia). The term "Wernicke-Korsakoff syndrome" is used more broadly to describe two related conditions: Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's syndrome. Wernicke's encephalopathy consists of severe confusion, which usually improves with treatment. In contrast, Korsakoff syndrome is characterized by confabulation, memory loss, and gait abnormalities, and is usually irreversible. Korsakoff syndrome can develop if Wernicke's encephalopathy is not treated in time.

We report the case of a 53-year-old man who, at the time of admission, presented with the classic triad: hallucinations, severe ataxia of gait, and gaze deviation during eye-occlusion maneuvers.

INTRODUCCIÓ

La síndrome de Wernicke-Kórsakoff (WK) és un trastorn cerebral greu que, en general, tot i que no de manera exclusiva, s'associa amb l'abús crò-

nic d'alcohol. La prevalença de la síndrome de WK entre la població no està ben establerta, i els investigadors estimen que pot romandre sense diagnosticar en aproximadament el 80% dels pacients [1-3].

La síndrome de WK està formada per dos trastorns cerebrals diferents que sovint ocorren junts: la malaltia (o encefalopatia) de Wernicke i la psicosi (o síndrome) de Kórsakoff. Són el resultat del dany cerebral associat amb l'abús d'alcohol combinat amb la deficiència de vitamina B1 (tiamina). En les persones amb alcoholisme greu, la mala nutrició disminueix la capacitat de l'intestí per absorbir la tiamina dels aliments i, per tant, augmenta la possibilitat de desenvolupar la síndrome de WK. Sense tractament, aquesta síndrome pot incapacitar, produir pèrdua permanent de la memòria i causar la mort [1,2].

Es diagnostica clínicament a partir de la història del pacient i la presència d'un conjunt de tres símptomes: confusió o demència, moviments oculars anormals o paràlisi, i manca de coordinació o equilibri (atàxia). És possible que es pugui confirmar el diagnòstic mitjançant ressonància magnètica (RM) del cervell.

També pot ser causada per altres afeccions que involucren desnutrició i deficiència de la vitamina B1, com ara càncer, SIDA, vòmits excessius (sovint associats amb l'embaràs), anorèxia nerviosa, hemodiàlisi i cirurgia gastrointestinal o bariàtrica [1]. Aquests casos, però, són molt menys prevalents que els associats amb l'abús de l'alcohol.

Els primers símptomes de la malaltia de Wernicke poden revertir-se si es detecten i tracten amb promptitud i del tot, per la qual cosa cal considerar-la una emergència mèdica. El tractament es basa en l'administració intravenosa de vitamina B1 i glucosa, abordant els símptomes concurrents a curt termini [1].

Sense el tractament adequat, la malaltia de Wernicke pot progressar a la psicosi de Kórsakoff i la pèrdua greu de memòria i altres danys podrien tornar-se permanents. Els tractaments per a la psicosi de Kórsakoff inclouen el reemplaçament intravenós de vitamina B1 teràpia i suplementes orals durant diverses setmanes, així com nutrició adequada, hidratació i altres medicaments per controlar símptomes específics. A banda de la teràpia B1 a curt termini, no hi ha un tractament òptim: el tractament sovint varia segons els símptomes, la gravetat i altres dèficits concurrents, com la psicosi o altres trastorns psiquiàtrics importants. Les teràpies de rehabilitació de la memòria, semblants a les proporcionades per diverses formes de demència, poden ser efectives per disminuir els símptomes, però els casos greus sovint requereixen ingrés [1].

Aquest cas il·lustra la presentació d'una síndrome de Wernicke-Kórsakoff amb la tríada clàssica d'atàxia de la marxa, alteracions oculars i deliri, així com el tractament del dèficit crònic de la tiamina com a tractament de la síndrome.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home de 53 anys que es presenta a Urgències després d'una caiguda espontània estant sol a casa. Presentava atàxia de la marxa que impossibilitava deambular, quadre confusional i diplopia.

El familiar que l'acompanya indica un deteriorament accelerat les darreres tres setmanes. Es troba malnodrit, amb baixa fluïdesa del llenguatge i discurs delirant. És incapaç de deambular (sembla que el dia anterior sí que podia) i presenta una limitació en l'abducció de la mirada dels dos ulls.

Anamnesi

Antecedents

Pacient que, arran d'un quadre de depressió, inicia un abús d'alcohol d'unes 21 unitats bàsiques estàndard. Diagnòstic d'hepatopatia crònica.

Exploració física

Desorientat en temps, espai i persona. Presentava clínica d'al·lucinacions, apatia, discurs lent i desorientat. Hemodinàmicament estable.

Atàxia de la marxa severa i incapacitat per realitzar la maniobra dit-nas amb els ulls tancats, diplopia ocasional acompanyada d'extraversió de la mirada, discurs incoherent. Presentava rigidesa muscular generalitzada, juntament amb hiperreflexia, força 4/5 a les EESS i 2/5 a les EEII i atròfia muscular a les cames.

No presentava nistagmes ni alteració d'altres parells cranials. Els reflexos pupil·lars eren correctes. Tant la sensibilitat com la propiocepció estan preservades.

Proves complementàries

A l'anàlisi d'urgències destacava un perfil hepàtic conservat, normoglucèmia, un VCM = 102 fl, una ferritina de 422 ng/mL, albúmina de 3,8 g/dL i un K=3,1. Es va realitzar un TC cranial que va descartar lesions agudes.

RMN cranial: mostrava dilatació ventricular i de solcs. Atròfia corticosubcortical.

Diagnòstic

L'orientació diagnòstica va ser de síndrome de Wernicke-Kórsakoff associat al consum crònic d'alcohol.

Tractament i evolució

Per revertir el dèficit crònic de tiamina, es van administrar altes dosis (500 mg cada 8 h en infusions de Vitamina B1 (tiamina) per via intravenosa) i, posteriorment, suplement de tiamina via oral de manera crònica.

A posteriori cal abordar les comorbiditats del pacient. En aquest cas, el tractament de la depressió i de la hipopotassèmia que es va observar.

El tractament ha d'incloure una bona nutrició, mantenir el balanç hidroelectrolític, i l'abandonament de l'hàbit alcohòlic.

Vint dies més tard presenta una franca millora de l'estat cognitiu, sense idees delirants i amb discurs organitzat. Està orientat en persona, espai i temps. Continua amb una marcada hiperreflexia i amb diplopia ocasional quan enfoca ràpidament un nou objecte. No es troba capacitat per deambular autònomament, però amb ajuda pot fer algunes passes.

Al cap de 37 dies de l'ingrés, el pacient va ser donat d'alta al seu domicili amb una restitució completa de l'estat mental, sense deliris ni al·lucinacions, deambulant de manera autònoma i sense dismetria ni disdiadococinèsia. Sí que presentava diplopia ocasional associada a moviments cefàlics ràpids.

DISCUSSIÓ

Revisió de l'entitat

La síndrome WK és la complicació neurològica més coneguda de la deficiència de tiamina (vitamina B1) [4]. El terme es refereix a dues síndromes diferents, cadascuna de les quals representa una etapa diferent de la malaltia. L'encefalopatia de Wernicke (EW) és una síndrome aguda que requereix tractament urgent per prevenir la mort i la morbiditat neurològica. La síndrome de Kórsakoff (SK) fa referència a una afecció neurològica crònica que sol presentar-se a conseqüència de l'EW [1].

El 1881, Carl Wernicke va descriure una encefalopatia aguda caracteritzada per confusió mental, oftalmoplexia i atàxia de la marxa, i la va associar amb troballes d'autòpsia d'hemorràgies puntiformes al voltant del tercer i quart ventricle i l'aqüeducte [5]. Uns anys més tard, el psiquiatre rus Sergei Kórsakoff va descriure una síndrome amnèsica crònica en què la memòria es veia afectada de forma desproporcionada en comparació amb altres dominis cognitius [6]. Tot i que les dues observacions es van descriure en el context del consum excessiu d'alcohol, ni Wernicke ni Kórsakoff van reconèixer inicialment la relació entre els trastorns, cosa que altres investigadors no van apreciar fins més tard.

La tiamina és un cofactor del metabolisme dels hidrats de carboni i aminoàcids que no és produïda per l'home, sinó que és de consum extern. Es troba en una àmplia gamma d'aliments i el seu dèficit no s'associa a una dieta concreta, sinó a un dèficit de nutrició global. La simptomatologia és potencialment reversible mitjançant l'administració parenteral de tiamina, especialment en les primeres 72 h des de l'inici dels símptomes. Si no es tracta en aquest moment, l'evolució de la malaltia pot portar a la mort (fins al 20% dels pacients) o al desenvolupament de la síndrome de Kórsakoff (85% dels pacients) [7].

Les lesions cerebrals típiques de l'EW s'observen a l'autòpsia del 0,4% al 2,8% de la població general al món occidental, i la majoria dels pacients afectats presenten trastorn per consum d'alcohol o són bevedors empedreïts [8].

Factors de risc

Tot i que els casos d'EW en homes superen en nombre els de dones, aquestes semblen ser més susceptibles a desenvolupar-la que els homes. En diverses sèries, la proporció de dones a homes amb EW va ser més gran que la de dependència de l'alcohol [1,8].

La major part de les vegades, la causa del dèficit de tiamina s'associa a abús d'alcohol combinat amb manca nutricional, però també es pot veure en casos d'hiperèmesi gravídica, anorèxia, cirurgia bariàtrica o càncer, entre altres. L'abús d'alcohol, té una acció multifactorial que combina falta d'ingesta, malabsorció per alteracions del transportador intestinal de tiamina i alteració del fetge per fer servir el dipòsit hepàtic de tiamina.

La síndrome de Kórsakoff és una seqüela crònica i parcialment irreversible de l'encefalopatia de Wernicke. És causada per la mort neuronal que es deriva de la falta de carbohidrats com a nutrients de les neurones. Es manifesta a la RM com atròfia cerebral que afecta especialment el lòbul frontal, sistema límbic, hipotàlem i cerebel. Cursa amb amnèsia anterògrada (per atròfia del diencèfal), confabulació i una certa preservació de la memòria a llarg termini i altres habilitats cognitives [9]. No és reversible, o almenys no del tot [1,3,10].

L'encefalopatia de Wernicke es defineix clàssicament amb la tríada de:

1. Atàxia de la marxa: incapacitat de deambular o marxa àmplia, passos curts.
2. Afecció ocular: nistagmes, oftalmoplegia, diplopia o pèrdua de visió.
3. Dèficit cognitiu global i confusió. Molts cops associen confabulacions.

Tan sols un 16-20% dels casos presenten la tríada completa, per la qual cosa el seu diagnòstic és difícil [10]. Altres signes més secundaris de la síndrome de WK poden ser macroglobulinèmia, hiperreflexia generalitzada amb paràlisi espàstica, increment de l'espai subaragnoideu i del sistema ventricular a la RM.

A més a més, la síndrome de Wernicke-Kórsakoff pot associar-se a altres causes de confusió i alteració cognitiva com la demència, la sèpsia o l'abstinència alcohòlica. Tot això fa que el seu diagnòstic sigui encara més difícil.

Se suggereix sospitar aquesta entitat (i tractar com a tal) en cas de reunir almenys 2 dels criteris següents:

- Malnutrició i història d'abús enòlic/altres causes de deficiència nutricional.
- Anormalitats oculomotors: nistagmes, paràlisi de la mirada, diplopia.
- Disfunció cerebel·losa (atàxia, dismetria, disdiadococinèsia).
- Estat mental alterat o amnèsia anterògrada.

L'aparició de demència global en alguns pacients amb SK i l'absència de lesions no relacionades amb l'EW en alguns individus amb trastorn per consum d'alcohol i demència han portat alguns investigadors a concloure que la majoria dels casos de demència en aquests pacients tenen un origen nutricional [1,11]. No obstant això, també cal considerar altres mecanismes, com la toxicitat de l'etanol, l'accident cerebrovascular i el traumatisme craniocèntric, com a factors que influeixen en aquests pacients.

Tractament

El tractament de la síndrome de WK es fonamenta en la reposició dels nivells cerebrals de tiamina [12-14].

No hi ha assajos clínics controlats que puguin establir amb claredat la dosi i el ritme de reposició òptims. Tot i que les necessitats de tiamina diàries ronden els 1-2 mg, s'administren grans quantitats per assegurar que passin la barrera hematoencefàlica.

En termes generals, el tractament indicat sol ser:

- 250 - 500 mg de tiamina iv 3 cops al dia (atès que la semivida de la tiamina és de 96 minuts) durant 2-7 dies.
- 100 mg tiamina iv 3 cops al dia durant 1-2 setmanes.
- 100 mg tiamina via oral a llarg termini com a profilaxi de recaiguda.

En cas de no poder administrar-la intravenosament, la via intramuscular és una alternativa.

Altres consideracions a tenir en compte en el maneig d'aquests pacients són:

- Estar pendent del pacient, orientar-lo, situar-lo en una habitació tranquil·la amb llum suau.
- Observació regular cada 2-4 h, comprovant pressió arterial, saturació d'O₂, temperatura i exploració neurològica.
- Assegurar l'abandonament de l'hàbit enòlic.
- Evitar la deshidratació i mantenir un bon balanç hidroelectrolític. Procurar especialment aconseguir uns nivells òptims de magnesi, ja que s'ha vist molt relacionat amb la clínica, i el seu dèficit pot suposar manca de millora tot i administrar tiamina.
- Excloure i tractar altres causes concomitants de *delírium*.
- Assegurar una bona aportació de tiamina abans d'administrar glucosa, perquè l'aportació de carbohidrats sense prou tiamina pot desencadenar la clínica en pacients amb nivells baixos de la vitamina.

Pronòstic

El maneig global d'aquests pacients suposa una gran inversió de temps i recursos. Fins a un 20% d'aquests pacients requeriran una estada llarga a l'hospital.

La mortalitat intrahospitalària descrita és d'entre el 5 i el 17%, i la progressió a síndrome de Kórsakoff fins al 84%.

Respecte a la recuperació neurològica, depèn en gran manera de la instauració precoç de tractament. Amb l'administració de tiamina, el primer de revertir-se és la clínica oculomotora, que triga unes hores o dies. Així i tot, cal remarcar que fins al 60% d'aquests pacients presentaran nistagmes residuals. L'atàxia de la marxa sol revertir en uns dies, però en més de la meitat dels casos de manera parcial. Finalment, les alteracions de l'estat mental són les més lentes a recuperar-se, i només el 20% dels pacients presentarà una recuperació completa [13,14].

Els pacients amb SK poques vegades es recuperen. Molts pacients requereixen almenys algun tipus de supervisió i suport social, sigui a la llar o en un centre de cures cròniques [15]. Hi ha informes anecdòtics de millora en l'atenció i la memòria amb l'ús d'inhibidors de l'acetilcolinesterasa i la memantina [16-18], però no hi ha estudis controlats sobre això.

Això recalca la importància del diagnòstic i tractament precoços, i de la necessitat d'una elevada sospita clínica.

Tenir present el vessant de dependència de substàncies que hi ha darrere de molts d'aquests casos és important a l'hora de valorar l'alta del pacient, tenint en compte el destí d'alta i els hàbits de consum que el pacient seguirà. Més enllà del moment agut, el tractament d'aquests casos ha de seguir una visió a llarg termini.

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Oscar-Berman M, Maleki N. Alcohol dementia, Wernicke's encephalopathy, and Korsakoff's syndrome. In: Alosco ML, Stern RA, eds. *The Oxford Handbook of Adult Cognitive Disorders*. Oxford University Press; 2018. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190664121.013.33>
- [2]. Koob GF, Arends MA, McCracken M, et al. Chapter 5.4.4. Neurological disorders. In: *Neurobiology of Addiction*. Vol. 3. Academic Press, 2021.
- [3]. Oscar-Berman M. Function and dysfunction of prefrontal brain circuitry in alcoholic Korsakoff's syndrome. *Neuropsychol Rev*. 2012; 22:154-69.
- [4]. Pearce JMS. Wernicke-Korsakoff Encephalopathy. *Eur Neurol*. 2007; 59(1-2):101-4.
- [5]. Thomson AD, Cook CC, Guerrini I, et al. Wernicke's encephalopathy revisited. Translation of the case history section of the original manuscript by Carl Wernicke 'Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende' (1881) with a commentary. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43(2):174-9.
- [6]. Korsakoff SS. [Disturbance of psychic function in alcoholic paralysis and its relation to the disturbance of the psychic sphere in multiple neuritis of non-alcoholic origin]. *Vestn Psichiatr.* 1887; 4(2):1-102.
- [7]. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*. 2010; 17(12):1408-18.
- [8]. Harper C, Fornes P, Duyckaerts C, et al. An international perspective on the prevalence of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Metab Brain Dis*. 1995; 10(1):17-24.
- [9]. Pitel AL, Chételat G, Le Berre AP, et al. Macrostructural abnormalities in Korsakoff syndrome compared with uncomplicated alcoholism. *Neurology*. 2012; 78(17):1330-3.
- [10]. Akhouri S, Kuhn J, Newton EJ. Wernicke-Korsakoff Syndrome. *StatPearls* [Internet]. 2023 Jun 26 [cited 2024 May 8]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430729/>
- [11]. Zahr NM. Alcohol Use Disorder and Dementia: A Review. *Alcohol Res*. 2024; 44(1):03. doi: 10.35946/arcv.v44.1.03
- [12]. Latt N, Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. *Intern Med J*. 2014; 44(9):911-5.
- [13]. Wijnia JW. A Clinician's View of Wernicke-Korsakoff Syndrome. *J Clin Med* [Internet]. 2022; 11(22).
- [14]. Mateos-Díaz AM, Marcos M, Chamorro AJ. Síndrome de Wernicke-Korsakoff y otras patologías asociadas al déficit de tiamina. *Med Clin (Barc)*. 2022; 158(9):431-6.
- [15]. Johnson JM, Fox V. Beyond Thiamine: Treatment for Cognitive Impairment in Korsakoff's Syndrome. *Psychosomatics*. 2018; 59(4):311-7.
- [16]. Rustembegović A, Kundurović Z, Sapcanin A, et al. A placebo-controlled study of memantine (Ebixa) in dementia of Wernicke-Korsakoff syndrome. *Med Arh*. 2003; 57(3):149-50.
- [17]. Cochrane M, Cochrane A, Jauhar P, et al. Acetylcholinesterase inhibitors for the treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome--three further cases show response to donepezil. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40(2):151-4.
- [18]. Phillips BK, Ingram MV, Grammer GG. Wernicke-Korsakoff syndrome and galantamine. *Psychosomatics*. 2004; 45(4):366-8.



JORDI FRASNADO. Alterarte

Secuestro pulmonar intralobar. A propósito de un caso

Segrest pulmonar intralobar. A propòsit d'un cas

Intralobar pulmonary sequestration, a case report

JOSÉ MANUEL CORAL COBO

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona. Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid.

RESUMEN

El secuestro pulmonar es una malformación pulmonar congénita rara, caracterizada por tejido pulmonar displásico y no funcional que carece de comunicación con el árbol traqueobronquial y recibe irrigación sanguínea de una arteria sistémica anómala. Presentamos el caso de una paciente de 21 años que acudió al servicio de urgencias con antecedentes de dos semanas de fiebre intermitente, tos y rinorrea, inicialmente diagnosticada como una infección pulmonar recurrente no bacteriana. La tomografía computarizada combinada con tomografía por emisión de positrones (PET-CT) del tórax reveló una lesión cavitaria de tejido blando en el lóbulo inferior derecho irrigada por una arteria sistémica que se originaba en la aorta torácica, estableciendo el diagnóstico de secuestro pulmonar intralobar. Se realizó resección quirúrgica. Este caso subraya la importancia de considerar el secuestro pulmonar en pacientes con infecciones recurrentes y destaca el papel fundamental de las técnicas de imagen para establecer el diagnóstico, guiar el tratamiento definitivo y prevenir complicaciones.

RESUM

El segrest pulmonar és una malformació pulmonar congènita rara, caracteritzada per teixit pulmonar displàsic i no funcional que no té comunicació amb l'arbre traqueobronquial i rep irrigació sanguínia d'una artèria sistèmica anòmala. Presentem el cas d'una pacient de 21 anys que va acudir al servei d'urgències amb antecedents de dues setmanes de febre intermitent, tos i rinorrea, inicialment diagnosticada com a una infecció pulmonar recurrent no bacteriana. La tomografia computada combinada amb tomografia per emissió de positrons (PET-CT) del tòrax va revelar una lesió cavitària de teixit tou al lòbul inferior dret irrigada per una artèria sistèmica que s'originava a l'aorta toràctica, establint el diagnòstic de segrest pulmonar. Es va fer una resecció quirúrgica. Aquest cas subratlla la importància de considerar el segrest pulmonar fonamental de les tècniques d'imatge per establir el diagnòstic, guiar el tractament definitiu i prevenir complicacions.

Palabras clave: Pulmón / irrigación sanguínea; Secuestro Broncopulmonar; Tomografía Computarizada; Videocirugía Torácica

Paraules clau: Pulmó / aportació sanguínia; Segrest Broncopulmonar; Tomografia Computada; Toracotomia Videoassistida

Keywords: Bronchopulmonary Sequestration; Lung / blood supply; Thoracic Surgery, Video-Assisted; Tomography, X-Ray Computed

Recibido: 27 de octubre de 2025

Aceptado: 4 de junio de 2026

Correspondencia: jose.coral@quironsalud.es

Coral Cobo JM. Secuestro pulmonar intralobar. A propósito de un caso. Ann Sagrat Cor. 2026; 33(2): 82-86.

ABSTRACT

Pulmonary sequestration is a rare congenital lung malformation characterized by dysplastic, non-functioning pulmonary tissue that lacks communication with the tracheobronchial tree and derives its blood supply from an anomalous systemic artery. We report the case of a 21-year-old female patient who presented to the Emergency Department with a two-week history of intermittent fever, cough, and rhinorrhea, initially managed as a case of recurrent non-bacterial pulmonary infection. Computed Tomography combined with Positron Emission Tomography (PET-CT) of the thorax revealed a cavitary soft tissue lesion in the right lower lobe supplied by a systemic artery arising from the thoracic aorta, establishing the diagnosis of intralobar pulmonary sequestration. Surgical resection was performed. This case emphasizes the importance of considering pulmonary sequestration in patients with recurrent infections and highlights the fundamental role of imaging techniques in establishing the diagnosis, guiding definitive treatment, and preventing complications.

INTRODUCCIÓN

El secuestro pulmonar (SP) es una malformación congénita rara consistente en un segmento de tejido pulmonar no funcional que se comunica con la vía aérea y recibe sangre de una arteria sistémica (generalmente la aorta) en lugar de la arteria pul-

monar. Se clasifica en intralobar (dentro de un lóbulo, frecuente en adultos) y extralobar (envuelto en su propia pleura, frecuente en niños) [1,2].

Se han propuesto varias hipótesis sobre su etiología, pero la teoría más aceptada sugiere que el SP se origina, durante la embriogénesis, en una

yema germinal pulmonar accesoria [3]. Su incidencia supone entre el 0,15 y el 6,4% del total de las anomalías del desarrollo pulmonar [1].

Se han descrito dos entidades: el SP intralobar (75-93%) y el extralobar (menos frecuente). Los SP intralobares carecen de revestimiento pleural propio, se localizan en el seno de un lóbulo pulmonar (más frecuentemente en lóbulos inferiores, particularmente en el lado izquierdo) y suelen diagnosticarse en la edad pediátrica a raíz de infecciones pulmonares recurrentes. Los SP extralobares están revestidos de su propia pleura visceral, suelen diagnosticarse con ecografía prenatalmente o en el primer año de vida, y a menudo se asocian (hasta en un 50% de los casos) a otras anomalías congénitas (torácicas y extratorácicas) [3].

Aunque la mayoría de los pacientes con SP intralobar se encuentran asintomáticos, la presentación clínica más frecuente después del período neonatal es la aparición de procesos infecciosos pulmonares recidivantes, como neumonías de repetición, tos, hemoptisis (sangrado), dolor torácico o dificultad respiratoria, aunque en un 10% de los casos el diagnóstico puede producirse de manera casual [4].

El diagnóstico del secuestro pulmonar se basa fundamentalmente en la identificación de la arteria sistémica que irriga la masa. De forma tradicional, el diagnóstico de secuestro pulmonar se realizaba a través de la angiografía, actualmente desplazada por métodos diagnósticos no invasivos, como la TC, la angio-TC o la RM. Ello permite identificar y localizar de forma precisa el aporte arterial aberrante de esta anomalía y su drenaje venoso, lo que permite tomar las debidas precauciones durante la intervención quirúrgica [5-7].

El tratamiento habitual y el más recomendado del SP es la resección quirúrgica (resección o lobectomía), ya sea por vía convencional o por videotoracoscopia, aunque se han publicado casos de involución espontánea y tratamientos conservadores mediante embolización endovascular [1,4].

Se presenta el caso clínico de una paciente de 21 años intervenida mediante videotoracoscopia por un quiste mediastínico derecho y un secuestro pulmonar de lóbulo inferior derecho que requirió la conversión del procedimiento a toracotomía con el objetivo de realizar un mejor abordaje de la lesión.

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años que acude al servicio de Urgencias por un cuadro clínico de dos semanas de evolución consistente en rinorrea, tos seca de predominio nocturno y sensación de disnea sin fiebre, refiriendo el uso de medicamentos mucolíticos, antitusivos y de un inhibidor de la bomba de protones sin presentar mejoría.

Antecedentes

Nódulo mamario en seguimiento por especialista en Ginecología. Antecedente de asma por parte de la abuela materna.

Exploración física

En el examen físico destacaba la presencia de roncus mínimos parahiliares bilaterales, sin otros hallazgos relevantes, por lo que se orienta como un cuadro de síntomas respiratorios sin infección bacteriana, indicando un manejo sintomático ambulatorio (inhaloterapia más corticoide), siendo dada de alta de Urgencias con indicaciones de acudir a consulta si se presentasen síntomas de cefalea intensa, disnea persistente, fiebre y/o dolor torácico.

Ante la persistencia de la sintomatología, es valorada en la consulta de Neumología.

Pruebas complementarias

Se realizó una espirometría con los siguientes resultados: capacidad vital forzada (FVC) del 86% y un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) del 86%, valores que se interpretaron como normales.

La radiografía de tórax mostraba un ensanchamiento mediastínico derecho (Figura 1).

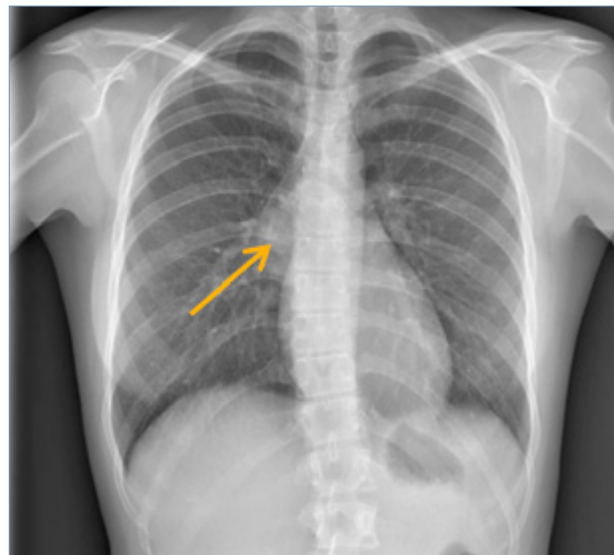


Figura 1. Rx de tórax que muestra ensanchamiento mediastínico derecho e imagen extraña ipsilateral a la misma altura.

Se realizó una angiotomografía computarizada (angio-TC) de tórax (Figura 2), que mostró una masa mediastínica subcarinal que no cumplía los criterios radiológicos de quiste simple, visualizándose también una arteria nutricia con origen en la aorta, por lo que se interpreta como un secuestro pulmonar de lóbulo inferior derecho (LID); también se mostraba un nódulo mamario derecho (ya conocido).

Diagnóstico

El diagnóstico del secuestro pulmonar es radiológico; la herramienta más utilizada es la tomografía de tórax y la angiotomografía, dado que esta última permite identificar la vascularización proveniente de la aorta torácica o abdominal (arteria nutricia); de igual manera, evalúa las características del parénquima afectado y ayuda a plantear la estrategia terapéutica.

Se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET-CT) del tórax (Figura 3), que permitió diagnosticar la existencia de un secuestro pulmonar intralobar (SPI) en LID, sin alteraciones metabólicas asociadas.

Tratamiento y evolución

Cumpliendo con el preoperatorio indicado se le administró antibiótico durante los diez días previos a la intervención. La paciente fue intervenida mediante videotoracoscopia, confirmandose la presencia de una tumoración mediastínica que se resecó junto con las paredes de ésta. Asimismo, se visualizó el secuestro pulmonar, irrigado por arteria nutricia proveniente de la aorta torácica. Durante el procedimiento surgieron complicaciones, hallándose adherencias, la fusión de la arteria con bronquio y retracción inflamatoria por lo que se decidió convertir el procedimiento a toracotomía abierta para realizar una bilobectomía media e inferior derecha.

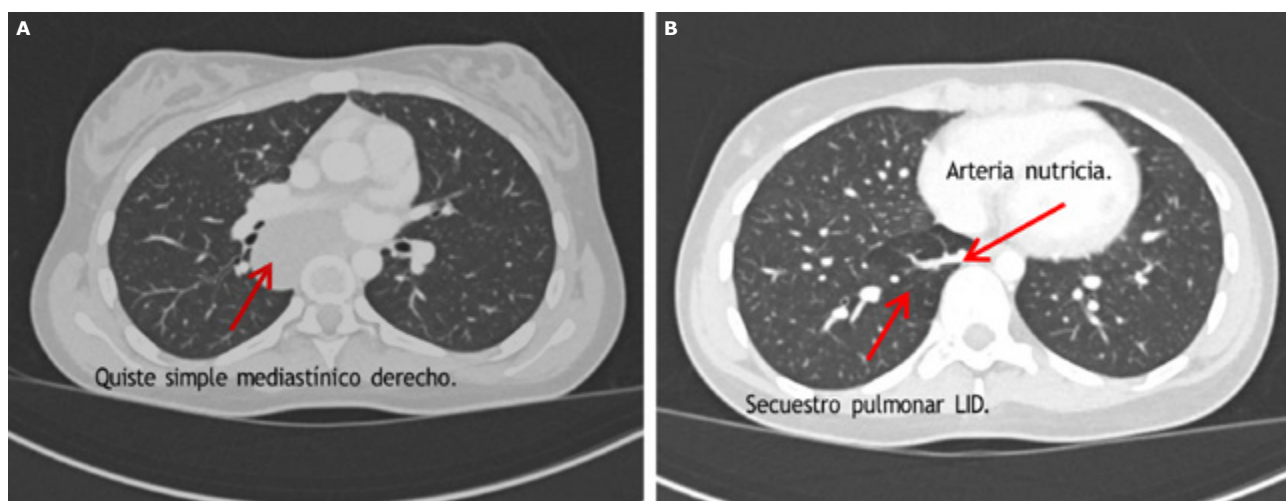


Figura 2. A. Masa mediastínica subcarinal sin criterios de quiste simple y con la que no se puede descartar que estemos ante un secuestro pulmonar de LID. B. Se visualiza la arteria nutricia originaria de la aorta descendente sin retorno venoso y además se visualiza zona de hipoventilación compatible con secuestro pulmonar.

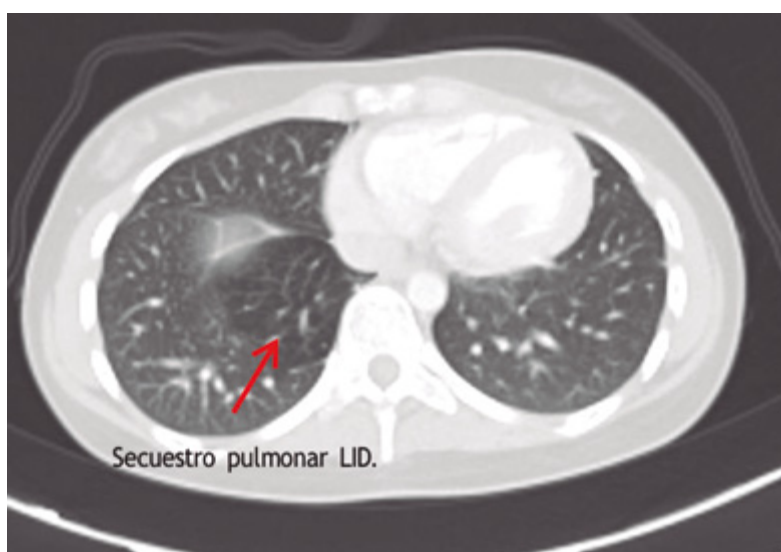


Figura 3. PET-CT: Secuestro pulmonar en LID sin alteraciones metabólicas asociadas. Imagen en mediastino posterior de aspecto quístico y ametabólica.

Tras un postoperatorio sin incidencias fue dada de alta a domicilio, presentando una evolución satisfactoria (Figura 4).

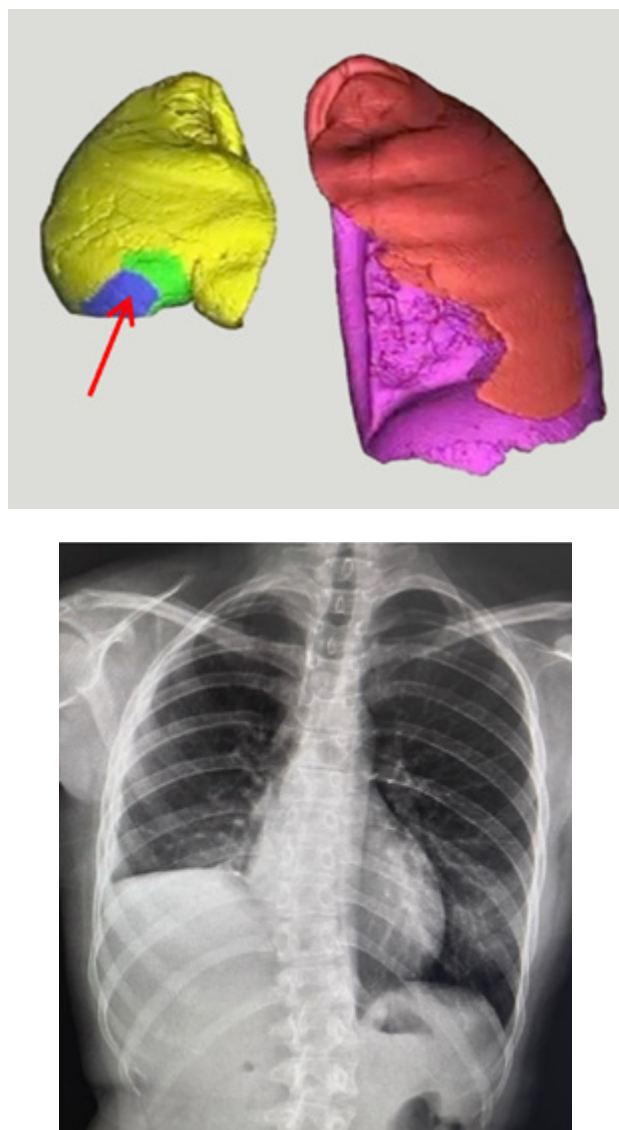


Figura 4. TC de tórax —reconstrucción 3D— postoperatoria y representación esquemática de las zonas reseadas (aquí en azul y verde). Rx de tórax: muestra adecuada reexpansión, mínimo derrame pleural y elevación de cúpula diafragmática.

DISCUSIÓN

El secuestro pulmonar es una patología muy poco frecuente en el servicio de urgencias. No hay estudios amplios como ensayos clínicos aleatorizados a gran escala ni guías de consenso sobre las estrategias de diagnóstico y tratamiento de esta patología. La mayoría de los protocolos de práctica se basan en revisiones retrospectivas de series de casos y experiencias de centros únicos [1].

En adultos, la forma intralobar (SPI) es el subtipo más común y se localiza típicamente en el segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo. Actualmente, la angiografía por tomografía computarizada con contraste (angio-TC) se considera la técnica de imagen de elección

para el diagnóstico de secuestro pulmonar en adultos. La angio-TC proporciona una excelente visualización tanto del parénquima pulmonar anómalo como de su irrigación vascular en un solo examen. Permite identificar con precisión la arteria sistémica anómala, definir el drenaje venoso, evaluar la extensión de la lesión y detectar complicaciones asociadas como infección recurrente, bronquiectasias, degeneración quística o hemoptisis. Además, las reconstrucciones tridimensionales permiten una evaluación preoperatoria precisa y facilitan la planificación del tratamiento quirúrgico o endovascular [8,9].

La resonancia magnética (RM) y la angiorresonancia (ARM) unas buenas técnicas de imagen alternativas, especialmente en pacientes que no pueden recibir medios de contraste yodados o cuando se debe minimizar la exposición a la radiación. La resonancia magnética (RM) permite visualizar eficazmente los vasos aferentes y el drenaje venoso, además de proporcionar información sobre los tejidos blandos circundantes. Sin embargo, la angio-TC sigue siendo la técnica de elección en la mayoría de los pacientes adultos debido a su mayor resolución espacial, menor tiempo de adquisición y mejor evaluación de las anomalías pulmonares concomitantes [9].

Las estrategias terapéuticas primarias del SPI incluyen cirugía videotoroscópica (VATS) preventiva, observación conservadora y embolización endovascular. La evidencia sugiere que la resección VATS temprana produce una menor pérdida de sangre intraoperatoria, estancias hospitalarias más cortas y una mejor preservación de la función pulmonar a largo plazo en comparación con operar solo después de que surjan síntomas (como infecciones) [10,11].

Para aquellos pacientes en quienes la toracotomía abierta conlleva altos riesgos, la embolización transarterial con espirales o tapones es una alternativa. Al ocluir el suministro arterial sistémico anómalo, esta técnica hace que el tejido secuestrado se contraiga y fibrose. Es un enfoque mínimamente invasivo, que se usa principalmente caso por caso, ya que la resección definitiva sigue siendo el tratamiento de elección. Las decisiones sobre si operar, observar o embolizar deben individualizarse, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y la angioarquitectura precisa del tejido secuestrado [13].

La escisión completa del SPI generalmente requiere lobectomía o resección segmentaria. La resección del secuestro extralobar (SPE) es más sencilla porque la lesión tiene su propia envoltura pleural. En ambos tipos, se deben identificar y ligar todas las conexiones vasculares de la lesión. La irrigación arterial de estas lesiones puede provenir de la aorta subdiafragmática, por lo que la identificación precisa del vaso nutricio es crucial [13].

Se hace un llamamiento al fortalecimiento y colaboración interdisciplinaria para la difusión científica que refuerce la medicina basada en la evidencia. Esto permitirá establecer consensos para el seguimiento clínico en pacientes con SP, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitari Sagrat Cor, en especial al Dr. Pablo Pagliarunga, quien fue el encargado del caso y de los controles postquirúrgicos y siempre ha estado presto a resolver inquietudes y dispuesto a la enseñanza. Servicio de UCI del Hospital Universitari Sagrat Cor, a la cabeza de la Dra. Nuria Durán, con quien pude llevar el caso y me facilitó el acceso a la unidad de cuidados intensivos, además de su apoyo e impulso a la academia.

BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Chakraborty RK, Modi P, Sharma S. Pulmonary Sequestration. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-
- [2]. Corbett HJ, Humphrey GM. Pulmonary sequestration. Paediatr Respir Rev. 2004; 5(1):59-68.
- [3]. Berrocal T, Madrid C, Novo S, et al. Congenital anomalies of the tracheobronchial tree, lung, and mediastinum: embryology, radiology, and pathology. Radiographics. 2004; 24(1):e17.
- [4]. Sun X, Xiao Y. Pulmonary sequestration in adult patients: a retrospective study. Eur J Cardiothorac Surg. 2015; 48(2):279-82.
- [5]. Trotman-Dickenson B. Congenital lung disease in the adult: guide to the evaluation and management. J Thorac Imaging. 2015; 30(1):46-59.
- [6]. González LR, Riquelme UA, Arancibia ZH, et al. Secuestro pulmonar: Caracterización y tratamiento en pacientes adultos y pediátricos. Rev. Cir. [online]. 2021; 73(3): 262-71.
- [7]. Andrade CF, Ferreira HP, Fischer GB. Congenital lung malformations. J Bras Pneumol. 2011; 37(2):259-71.
- [8]. Manual AMIR Rx Radiología AMIR. 4.ª ed. Madrid: Academia de Estudios MIR; 2017.
- [9]. Kang M, Khandelwal N, Ojili V, et al. Multidetector CT angiography in pulmonary sequestration. J Comput Assist Tomogr. 2006; 30(6):926-32.
- [10]. Li Q, Xie D, Sihoe A, Dai J, et al. Video-assisted thoracic surgery is associated with better short-term outcomes than open thoracotomy in adult patients with intralobar pulmonary sequestration. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2018; 26(2):284-7.
- [11]. Liu C, Pu Q, Ma L, et al. Video-assisted thoracic surgery for pulmonary sequestration compared with posterolateral thoracotomy. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013; 146(3):557-61.
- [12]. Li XK, Luo J, Wu WJ, et al. Effect of different therapeutic strategies on the clinical outcome of asymptomatic intralobar pulmonary sequestration. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2019 Nov 1; 29(5):706-713.



JORDI FRASNADO. Alterarte

Endoscopia terapéutica avanzada: implantación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

GERHARD JUNG, OSVALDO DIAZ-CANEL, VICTORIA ANDREU

Servicio de Aparato Digestivo

En el Hospital Universitari Sagrat Cor se ha incorporado en los últimos dos años la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) dentro de su cartera de procedimientos de endoscopia digestiva avanzada. Con esta iniciativa, no solo se ha cumplido un sueño largamente acariciado por nuestro Servicio de Aparato Digestivo, sino que también nuestro hospital se sitúa a la vanguardia en el manejo endoscópico de la patología biliopancreática, reforzando su capacidad resolutoria y su compromiso con una medicina cada vez más especializada, mínimamente invasiva y centrada en el paciente.

La CPRE es una técnica endoscópica avanzada que permite acceder a la vía biliar y al conducto pancreático a través de la papila duodenal mediante control endoscópico y radiológico (Figura 1). A través de este procedimiento es posible realizar intervenciones terapéuticas como la extracción de cálculos biliares, la realización de esfinterotomías, la colocación de prótesis biliares o pancreáticas en caso de estenosis benignas o malignas, y la obtención de muestras para estudio citológico o histológico. Gracias a estas posibilidades terapéuticas, muchas patologías que tradicionalmente requerían cirugía pueden resolverse actualmente mediante un abordaje endoscópico, reduciendo la agresividad del tratamiento y favoreciendo recuperaciones más rápidas.

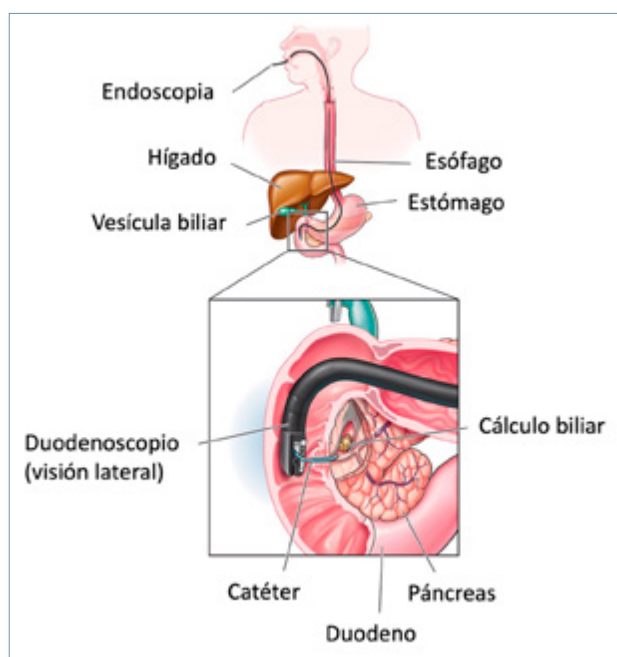


Figura 1. Esquema de la CPRE: acceso a la vía biliar mediante un catéter (aquí en azul) a través de un duodenoscopio con visión lateral.

UNA TÉCNICA AVANZADA PARA PATOLOGÍAS FRECUENTES

Las enfermedades de la vía biliar y del páncreas —como la coledocolitiasis, las estenosis biliares tumorales, inflamatorias o isquémicas, así como determinadas lesiones ampulares— son patologías relativamente frecuentes en nuestra práctica clínica diaria. Sin embargo, a pesar de su prevalencia, la CPRE solo se realiza en un número limitado de centros, ya que se trata de un procedimiento técnicamente complejo que requiere equipamiento específico y una elevada experiencia por parte del endoscopista.

Por este motivo, la disponibilidad de esta técnica en el Hospital Universitari Sagrat Cor representa un paso importante para ampliar la capacidad asistencial del centro y ofrecer a los pacientes un tratamiento especializado sin necesidad de derivaciones externas, reforzando además el papel del hospital dentro de la red de centros del grupo Quirónsalud y su ubicación en el Eixample de Barcelona.

ACTIVIDAD Y RESULTADOS INICIALES

Desde la puesta en marcha del programa se han realizado 165 CPRE en 122 pacientes durante el periodo 2024-2025, con una edad media de 76 años (rango: 28-107). La indicación más frecuente ha sido la coledocolitiasis en sus diferentes formas de presentación clínica (con y sin colangitis o pancreatitis agudas asociadas).

Durante este periodo se han llevado a cabo múltiples procedimientos terapéuticos, incluyendo esfinterotomías, extracción de cálculos mediante balón o cesta, colocación, recambio y retirada de prótesis biliares y pancreáticas, así como biopsias y cepillados biliares con finalidad diagnóstica. También se han realizado técnicas más específicas, como ampulectomías endoscópicas en lesiones ampulares seleccionadas.

La tasa de éxito de canulación selectiva de la vía biliar ha sido del 95 %, con un tiempo medio de procedimiento de aproximadamente 34 minutos.

Las complicaciones registradas se sitúan dentro de los rangos descritos en la literatura internacional para este tipo de procedimientos, lo que refleja la adecuada implementación de la técnica y del circuito asistencial asociado.

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR Y COLABORACIÓN ESPECIALIZADA

La implantación de este programa se ha desarrollado en estrecha colaboración con el grupo EndosMedicina (coordinador: Dr. Díaz-Canel), especializado en endoscopia digestiva avanzada. Esta cooperación ha permitido integrar experiencia clínica, innovación técnica y un enfoque

multidisciplinar en el manejo de la patología biliopancreática.

Además, el hospital ha establecido un circuito asistencial estructurado que facilita la coordinación entre los distintos servicios implicados —Digestivo, Cirugía, Radiología, Medicina Interna y Urgencias— y garantiza una adecuada selección de los pacientes candidatos al procedimiento (Figuras 2 y 3).

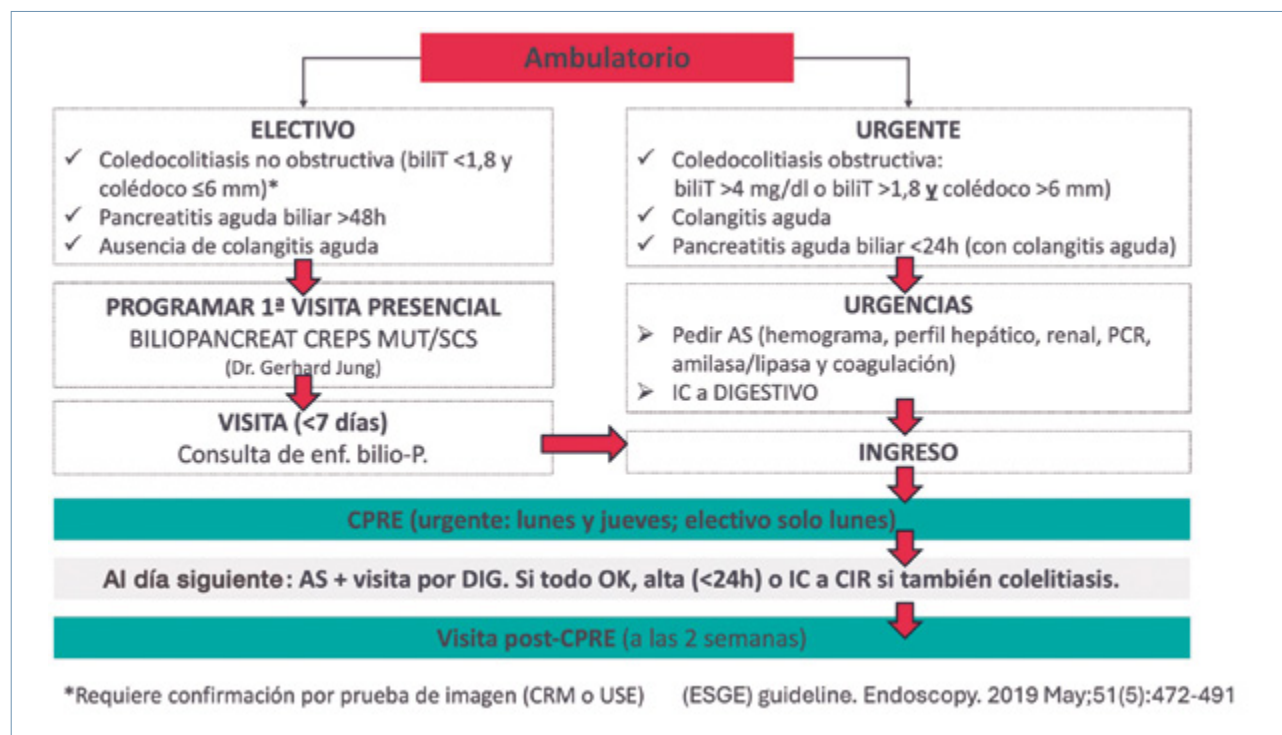


Figura 2. Diagrama de flujo del circuito asistencial para pacientes ambulatorios.

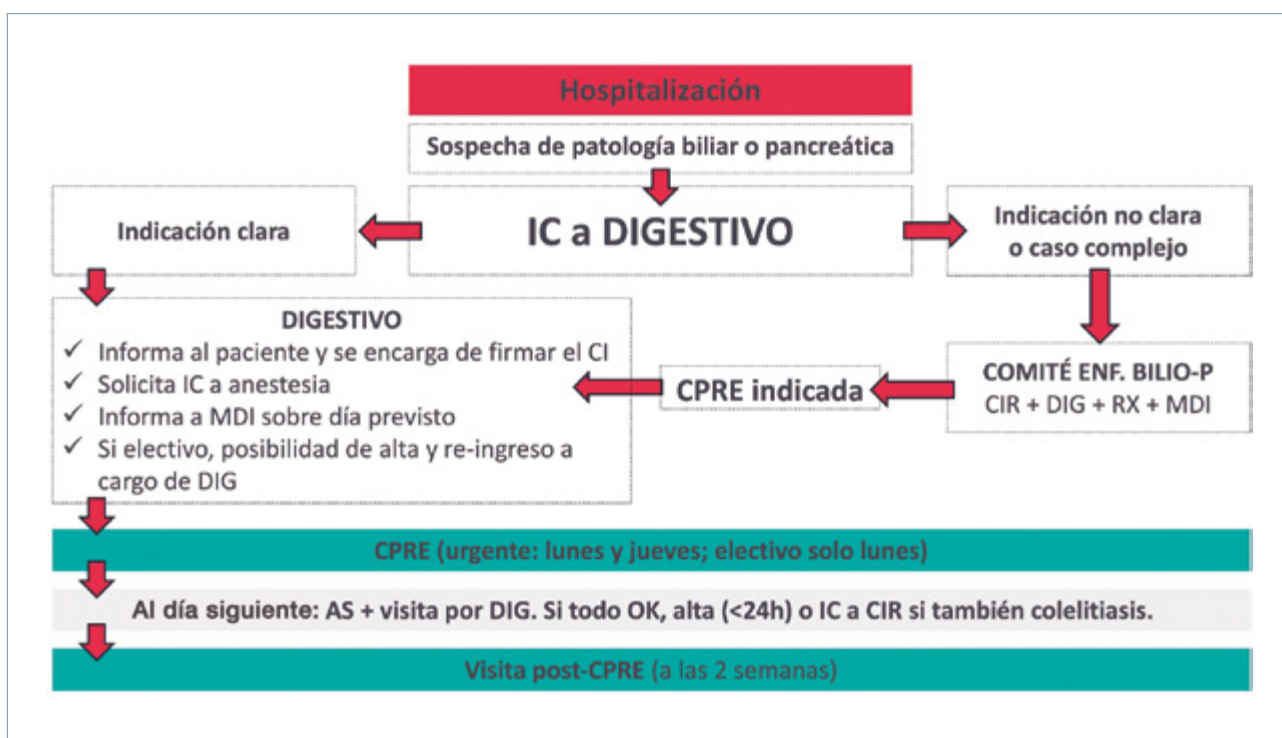


Figura 3. Diagrama de flujo del circuito asistencial para pacientes hospitalizados.

COMPROMISO CON LA INNOVACIÓN Y LA FORMACIÓN

La incorporación de la CPRE forma parte de la apuesta estratégica del Hospital Universitari Sagrat Cor por el desarrollo de la endoscopia terapéutica avanzada y por la inversión en tecnología y formación académica. Este compromiso se traduce tanto en la actualización continua de los profesionales como en la progresiva ampliación de las técnicas disponibles.

En esta línea, el hospital prevé continuar desarrollando su programa de endoscopia avanzada mediante el incremento progresivo de la actividad y la incorporación de procedimientos complementarios como la ecoendoscopia (USE) y la colangioscopia, que permitirán ampliar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en el campo de la patología pancreatobiliar.

Con esta evolución, el Hospital Universitari Sagrat Cor reafirma su objetivo de consolidarse como un centro de referencia dentro del grupo Quirónsalud en el manejo multidisciplinar de las enfermedades digestivas complejas, ofreciendo a los pacientes una atención especializada basada en la innovación, la experiencia clínica y la mejora continua de la calidad asistencial.



Equipo CPRE, de izquierda a derecha: Dr. Gerhard Jung, Lorena Ezquerro, Verónica González, Jessica López, María Rosario González, Paola Jiménez, Rubén Becerra, Dr. Díaz-Canel.

EXPOSICIÓN FOTOGRÁFICA

El edificio de Viladomat del Hospital Universitari Sagrat Cor celebra su 50.º aniversario



Becas Montserrat Cantero para la especialización en Enfermería Oncológica

El Hospital Universitari Sagrat Cor ha entregado dos Becas Montserrat Cantero de especialización en Enfermería Oncológica para impulsar la formación avanzada y la excelencia profesional.

Dada la gran acogida de esta primera edición y el alto nivel de todas las enfermeras que se han postulado, el Hospital ha decidido conceder dos becas en lugar de una.

Las becadas han sido Anna Gasull y María García, del equipo de enfermería del Hospital Universitari Sagrat Cor.

Con esta beca se pretende ampliar y actualizar los conocimientos en el ámbito oncológico, fortaleciendo las competencias que permitan ofrecer una atención basada en la evidencia científica.

La formación incluye desarrollar habilidades en la comunicación, empatía en el acompañamiento emocional y la atención integral al paciente y su familia.

“Con este proyecto, reafirmamos nuestro compromiso con la formación en el ámbito de la enfermería. Creemos que es una oportunidad única como experiencia para nuestras enfermeras y que tendrá un impacto positivo directo en nuestro centro y en el cuidado de nuestros pacientes”, asegura Montse Cantero, directora de procesos de hospitalización y continuidad asistencial del Hospital Universitari Sagrat Cor.

La beca, vinculada al Máster en Enfermería Oncológica de la Universidad de Barcelona, se desarrollará entre el 5 de octubre de 2026 y el 28 de abril de 2028, en modalidad semipresencial. El programa incluye clases presenciales en el Institut Català d'Oncologia (ICO) de L'Hospitalet de Llobregat, así como un *stage* internacional de dos semanas en el Centro Oncológico Antioquia Quirónsalud en Colombia.

Además, contempla la asistencia a un congreso oficial tras la finalización del máster.



De izquierda a derecha: Verónica Cordero, directora de Enfermería del Hospital Universitari Sagrat Cor; Anna Gasull; Montse Cantero, directora de procesos de hospitalización y continuidad asistencial del Hospital Universitari Sagrat Cor; María García; y M.ª Victoria Crespo, directora corporativa de Enfermería de Quirónsalud.

Acte commemoratiu dels 50 anys del nou Hospital Universitari Sagrat Cor

JORDI DELÁS

El dimarts 7 de juliol de 2026 es va commemorar el 50è aniversari de la inauguració de l'Hospital nou, que és com es va denominar l'edifici del carrer Viladomat, amb un acte a la sala Salvador Cardenal.



El director gerent de l'hospital, el Dr. Raúl Muñoz i la directora mèdica, la Dra. Mariló Bosque varen donar la benvinguda als assistents i agrairen totes les persones que han contribuït al desenvolupament i consolidació de l'hospital.

Núria Cavestany, cap d'Infermeria des de 1970 fins a 1980, mitjançant una filmació va compartir els seus records amb els assistents, des de casa seva, a Caldes d'Estrac. Quan es va incorporar, el

director d'aquella època, el Dr. Cayetano Alegre li va dir que havia de ser "com el tramvia 29, el de circumval·lació". Havia de donar voltes per totes les dependències de l'hospital i la Núria amb un somriure va dir que així ho faria, no ens podíem imaginar el que es trobaria. Va tenir un paper cabdal en el pas al nou Hospital i, juntament amb Núria Formosa, va deixar la seva elegant empremta en nombroses consecucions. Varen rebre centenars de sol·licituds i va caldre un ampli calendari per dur a terme les entrevistes. Quan tenia algun problema notable, el Dr. Alegre li recordava que tenia les millors infermeres de Barcelona.

La presentació de la història de l'Hospital la va fer el Dr. Josep Maria Catalán, que va assenyalar com en els seus joves inicis tenia molt presents les persones que el varen precedir i dur a terme la modernització del centre originari de 1879. Va lloar les figures inicials de Dorotea Chopitea, Dr. Cardenal i la decisió del president de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona, Lluís Desvalls, Marquès d'Alfarràs, per construir primer la Policlínica del carrer París i posteriorment la renovada àrea d'hospitalització del carrer Viladomat.

Va recordar que el nou Hospital Sagrat Cor havia estat concebut com un hospital modern, elegant i inspirat en els millors hospitals europeus que havia visitat l'arquitecte Leopold Gil Nebot. Aquesta elegància no es reflectia únicament en l'arquitectura sinó també en els uniformes del personal, les cortines, el mobiliari i tots aquells petits detalls que contribuïen a crear una identitat pròpia. Va comentar com la construcció de l'Hospital es va emmarcar amb un àmplia reflexió sobre la figura dels Hospitals que va propiciar el Dr. Ignasi Aragó, pediatra i expert en organització hospitalària.



Cayetano Alegre, junior, fill del director que va propiciar l'Hospital nou, va explicar com es vivia a casa del director les preocupacions quotidianes del centre i va destacar que sovint les converses no giraven al voltant de problemes assistencials sinó de qüestions aparentment menors, com la indumentària dels professionals. Va ser intensivista a l'equip Urgències-UCI que va organitzar el Dr. Cadierno i va completar la seva formació com a reumatòleg a l'Hospital de Malalties Reumàtiques -ubicat al Port de Barcelona-, abans de desenvolupar la seva activitat a l'Hospital de la Vall d'Hebron.

Posteriorment, va intervenir Moisès Cadierno, artífex de la modernització de la medicina d'urgències al Sagrat Cor. Format en Cardiologia a l'Hospital de Sant Pau, va substituir el Dr. Jordi Gummà en el Servei d'Urgències-UCI, creant un grup com-

pacte que es feia càrrec de l'Hospital des de primeres hores de la tarda fins al matí de l'endemà, caps de setmana i festius. Durant les guàrdies només hi havia dos metges: un destinat a la Unitat de Cures Intensives i un altre responsable de la resta de l'hospital. Va explicar que es va crear una autèntica família entre els professionals.

En el curs de la seva intervenció amb l'auditori es va recordar les dificultats que representava l'atenció pediàtrica nocturna a la Policlínica. Les urgències infantils generaven una gran preocupació. Les habitacions destinades als nens ocupaven els antics espais residencials de les religioses i els recursos disponibles eren limitats. Sovint s'utilitzaven tendes d'oxigen que cobrien completament el bressol dels infants i, quan era necessari, els petits pacients havien de ser traslladats als hospitals pediàtrics de Barcelona.





El Dr. Miquel Balcells va compartir els seus records com a director de l'hospital, mentre era cap del Servei de Neurologia. El seu nomenament com a director mèdic en substitució del Dr. Cayetano Alegre va rebre una àmplia acceptació entre els professionals del centre, pel seu tarannà afable i dialogant i la seva competència professional.

Maria Cinta Gamundi va recordar la seva incorporació com a cap de Servei de Farmàcia, provinent de l'Hospital de Sant Joan de Déu. Va recalcar que el personal majoritàriament era molt jove, amb poc més de vint anys i com important va ser el pas de Farmàcia a les noves instal·lacions de

l'edifici de Viladomat. Va incidir en la importància del que es va fer, la il·lusió del moment, les ganes d'aprendre i de desenvolupar-se.

Afirmació que va confirmar Núria Queral, una de les infermeres incorporades per Núria Cavestany. Érem joves, molt joves. Moltes professionals, encara estudiants d'infermeria. Molta, molta il·lusió, de vegades la pregunta era si ja es podrien posar en marxa totes les novetats tecnològiques que implicava el nou Hospital. I es va poder dur a terme un gran Hospital i un gran projecte on, a la fi de l'acte, els presents varen confirmar que va ser també una gran realització personal i de grup.



Al voltant de la figura de Núria Cavestany

LES SABATES DESCORDADES

DRA. M CINTA GAMUNDI I PLANAS

Cap del Servei de Farmàcia de l'Hospital Sagrat Cor 1974-1984.

De vegades al llarg de la nostra vida rebem algun estímul, una música, una olor, una paraula que ens fa reviure temps passats. Això és el que em va passar fa uns mesos en llegir una carta al director del diari. Era una carta d'agraïment a una jove motorista que va aparcar la moto per ajudar una senyora d'edat avançada a cordar-se les sabates. La senyora era Núria Cavestany Sagnier.

Va ser aleshores quan vaig reviure els primers anys viscuts com a farmacèutica a l'Hospital del Sagrat Cor. Recordo que la Sra. Cavestany, tal com li dèiem, era la directora d'Infermeria. Va ser una persona molt eficaç en la seva feina, amb ganes de facilitar les iniciatives que li proposaven, resoldre problemes, agrair els esforços realitzats pels companys/es, i tot això lligat amb una educació i amabilitat exquisides.

Crec recordar que en canviar la propietat de l'Hospital l'any 1980 la Sra. Cavestany va marxar. Aquella carta del diari va ser una prova de la gratitud de la Sra. Cavestany i no em va sorprendre. Pel mateix motiu la varen entrevistar i em vaig assabentar que juntament amb la seva cosina escriven contes i diorames, i que aquests contes que ella anomena contes amb ànima no són per adormir els nens, sinó per despertar els adults. Tampoc em va sorprendre, ja que la senyora Cavestany, la Núria, continua sent com era.

CAPACIDAD DE DIÁLOGO

EDUARDO IRACHE

Servei de Psiquiatria

La recuerdo como una mujer agradable, dinámica y con capacidad de diálogo. Creo que fue la primera jefa que tuvo formación y bagaje para ejercer el cargo con profesionalidad. Hacía falta y cumplió con solvencia y agrado.

SRA. NÚRIA CAVESTANY I SAGNIER

LUCIA MATA HAYA

Infermera

La "Sra. Cavestany", així és com l'anomenaven, sempre, amb gran respecte i admiració els

treballadors de l'Hospital Universitari Sagrat Cor. Va ser una peça essencial en el procés de creació i organització del nou Hospital inaugurat el 7 de juliol de 1976.

El 1970 ja dirigia el personal assistencial d'infermeria a l'Antic Hospital al carrer Borrell. Molts metges dels anys 70 la recorden també amb admiració i respecte.

Durant els anys anteriors a la inauguració del nou Hospital, va gestionar la selecció i la contractació del nou personal d'Infermeria, necessari per anar obrint progressivament les diferents plantes de l'edifici Viladomat, en aquell moment propietat de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros.

Sens dubte hi va haver una gran tasca de planificació i organització que ben segur ella va liderar. Les infermeres i treballadors del Vell hospital, i els que hem accedit des de la inauguració del nou hospital, estem convençuts de la seva gran influència en l'estratègia i disseny, tant pel funcionament assistencial del nou Hospital com pel manual d'estil requerit als professionals en el tracte al pacient, treball en equip, normes d'educació i comunicació... fins i tot la uniformitat del personal tenia el seu propi estil.

Parlant amb diferents persones que la van conèixer abans de la seva inauguració, coincideixen a destacar adjectius o valors, com els de sensibilitat especial, bondat, empatia en una persona que deixa empremta positiva en tot allò que fa.

El meu record personal és aquest també. Una líder de gran personalitat i aparença més respectable que seriosa, que transmetia bondat, empatia, capacitat de motivar. Persona capaç d'aconseguir grans reptes i formar grans professionals a la seva imatge, sense fer gaire soroll.

Seria molt interessant poder comentar amb ella, el record d'aquell temps, que ens permetria recordar o conèixer amb més profunditat com van ser aquells anys, i com era la Infermeria als anys 70.

Llàstima no tenir documents de la gestió i la planificació d'aquests temps.



UNA BONA EMPREMTA

ROSA BATET

Infermera

Vaig conèixer la Núria Cavestany, directora d'Infermeria a l'Hospital del Sagrat Cor, l'any 1976. El mes de setembre d'aquell any, quan vaig presentar el meu currículum, em va oferir un lloc de treball a l'hospital en la categoria d'auxiliar de clínica.

La Núria em va preguntar si pensava estudiar Infermeria. Li vaig dir que sí, i ella em va respondre que era una bona decisió i que estava segura que seria una bona infermera.

Quan jo tenia només divuit anys, la Núria em va donar moltes esperances per arribar a ser el que volia. La seva presència em va impressionar i hi vaig veure una gran senyora.

El meu tracte amb la Núria va ser breu, ja que ella ocupava un càrrec directiu i jo treballava d'auxiliar. Però el seu tarannà em va causar molt bones sensacions.

La Núria és una persona que, per a tothom qui l'ha coneguda, encara que hagi passat el temps, ha deixat una bona empremta.

Grup de treball « La salut quan es viu al carrer »

	Substàncies no prescrites*	Codi sense llar*
	Dilluns 29-6-26. Carrer Viladomat 288, planta 7ª Aula Cardenal	Dimecres 1-7-26. Viladomat 288, planta 7ª Aula Cardenal
16h	Salut Internacional. Immigració de la frontera al carrer. Asil. Arrelament. Els esculls administratius. Papou Aboubakar. Salut animal. Isabel Solé. Veterinària	Malaltia mental que porta a viure al carrer. Repercussions sobre la salut mental com a conseqüència de viure al carrer. Trastorn mental greu al carrer. Patologia dual (malaltia mental i consum de substàncies no prescrites) i condició tria (malaltia mental, consum de substàncies no prescrites i pobresa) Xavier Cardona
	CAP O* https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF	Visites domiciliàries quan no es té domicili*
17,30	La pell al carrer. Telederma. Jesús González. Dermatòleg	Ser dona i viure al carrer. Embaraç. Sandra Valladares, Chiara Ortolani, Ferran Arméstar. Universitat de Trieste
18,30	Aula de formació. L'escoleta. Experiències educatives. Noemí Ribera, Rosario Ribera. Directores d'escola	Viure al carrer. Pisos de consum, consum al carrer. José Juan Jiménez, Jordi Delás. Medicina Interna.
19,30	Col·loqui	Salut Mental i Necessitats de les Persones. Sense Llar. Idees de millora. Marta Carrera. UB Actitud dels professionals. Lucía Bernad. UB
	Disminució dels riscos de viure al carrer*	Codi alcohol*

Bona part de la temàtica es troba al Manual https://annalsdelsagratcor.org/docs/LOW_ManualCalle.pdf

*Aquest temes s'abordanen reiteradament en el curs de les sessions

Ràdio <https://radioextramurs.colectic.coop/programa/el-lado-oscuro-del-raval>

Inscripció gratuïta a partir del formulari <https://forms.gle/fxfdu5LAaEmVhBi19>

PREMIO DR. CARDENAL BASES DE LA CONVOCATORIA

El premio Dr. Cardenal busca dar visibilidad a los investigadores del H. U. Sagrat Cor, con el objetivo de incentivar la producción científica de calidad y difundir los resultados de nuestros investigadores.

SE ESTABLECEN DOS CATEGORÍAS

- Publicaciones
- Comunicaciones a Congresos

REQUISITOS DE LOS SOLICITANTES.

- Pertenecer al equipo del H.U. Sagrat Cor a fecha de 31 de diciembre de 2025 con, al menos, un año de antigüedad.
- El solicitante deberá aparecer como autor en la publicación.
- Será requisito imprescindible que en las publicaciones aparezcan los datos correctos de filiación institucional de H. U. Sagrat Cor.
- Los participantes se comprometen a presentar sus trabajos en la III Jornada de Investigación en el área al que pertenezca (Publicación/Comunicación)

REQUISITOS DE LOS TRABAJOS

- La investigación debe haberse realizado en el H. U. Sagrat Cor
- Cuando sea preceptivo, deben tener la aprobación del CEIm
- Podrán optar al premio los trabajos publicados/presentados entre el 1 de enero de 2024 y 31 de diciembre de 2025.
- Los trabajos tendrán que haber sido publicados/presentados en su versión final antes del 31 de diciembre de 2025, quedando excluidos los trabajos sólo aceptados o los disponibles en versión electrónica antes de su publicación final.

PLAZO DE PRESENTACIÓN

- Hasta el 30 de septiembre de 2026

VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN

- Los trabajos serán considerados y evaluados por la Comisión de Investigación que actuará como Jurado y decidirá los premiados. Su decisión será inapelable.

PREMIO

- Premio al mejor artículo publicado: 1.000 €
- Premio a la mejor comunicación o póster: 500 €

Para participar se debe enviar el póster, comunicación o artículo -presentado en cualquier Congreso, revista nacional o internacional en el período 01/01/2024 - 31/12/2025- al correo electrónico: **investigaHUSC@quironsalud.es** haciendo constar el nombre del participante y adjuntando el documento. La Comisión de Investigación seleccionará los tres mejores trabajos de cada categoría, escogiendo a los galardonados con el Premio y concediendo un Diploma al resto de finalistas.

La entrega del Premio tendrá lugar en la III Jornada de Investigación, el día 12 de noviembre de 2026.

PREMI DR. CARDENAL BASES DE LA CONVOCATÒRIA

El premi Dr. Cardenal cerca donar visibilitat als investigadors del H. U. Sagrat Cor, amb l'objectiu d'incentivar la producció científica de qualitat i difondre els resultats dels nostres investigadors.

S'ESTABLEIXEN DUES CATEGORIES

- Publicacions
- Comunicacions a Congressos

REQUISITS DELS SOL·LICITANTS.

- Pertànyer a l'equip del H.U. Sagrat Cor a data 31 de desembre de 2025 amb, almenys, un any d'antiguitat.
- El sol·licitant haurà d'aparèixer com a autor a la publicació.
- Serà requisit imprescindible que a les publicacions apareguin les dades correctes de filiació institucional de l'H. U. Sagrat Cor.
- Els participants es comprometen a presentar els seus treballs a la III Jornada de Recerca a l'àrea a què pertanyi (Publicació/Comunicació)

REQUISITS DELS TREBALLS

- La investigació s'ha d'haver realitzat a l'H. U. Sagrat Cor
- Quan sigui preceptiu, heu de tenir l'aprovació del CEIm
- Podran optar al premi els treballs publicats/presentats entre l'1 de gener del 2024 i el 31 de desembre del 2025.
- Els treballs hauran d'haver estat publicats/presentats en la seva versió final abans del 31 de desembre de 2025, quedant exclosos els treballs només acceptats o els disponibles en versió electrònica abans de la seva publicació final.

TERMINI DE PRESENTACIÓ

- Fins al 30 de setembre del 2026

VALORACIÓ I RESOLUCIÓ

- Els treballs seran considerats i avaluats per la Comissió de Recerca que actuarà com a Jurat i decidirà els premiats. La seva decisió serà inapel·lable.

PREMI

- Premi al millor article publicat: 1.000 €
- Premi a la millor comunicació o póster: 500 €

Per participar cal enviar el póster, comunicació o article -presentat a qualsevol Congrés, revista nacional o internacional en el període 01/01/2024 - 31/12/2025- al correu electrònic: **investigaHUSC@quironsalud.es** fent constar el nom del participant i adjuntant el document. La Comissió de Recerca seleccionarà els tres millors treballs de cada categoria, escollint els guardonats amb el Premi i concedint un Diploma a la resta de finalistes.

El lliurament del Premi tindrà lloc a la III Jornada de Recerca, el dia 12 de novembre de 2026.

III JORNADA D'INVESTIGACIÓ 12/11/26



09:00 **Entrega de documentació
i benvinguda**

09:15 **Conferència Inaugural**
**El Quart Paradigma, com les dades
poden ajudar a la Recerca**
‣ Dra. Cristina Caramés Sánchez

09:30 **Taula Rodona**
El Big Data i la recerca Clínica
PONENTS
‣ Sr. Antonio Herrero
‣ Dra. Cristina Caramés.
MODERADOR
‣ Dr. Eduardo González

10:15 **Taula Rodona**
**“El projectes innovadors, dispositius
que treballen amb dades”**
PONENT
‣ Sr. Daniel Regaña.
MODERADOR
‣ Dr. Adrián Ceccato

11:00 **PAUSA CAFÈ**

11:30 **Tallers Formatius**

11:30 **Aplicació pràctica de la IA:
Casiopea**

12:00 **Sol·licitud Extracció de dades
pseudoanonimitzades**

12:00 **Taula Rodona “Comunicacions”.**
MODERADOR
‣ Karol Uscamaita

12:45 **Taula Rodona “Publicacions”.**
MODERADOR
‣ Mercedes Ibarz

13:30 **Entrega Premi Dr. Cardenal**

14:00 **Clausura de la Jornada**