

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2013.
Volum 20. Número 4. Publicació trimestral

EDITORIAL	152
– Dr. Capdevila	

ORIGINALS	153
– Liraglutida. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el paciente obeso. <i>Antonio Cárdenas Cárdenas, M^a José González Merodio, Anna Pardo Pelegrí, Rosana Rouco Esteves, Cristina Saval Segura, Esther Batista Álvarez, Caterina Formós Astó, Rosario Salas Campos</i>	
– Enquesta d'avaluació basal de cultura de la Seguretat del pacient a IDC Hospital Universitari Sagrat Cor. <i>Lucía Mata Haya</i>	

NOTA CLÍNICA	162
– La respiración abdominal como técnica de relajación en pacientes hospitalizados: experiencia de un caso. <i>Núria Ramírez Cano, Silvia Lera Nuñez, M^a Carmen Lombardía López</i>	

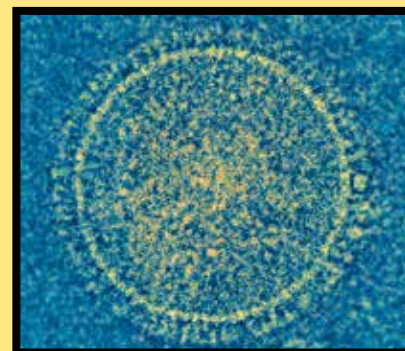
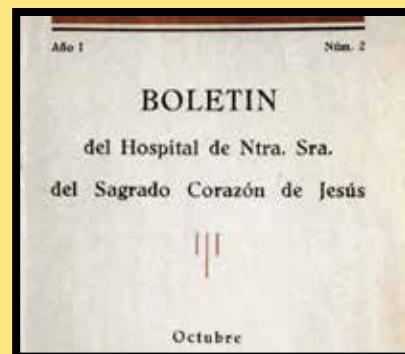
IMATGES CLÍNQUES	165
– Sacroileítis por Staphylococcus aureus. <i>Ana Marqueño Ellacuría, Jordi Delás Amat</i>	

PRÀCTICA CLÍNICA	166
– Maneig del pacient amb fenomen de Raynaud. <i>Maria Sanjaume</i>	
– Sondas de gastrostomía en nutrición enteral: reflexiones sobre su utilización. <i>Nuria Roca Rossellini</i>	

RECERCA	169
– Influencia de la infección por el virus respiratorio sincitial en el desarrollo de asma en niños de 0 a 3 años de edad. <i>Carmela Rodríguez Velásquez</i>	

ARTICLE ESPECIAL	180
– Volum 20. <i>Comitè Editorial</i>	
– Facsimil n° 0	

ÍNDIX VOLUM 20	196
-----------------------------	-----



Consell editorial

Annals del Sagrat Cor, fundats el 1993 pel Dr. Josep Maria Puigdollers Colás

L'Acadèmia dels Annals

Cayetano Alegre de Miquel, reumatologia
Joan Barceló, radiodiagnòstic
Eduardo Basilio, cirurgia
Pau Umbert, dermatologia
Gonzalo Vidal, cirurgia toràcica

Coordinació

M^a José Sánchez

Director

Jordi Delàs

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Consell de Redacció

Miquel Balcells
Jordi Delàs
Enric Gil de Bernabé
Eduardo Irache
Lucía Mata
Núria Miserachs
M^a José Sánchez

Disseny

Sònia Poch

Maquetació

Sònia Poch

Consell Editorial:

Margarita Aguas, farmàcia
Jamil Ajram, pediatria
Rosa Antón, cirurgia
José Vicente Aragón, digestiu
Adrià Arboix, neurologia
Jordi Argimón, medicina interna
Isabel Arias, anestèsia
Joan Ballesta, cirurgia plàstica

Santi Barba, cirurgia
Núria Barrera, medicina de família
Siraj Bechich, medicina interna
Xavier Beltrán, cirurgia vascular
Antoni Bosch, cirurgia
Jesús Broto, cirurgia pediàtrica
Joaquim Camarasa, cirurgia
Eleuterio Cánovas, otorrinolaringol
Rosa Carrasco, endocrinologia
José Luis Casaubon, medicina intensiva
Margarita Centelles, oncologia
Rosa Coll, medicina interna
María José Conde, radiologia
Emili Comes, neurologia
Frederic Dachs, traumatologia
Vicente De Sanctis, anestèsia
Begoña Eguileor, farmàcia
Francesc Fernández, medicina interna
Juanjo Fibla, cirurgia toràcica
Javier Foncillas, cirurgia
Caterina Fornós, medicina interna
Rosa García-Penche, infermeria
Marta Grau, neuropsicologia
Luis Hernández, neurocirurgia
Maribel Iglesias, dermatologia
Albert Isidro, traumatologia
Joan Carles Jordà, infermeria urgències
Fani Labori, anestèsia
Ana Lozano, medicina interna
Juan Martín Zárate, digestiu
Joan Massons, neurologia
Manuel Mateo, anestèsia
Eduard Mauri, radiologia
Ignasi Machengs, oncologia
Juan Carlos Martín, cirurgia pediàtrica
Mario A. Martínez, otorrino
Luis Medina, medicina interna
Carles Miquel, cirurgia vascular
Laure Molins, cirurgia toràcica
Sebastià Monzó, hematologia
César Morcillo, medicina interna
Montserrat Oliveres, neurologia
Olga Parra, pneumologia
Antoni Pelegrí, nefrologia
Luis Manuel Pérez Varela, neurocirurgia
Nuria Pinilla, infermeria
Carles Pons, cardiologia
Montserrat Pons, farmàcia

Carme Prat, traumatologia
Núria Queralt, infermera
Vicenç Querol, radiologia
Núria Roca, medicina interna
Assumpta Ros, otorrinolaringologia
Vicenç Ros, cirurgia plàstica
Germán Rosales, traumatologia
Jesus Sacristán, urologia
Rosario Salas, medicina interna
Montse Salleras, dermatologia
Elisabeth Sánchez, medicina interna
Manuel Sánchez Regaña, dermatologia
Antonio Segade, cirurgia
Joan Seguí, psiquiatria
Agustí Segura, cirurgia
Ricard Solans, medicina intensiva
Juanjo Sopeña, pneumologia
Dolors Sort, medicina interna
Marisa Surroca, endocrinologia
Cecilia Targa, neurologia
Pere Torras, medicina interna
Ignasi Valls, ginecologia

Correspondència:

Biblioteca.
Hospital Universitari Sagrat Cor
c / Viladomat 288 - 08029 Barcelona
Telèfon: 933.221.111
e-mail: bibhsc@hscor.com
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Annals del Sagrat Cor, 2013; Volum 20, Issue 4

EDITORIAL.....	152
– Dr. Capdevila	
ORIGINAL ARTICLES.....	153
– Liraglutide. Treatment of type 2 Diabetes mellitus in obese patients. <i>Antonio Cárdenas Cárdenas, M^a José González Merodio, Anna Pardo Pelegrí, Rosana Rouco Esteves, Cristina Saval Segura, Esther Batista Álvarez, Caterina Fornós Astó, Rosario Salas Campos.</i>	
– Survey to assess the baseline patient safety culture in IDC Hospital Universitari Sagrat Cor. <i>Lucía Mata Haya</i>	
CASE REPORT.....	162
– Abdominal breathing as relaxation therapy in patients admitted to hospital: report of one case. <i>Núria Ramírez Cano, Silvia Lera Núñez, M^a Carmen Lombardía López</i>	
CLINICAL IMAGES	165
– Sacroiliitis caused by Staphylococcus aureus. <i>Ana Marqueño Ellacuria, Jordi Delás Amat</i>	
CLINICAL PRACTICE.....	166
– Therapeutic management of patient with Raynaud phenomenon. <i>María Sanjaume</i>	
– Gastrostomy tubes for enteral nutrition: considerations over its use. <i>Nuria Roca Rossellini</i>	
RESEARCH	169
– Relationship between respiratory syncytial virus infections and subsequent development of asthma in 0 to 3 year-old children. <i>Carmela Rodríguez Velásquez</i>	
SPECIAL ARTICLE	180
– Volume 20. <i>Editorial Committee</i>	
– Facsimile number 0	
INDEX VOLUME 20th	196

Editorial

Dr. Capdevila

En institucions de llarg recorregut, com pot ser el cas del nostre Hospital, és fàcilment comprensible que hàbits i formes de treball hagin canviat molt amb el pas del temps. Un dels propòsits de la nostra publicació és recordar els fets de la nostra història, molt especialment perquè, per diferents motius, ens han quedat molt pocs documents.

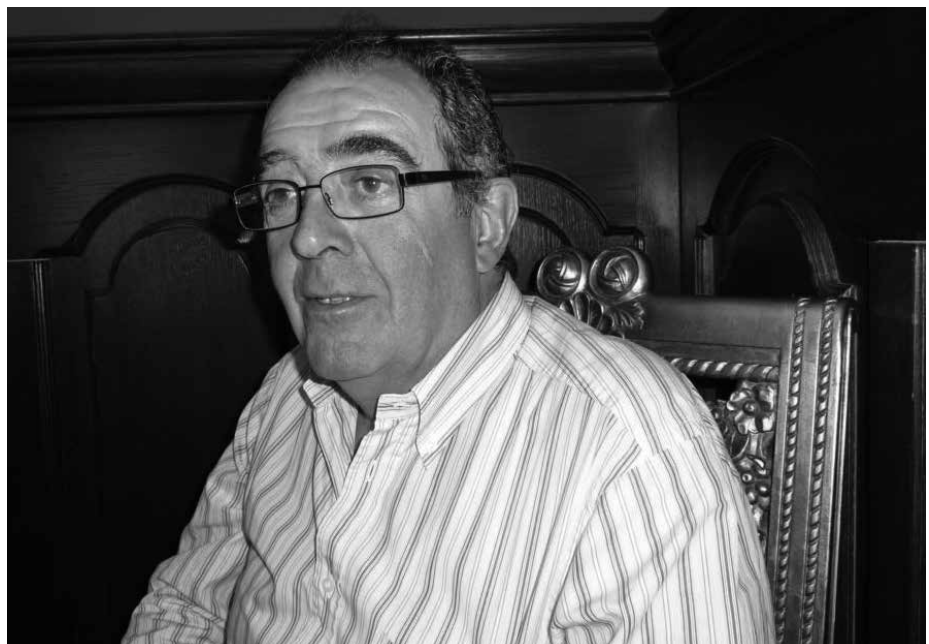
El Sagrat Cor va ser fundat l'any 1870 per la senyora Dorotea Chopitea, com un Hospital al servei de la ciutat. Cap els anys 70-80, ja centenari, tal com va passar amb altres hospitals de l'època, va sorgir la necessitat d'estructurar-lo amb equips de dependència laboral, el que es coneix com jerarquització. Els equips deixaven de dependre econòmicament del cap de servei i es vinculaven als hospitals amb contracte laboral i dedicació a temps complet. Particularment al Sagrat Cor varen coexistir durant uns anys dos diferents models, el contracte civil i el laboral.

En la modernització de l'Hospital va jugar un paper molt important el servei d'Urgències- Uci. Durant anys els metges de guàrdia residien a l'Hospital, ja que molts d'elles havien vingut de fora de la ciutat. Així hi varen formar part, entre d'altres, els doctors González Sanmartín, Irache, Albarrán. Posteriorment quan es va fer càrrec de la direcció del servei el Dr. Moisés Cadierno es varen crear dos equips diferents per atendre l'unitat de medicina intensiva –Carles Miquel, Enric Emeterio, Cayetano Alegre, Julieta Roure, Josep María Soler, Javier Ruiz. Joan Brasó, José Luis Casaubon- i les urgències generals de l'Hospital amb possibilitat de contactar amb especialistes localitzats. Del servei d'urgències hi varen formar part els doctors Albarrán, Angel Pérez Vara –després cap de servei-, José Luis Capdevila, Enric Gil de Bernabé, Mercé Piñol, Jordi Delás. Aquests metges pertanyien el seu propi servei i feien prestacions als serveis d'urgències o “uci”.

En la present edició voldríem destacar la figura d'un d'ells, el Dr. José Luis Capdevila, “Pepe Luis”. Era un prestigiós metge del servei de ginecologia que dirigia el Dr. Rodríguez Soriano, en el que també hi varen formar part, entre d'altres, els doctors Solsona, Poncela, Caramés, i Rodríguez Rigau, fill del cap de servei.

El prestigi del Dr. Capdevila era força real, perquè en un entorn professional on es podia escollir amb certa facilitat, era el ginecòleg d'una bona part de les dones que treballaven a l'hospital i molts dels fills de gent de l'hospital varen veure la llum atesos per ell i la seva comadrona, Marcela. Era, per tant, un metge reconegut i escoltat, per companys i dirigents de l'Hospital. Sempre somrient i tremendament curós i responsable amb la seva feina. El que es pot dir, una autèntica institució. Eren anys de molta feina pels metges. El Pepe Luis compatibilitzava el consultori de la Seguretat Social, les guàrdies el dimecres a l'Hospital, la feina al servei de Ginecologia i la seva consulta particular del carrer Mallorca, que implicava atendre nombrosos parts.

El mes d'abril de 2014 va morir els 69 anys. Conjuntament amb l'amic, el company, el bon, i dedicat a les seves pacients, especialista ha desaparegut una gran personalitat de l'Hospital del Sagrat Cor. ●



Liraglutida. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente obeso

Liraglutida. Tractament de la diabetis mellitus tipus 2 en el pacient obès

Liraglutide. Treatment of type 2 diabetes mellitus in obese patients

Antonio Cárdenas Cárdenas, M^a José González Merodio, Anna Pardo Pelegrí,
Rosana Rouco Esteves, Cristina Saval Segura, Esther Batista Álvarez,
Caterina Fornós Astó, Rosario Salas Campos

Residentes del Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona

RESUMEN

En la diabetes mellitus tipo2 (DM2) el tratamiento debe ser, precoz, integral e individualizado, teniendo en cuenta no sólo la hiperglucemia sino también los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la ganancia de peso asociada al tratamiento. Los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) son incretinas y estimulan la secreción de insulina por parte de las células β del páncreas. Inducen pérdida de peso por su efecto anorexígeno central y porque retrasan el vaciado gástrico y son una buena opción terapéutica combinados con la metformina en los pacientes con DM2 y obesidad (IMC >30) en los que ha fracasado el primer escalón terapéutico.

Presentamos el caso de un paciente con diabetes tipo II, en tratamiento con metformina, sitagliptina e insulina glargina, con síndrome metabólico que presenta mal control de su diabetes a pesar de cumplir correctamente el tratamiento y seguir una dieta estricta. Presenta presión arterial (PA) elevada y aumento de peso en los últimos meses. Sustituimos la sitagliptina por liraglutida priorizando la pérdida de peso como objetivo básico para mejorar el control de la glicemia y de la PA. Liraglutida tuvo efecto en la pérdida ponderal que favoreció el mejor control de la glucemia, de la PA y perfil lipídico.

ABSTRACT

The therapeutic management of type 2 diabetes mellitus (T2D) should be early, integral and patient-specific taking into account not just hyperglycemia but also cardiovascular risk factors and weight gain associated to treatment. Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists are incretins that stimulate insulin secretion by β -cells. They also promote weight loss due to their anorexic central effect and to slow gastric emptying and they are a good therapeutic option combined with metformin in those patients with T2D and obesity (BMI >30) in whom the first-line pharmacological therapy of choice failed.

We present the case of a patient with T2D treated with metformine, sitagliptine and insulin glargine, with metabolic syndrome and poor control of his diabetes despite correct medication compliance and strict diet. He had high blood pressure and weight gain in recent months. Patient switched from sitagliptin to liraglutide in order to achieve the main goal of losing weight as the first step towards glycemia and blood pressure control. Liraglutide had an effect on weight loss favoring the better glycemic control, blood pressure and lipid profile.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, obesidad, análogos del péptido similar al glucagón tipo 1, liraglutida.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, obesity, glucagon-like peptide-1 analogs, liraglutide.

Recibido: 24-Febrero-2014

Aceptado: 4-Marzo-2014

Correspondencia: a_cardenas_@hotmail.com

Supresión de la secreción inadecuada de glucagón postprandial	Sí	Sí
Descenso de la producción hepática de glucosa	Sí	Sí
Mejora de la sensibilidad a insulina	No	No

En el algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la DM2 se recomienda en un inicio el uso de metformina junto con pérdida de peso, medidas dietéticas y ejercicio. Sin embargo, en muchas ocasiones, los pacientes necesitarán emplear diferentes combinaciones de fármacos para un buen control metabólico, tras el fracaso de estas medidas.

El nuevo consenso de la Asociación Americana de Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (ADA/EASD 2012) considera que si no es posible administrar metformina, se puede elegir otro agente oral (sulfonilurea, pioglitazona o inhibidor de la DPP-4) y, en ciertas ocasiones, cuando la pérdida de peso se considera un aspecto esencial del tratamiento, la administración inicial de un arGLP-1 puede ser útil.

La Sociedad Española de Diabetes, considera a los análogos de GLP-1 una opción de tratamiento en los pacientes con metformina que tras 3 meses no consiguen el objetivo de HbA1c <7%. Así pues el perfil candidato para tratamiento con liraglutida sería paciente con DM2 e IMC >30 mal controlado con monoterapia o terapia dual oral, si se asocia además a alguno de estos factores: tiempo de evolución de la diabetes inferior a 3 años, obesidad abdominal, que cumpla criterios de síndrome metabólico, hipertensión arterial sistólica y otras comorbilidades asociadas a obesidad (síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipoventilación, artrosis, esteatosis hepática). Liraglutida también se puede emplear en pacientes tratados con metformina en combinación con una sulfonilurea, tiazolidindiona o insulina si no se consigue el objetivo de HbA1c. Del mismo modo, se puede utilizar en fases más avanzadas, asociándose a insulina basal, ya que producirá un descenso adicional de la HbA1c sin riesgo importante de hipoglucemia, menores requerimientos basales de insulina, disminución de los valores postprandiales de glucosa y pérdida o menos ganancia de peso que la observada con otros agentes.

Así pues, la liraglutina podría ser una buena alternativa para el control metabólico del paciente con diabetes mellitus tipo 2, por sus ventajas añadidas actuando sobre los FRCV y favoreciendo la pérdida de peso.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un 80-90% de los pacientes con DM2 tienen sobrepeso u obesidad. La obesidad es un factor importante en el desarrollo de la DM2 y de la enfermedad cardiovascular, y se asocia con un aumento en la resistencia a la insulina, aumento de la presión arterial y dislipemia. Por lo tanto perder peso es un objetivo preferente en el tratamiento de la diabetes. La dieta es fundamental desde el momento del diagnóstico y debe mantenerse en el curso de la enfermedad. La adherencia a la terapia nutricional disminuye con el tiempo y por ello resulta prioritario seleccionar la opción terapéutica que además de disminuir la hiperglucemia se acompañe de pérdida de peso y contribuya a mantener esta reducción ponderal con el tiempo. Entre las opciones terapéuticas en la DM2, la reducción de la hiperglucemia con insulina, sulfonilureas, secretagogos (glinidas) y glitazonas (pioglitazonas) provocan aumento de peso. Por el contrario la metformina y los arGLP-1 se acompañan de pérdida ponderal. Los inhibidores de la alfa-glucosidasa y los inhibidores de la DPP-4 son neutrales respecto al peso. Los ANÁLOGOS DEL GLP-1 (tabla - 1) son fármacos prometedores pero muy nuevos, por lo que todavía hay que demostrar su seguridad a largo plazo. Disponemos de 2 grupos: los inhibidores de la DPP-4 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina y linagliptina) son fármacos que se administran por vía oral y consiguen una reducción de la HbA1c del 0,7 al 1% con bajo riesgo de hipoglucemia pero no tienen efecto sobre el peso. Los arGLP-1 (liraglutida y exenatida) se administran por vía subcutánea, incrementar la producción de insulina y enlentecen el vaciado gástrico, produciendo saciedad y consecuentemente pérdida de peso.

Tabla-1 Modos de acción de los análogos del receptor de GLP-1 y de los inhibidores de la DPP-4

Acción biológica	Análogos receptor de GLP-1	Inhibidores de la DPP4
Descenso del apetito	Sí	No
Reducción de peso	Sí	No
Enlentecimiento del vaciamiento gástrico	Sí	No
Incremento de la secreción de insulina mediada por glucosa	Sí	Sí

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador de un paquete al día hasta hace 8 años, y sin hábito enólico. Jubilado, había trabajado como administrativo y actualmente hacía vida muy sedentaria. Como antecedentes patológicos destacaban: hipertensión arterial de larga evolución en tratamiento con 20 mg de enalapril y 12,5 mg de hidroclorotiazida, cardiopatía hipertensiva con función sistólica conservada, fibrilación auricular crónica

(AC x FA) anticoagulado con acenocumarol, síndrome de apnea obstructiva del sueño, portador de CPAP, dislipemia mixta en tratamiento con atorvastatina, DM2 diagnosticada a los 62 años sin afectación de órganos diana, con mal control metabólico y tratada en la actualidad con metformina (850mg/12h dosis máxima tolerada) insulina glargina 10UI por la noche y sitagliptina 50mg cada 12h.; obesidad IMC 39,3 (peso 110Kg, talla 167,5cm) perímetro abdominal de 106cm. Se controlaba en la consulta de Medicina Interna no habiendo precisado ningún ingreso por descompensación. Se remitió a consultas externas de Endocrinología en marzo de 2012 para replantear el tratamiento ya que no se lograba un buen control metabólico de la diabetes, el paciente no lograba perder peso y tampoco mejoraban las cifras de PA. La exploración física en la primera visita de endocrinología no mostró alteraciones valorables excepto PA 160/95 mmHg y una auscultación cardíaca con tonos irregulares (AC x FA crónica) y soplo sistólico 2/6 panfocal. El paciente traía anotadas las tomas de la PA ambulatoria y predominaba una HTA sistólica con PA sistólicas medias entre 145-160mmHg.

En la tabla-2 y tabla-3 se muestran respectivamente el perfil lipídico y la HbA1c que presentaba el paciente antes y después del inicio del tratamiento con liraglutida. El perfil hepático y función renal fueron normales en todas las analíticas.

Tabla-2 Perfil de colesterol y triglicéridos

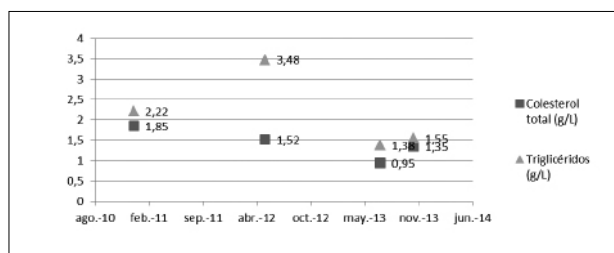
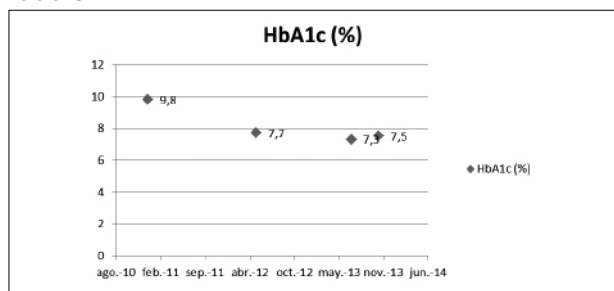


Tabla-3



Dado que se trataba de un paciente diabético con síndrome metabólico se consideró que la pérdida ponderal era fundamental para el buen control de su diabetes y del resto de FRCV. Se propuso tratamiento con liraglutina en lugar de sitagliptina pero manteniendo la metformina y la insulina. La dosis inicial fue de 0,6 mg al día en inyección subcutánea durante una semana y posteriormente dado que el paciente mostró buena tolerancia se pasó a dosis de 1,2 mg

al día. En analíticas posteriores observamos un mejor control metabólico, mejoría del perfil lipídico y una pérdida de 5kg a los 8 meses del inicio del tratamiento con mejoría de las cifras de PA (con sistólicas medias de 125-135 mmHg). El paciente presentó náuseas en una ocasión durante la segunda semana del tratamiento sin detectarse hipoglucemia, que mejoró con metoclopramida y que no precisó modificar la dosis del fármaco. La administración subcutánea fue bien aceptada por el paciente ante la satisfacción de la pérdida ponderal.

CONCLUSIONES

En resumen podemos concluir que en nuestro paciente diabético con síndrome metabólico la asociación de liraglutida al tratamiento con metformina e insulina mejoró significativamente el control de la glucemia actuando también sobre el resto de FRCV como la disminución del peso corporal, disminución de la PA sistólica y el perfil lipídico. Por lo tanto estos nuevos fármacos a pesar de ser novedosos y que todavía necesitan demostrar su eficacia a más largo plazo pueden ser una buena alternativa para los muchos pacientes que vemos habitualmente en la consulta con diabetes tipo II, obesos con IMC>30 y con FRCV en los que fracasa la terapia inicial y en los que es fundamental la pérdida de peso para conseguir el resto de objetivos. La reducción del peso corporal compensa de forma satisfactoria en estos pacientes la administración del fármaco por vía subcutánea. Debido a su elevado coste en la actualidad creemos que es muy importante personalizar sus indicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Ampudia-Blasco FJ, Calvo Gómez C, Cos Claramunt X et al. Liraglutida en el tratamiento de la diabetes tipo 2: recomendaciones para una mejor selección de los pacientes, desde una visión multidisciplinar. Av Diabetol 2010;26:226-34.

Hernández Mijares A. Inhibidores de la DPP-4 frente a análogos del receptor de GLP-1 tras el fracaso de la monoterapia con metformina en la diabetes tipo 2. Av Diabetol 2010; 26:270-2.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2012. Diabetes Care 2012; 35 Supl 1:511-63.

Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F et al. Conferencia de Consenso. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Med Clin (Barc) 2012.

Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2012;55:1577-96.

Merino Torres JF, Delgado Álvarez E. ¿Qué dificulta el control de los pacientes con diabetes tipo2? Endocrinol Nutr 2013; 60 (Supl. 2): 3-7.

Ampudia-Blasco FJ, Jodar E. ¿Por qué plantear el tratamiento con liraglutida en los pacientes con diabetes tipo2? Endocrinol Nutr 2013; 60 (Supl. 2): 8-14.

Gorgojo Martínez JJ, Palomares Ortega R. ¿A quien y cuando plantear el tratamiento con liraglutida? Endocrinol Nutr 2013; 60 (Supl. 2): 15-20.

Gomez Huelgas R, Tinahones FJ. ¿Qué valoración hacen los pacientes del tratamiento con liraglutida? Endocrinol Nutr 2013; 60 (Supl. 2): 21-26. ●

NOTÍCIA

El passat mes de març es va celebrar la XVIII Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia | XX-VIII Curs d'Actualització en Neurologia | 42^a Trobada Anual de la S.C. de Neurologia a Sitges

I es va atorgar el PREMI ANTONI SUBIRANA OLLER - Premi al compromís amb la Societat Catalana de Neurologia als Ex-Presidents, al Dr. Adrià Arboix Damunt.



Premi Antoni Subirana Oller
expresident de la Societat Catalana de Neurologia

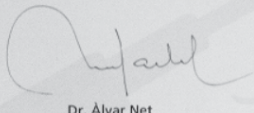


Societat Catalana de Neurologia

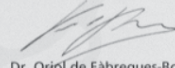
La Societat Catalana de Neurologia atorga el "Premi Antoni Subirana Oller" al

Dr. ADRIÀ ARBOIX

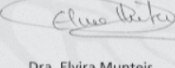
en reconeixement a la seva tasca com a expresident durant els anys 2010 - 2012



Dr. Àlvar Net
President Acadèmia



Dr. Oriol de Fàbregues-Boixar
President SCN



Dra. Elvira Munteis
Secretària SCN

FUNDACIÓ SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

Sitges, 20 de març de 2014

1714 X 2014

Originals

Enquesta d'avaluació basal de cultura de la seguretat del pacient a IDC Hospital Universitari Sagrat Cor

Encuesta de evaluación basal de la cultura de seguridad del paciente en IDC Hospital Universitario Sagrat Cor

Survey to assess the baseline patient safety culture in IDC Hospital Universitari Sagrat Cor

Lucía Mata Haya

Enfermera Referent Seguretat del Pacient

RESUMEN

El propòsit d'aquest estudi va ser avaluar la cultura de seguretat del pacient existent entre el personal de l'Hospital Sagrat Cor en relació tant a aptituds i comportaments relacionats amb la seguretat del pacient com a la notificació d'esdeveniments adversos.

Material i mètode: Estudi descriptiu transversal que recull els resultats del nivell de cultura de seguretat realitzada en una mostra aleatòria sobre 414 professionals sanitaris utilitzant l'enquesta Hospital Survey on Patient Safety culture (HSOPSC) de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Es van analitzar les respostes positives i negatives, així com la qualificació global.

Resultats: Es van analitzar 254 enquestes (taxa de resposta: 61.35%). La qualificació global de seguretat va ser 7.59.

Les fortaleeses van ser: "Treball en equip dins la unitat o servei" (77,54%), "Expectatives de la direcció que afavoreixen la seguretat" (69,12%), "Aprenentatge organització/millora continua" (68,22%) i "Frequència d'esdeveniments notificats" (65,74%). La dimensió que

ABSTRACT

The aim of this research was to explore the perceptions of Hospital Sagrat Cor' staff on patient safety and error reporting and to identify factors that influence the levels of frequency of events reported.

Material and Methods: A descriptive, cross-sectional study based on the results of an evaluation of the safety-related culture was conducted on a randomly selected sample of 414 healthcare providers, by using the Spanish adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) designed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), as the evaluation tool. Positive and negative responses were analysed, as well as the global score.

Results: A total of 254 completed survey questionnaires were analysed (response rate: 61.35%). The global score of safety was 7.59.

Strong points were: "Teamwork within the units" (77.54%), "Supervisor/manager expectations and actions" (69.12%), "Organizational Learning-Continuous improvement" (68.22%) and "Frequency of event reporting" (65.74%). Dimension identified for potential im-

ofereix més oportunitats de millora és "Dotació de personal" (30,67%).

Conclusions: S'han identificat les fortaleces i debilitats en la cultura de seguretat, així com les àrees amb potencial de millora. Els hospitals han de lluitar per tal de reduir la por al càstig i crear un clima de comunicació oberta i formació continuada.

provement was: "Staffing" (30.67%).

Conclusion and Recommendations: Strong and weak points were identified, together with potential improvement areas. Healthcare organizations should reduce the fear of blame culture and create a climate of open communication and continuous learning.

Paraules clau: seguretat del pacient, cultura corporativa, hospitals generals, errors mèdics.

Keywords: patient safety, organizational culture, hospitals general, medical errors.

Recibido: 24-Febrer-2014

Aceptado: 4-Març-2014

Correspondencia: lmata@hscor.com

JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS

La cultura de seguretat d'una organització representa la suma de valors, actituds, percepcions, competències, patrons de comportament, i rutines individuals i grupals que determinen l'estil, l'aptitud i el compromís en la gestió de la seguretat dins d'aquesta.

La millora en la cultura de seguretat és l'element bàsic del projecte de Seguretat del Pacient (SP), línia de treball estratègica que varem iniciar a finals de 2012.

El creixement en cultura de seguretat és directament proporcional, tant a la confiança interna dels professionals envers l'organització, com la dels pacients i ciutadans que ens hagin de conèixer.

Les organitzacions amb un nivell més positiu de cultura de seguretat del pacient es caracteritzen per una comunicació basada en la confiança mútua on es comparteix la percepció clara de la importància de la seguretat i on es confia en l'eficàcia de les accions preventives.

Hem de treballar per tal de promoure el necessari canvi de cultura entre els professionals per aconseguir una cultura pro activa interna, envers la seguretat del pacient.

Aquest és el principal objectiu, continu en el temps, en el nostre Pla Estratègic: conèixer la realitat de la cultura en seguretat del pacient, per tal de poder identificar les fortaleces que ens ajudin a implementar efectivament aquesta línia fonamental i detectar les millores més essencials, en base a les dimensions més negativament valorades.

De la mateixa manera que, a l'inici del projecte de Seguretat del Pacient a IDC Sagrat Cor vam fer una anàlisi de situació dels elements de Seguretat en totes les àrees funcionals assistencials mitjançant una extensa enquesta sota el model EFQM, es va pensar que la situació de la Cultura de

Seguretat del Pacient es podia avaluar també mitjançant una enquesta.

L'enquesta es va dur a terme el primer trimestre de l'any 2013 utilitzant la Intranet de l'Hospital. El segon semestre 2013 s'han analitzat les dades aparentment significatives segons els gràfics individuals de les preguntes. L'anàlisi de resultats global amb la metodologia que expliquem a continuació ha estat a final de 2013.

El principal motiu de la tardança en fer aquest informe ha estat la manca de temps per fer-ho. El cert és que en aquest moment d'anàlisi i reflexió sobre el 2013, i amb poc més d'un any d'experiència personal i de l'Hospital Sagrat Cor en quant a Seguretat del Pacient, considero ha estat positiu haver fet aquest esforç de síntesi.

ANTECEDENTS

La presentació de la figura visible d'una persona responsable de Seguretat del pacient i la diferenciació d'aquesta dimensió de la qualitat assistencial s'inicià setembre de 2012.

El darrer trimestre de 2012 es va planificar el projecte de seguretat del pacient per a l'Hospital Universitari Sagrat Cor, amb la complexitat paral·lela de que la SP es dissenyava com una línia estratègica de transversalització dels tres centres IDC a Catalunya i, alhora, nexa de col·laboració també transversal amb IDC Salut a nivell Nacional.

El setembre de 2012 es posà en marxa la Intranet. Hi tenien accés els directius, comandaments, metges que visiten a consulta i algunes infermeres a les que es va anar donant accés progressivament.

No hi havia, doncs, cap cultura tecnològica en quant a ús de la Intranet i molt poc en la utilització del correu electrònic. L'enquesta, en aquell moment, va ser visible per a comandaments i els pocs usuaris que hi van tenir accés. El cert és que hi havia propostes i temptacions de fer aquesta primera enquesta en paper, però es va apostar per les noves eines informàtiques. Això va suposar una dificultat afegida, en haver d'adequar-se a l'increment gradual d'usuaris potencials.

A la Intranet va estar visible la primera notícia de la existència del Portal de Seguretat i de l'enquesta a finals del mes de setembre. El ritme de respostes va ser inclús més lent del que s'esperava, ja que al setembre només es respongueren 9 enquestes i cap a l'octubre. A finals d'octubre, i amb

el recolzament exprés de Direcció d'infermeria, s'habiliten pauses durant l'horari de treball per tal de facilitar la realització de l'enquesta. El grau de resposta s'incrementa gradualment.

La coincidència de la constitució del comitè Clínic de Seguretat del Pacient i l'aparició del "Portal de seguretat del pacient a la Intranet" a finals de febrer de 2013 van proporcionar visibilitat a aquesta línia estratègica i ajudaren a definir-la i diferenciar-la. El grau de resposta va augmentar durant aquest període.

Finalment, el període d'enquesta es va tancar el 21 d'abril de 2013, amb 254 enquestes respostes.

METODOLOGIA

L'enquesta utilitzada és la versió en espanyol de la Hospital Survey on Patient Safety de l'**Agency for Healthcare Research and Quality** (AHRQ), agència d'investigació i qualitat americana.

Obtindrem informació transversal de manera aleatòria en no conèixer la població que tècnicament tindria la possibilitat de respondre. Es a dir no podríem saber a quantes persones arribava l'enquesta: "quin va ser el numero de qüestionaris repartits" si foren en paper.

La determinació de la mida de la mostra, assolint la distribució normal de les dades, per un nivell de confiança del 95% i un marge d'error del 5% es va estimar en 200 enquestes.

El bolcat i tractament de dades s'ha realitzat mitjançant el programa Microsoft Excel 2007.

RESULTATS

Es van respondre 254 enquestes que es correspondrien amb el 61,35% de la població amb accés a intranet de manera pròxima al seu lloc de treball, que en el mes de març de 2013 era de 414 usuaris que podien accedir a la Intranet mitjançant usuari i contrasenya.

Es van analitzar les respostes negatives i positives dels 42 ítems de la enquesta.

Segons el document del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud que tradueix i descriu el Hospital Survey on Patient Safety, publicat el 2005 pel Ministeri de Sanitat i Consum, de manera general, les respostes es recodifiquen en 3 categories d'acord a l'esquema següent: Negatiu ("en desacord" i "molt en desacord"), neutral ("indiferent"), i positiu ("d'acord" i "molt d'acord"). Nosaltres hem desestimat en l'anàlisi les respostes neutrals.

Dades socio-demogràfiques dels enquestats

- En relació a la categoria professional, la majoria dels enquestats són infermeres (59%), seguides d'auxiliars d'infermeria (30%), els metges representen el 2% i la resta correspon a gerència, direcció, auxiliars sanitaris, administratius i tècnics.

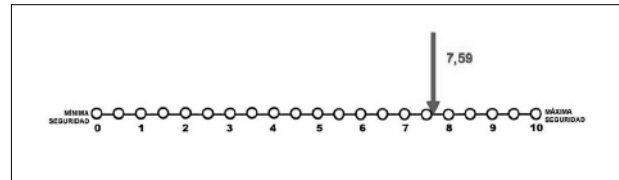
Ressalta la manca de farmacèutics i l'escassa participació de metges i residents, però aquest aspecte estarà relacio-

nat amb el medi de difusió de l'enquesta entre els diferents col·lectius i serveis.

- Pel que fa a unitats o serveis, el 43% representen hospitalització, el 9% cures intensives i el 7% urgències.
- Atenent a la proximitat del pacient, el 94% dels que responen mantenen habitualment contacte directe amb els pacients.

Qualificació del clima de seguretat:

En una escala de 0 a 10 el grau de seguretat percebuda a les unitats és de: 7,59.



El 69% dels enquestats van qualificar la seguretat a la seva unitat entre 6 i 8, mentre que només el 13% la va qualificar per sota de 6 punts i un 18% la va qualificar per sobre de 8 punts.

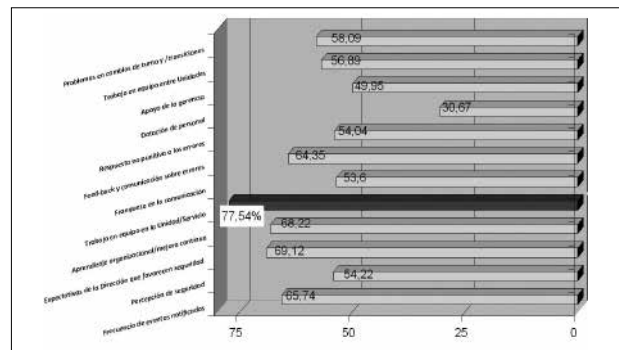
Número d'esdeveniments notificats

La gran majoria dels enquestats (72,05%) no ha notificat cap esdeveniment relacionat amb la SP el darrer any. El 93% respon haver-ne notificat menys de dos.

Resultats de la cultura de seguretat segons les dimensions

Seguint els criteris de classificació proposats per la AHRQ apareix globalment una fortalesa, el Treball en equip dins la unitat o servei, amb 77,54%.

A més, destaquen pel percentatge global de respostes positives 4 més, feed-back i comunicació sobre errors (64,35%), aprenentatge organizacional/millora continua (68,22%), expectatives i accions de la direcció/supervisió de la Unitat/Servei que afavoreixen la seguretat (69,12%) i la freqüència d'esdeveniments notificats (65,74%). Figura 2.



La informació obtinguda en quant a ítems específics as-senjala com a fortaleces:

L'AHRQ divideix les dimensions en 3 nivells:

- Dimensions de cultura de seguretat.

- Dimensions de la cultura de seguretat a nivell de servei o unitat.
- Dimensions de la cultura de seguretat a nivell d'hospital.

Segons l'AHRQ es consideren forteses aquells ítems amb $\geq 75\%$ de respostes positives a qüestions positives i $\geq 75\%$ de respostes negatives a qüestions negatives. (Annex 1: ítems i percentatges)

Fortaleses a nivell de cultura de seguretat

Dimensions que inclou:

- Freqüència d'esdeveniments notificats (65,74%).
- Percepció de seguretat (54,22%).

A partir del 60% es pot considerar que el resultat és positiu, això implica que es valora la freqüència d'esdeveniments.

En quant a la percepció de seguretat envers el pacient, trobem un fet paradoxal:

El 73,31% (el que vindria a ser una fortalesa) respon que els procediments i mitjans de treball són bons per tal d'evitar errors i, alhora, el 48,4% considera que no es produeixen més errors per casualitat.

El 67,36 % respon que en la seva unitat no hi ha problemes de seguretat.

Fortaleses a nivell de les dimensions de cultura de seguretat d'unitat o servei

FORTALESES I ÍTEMS AMB RESULTATS MÉS DESTACATS		
DIMENSIO	ÍTEM	PUNTUACIO
PERCEPCIO SEGURETAT PACIENT	Bons procediments i mitjans de treball per a evitar errors	73,31%
	Els superiors no passen per alt els problemes de seguretat que ocorren	82,14%
	Si es detecta alguna falla es prenen les mesures necessàries	81,67%
APRENTATGE I MILLORA CONTINUA		
TREBALL EN EQUIP	El personal el dona suport mutuament	77,08%
	Ens tractem amb respecte	84,06%
FEED BACK I COMUNICACIO D'ERRORS	En la unitat discutim de quina manera evitar que un error torni a ocórrer	78,71%

En aquesta qüestió tenim un nivell molt alt de forteses, sobretot si tenim en compte que estem implementant la cultura de seguretat, el que ens mostra que la cultura existeix i que val la pena reflectir-la:

- El 84,06% opina que hi ha un tracte de respecte entre els companys.
- El 82,14% respon que els superiors no passen per alt els problemes de seguretat.
- El 81,67% valora el fet que quan es detecta alguna errada en la tasca o el sistema s'implementen les mesures necessàries per que no passi de nou.
- El 77,08% opina que els professionals es donen suport mutu.
- El 78,71% diu que en el seu servei/unitat es discuteix la manera d'evitar que un error torni a ocórrer.

- El 74,70% valora que quan hi ha molta feina es treballa en equip per completar-la.
- El 74,21% afirma que, si va saturat de feina, rep ajuda dels companys.
- El 72,18% pensa que quan es veu que quelcom pot afectar la seguretat del pacient se'n parla obertament.
- El 73,02% creu que en cas de cometre un error els companys i superiors no ho utilitzaran en contra.
- El 68,15% està d'acord en dir que els seus superiors escolten els suggeriments que es fan per millorar la seguretat dels pacients.
- El 65,74% coneix que hi ha activitats dirigides a la millora de la seguretat.
- El 65,34% creu que són informats dels errors que ocorren en la seva unitat.

Fortaleses a nivell de les dimensions de cultura de seguretat a nivell de tot l'hospital

El treball en equip entre unitats i els problemes en canvis de torns i transicions, s'avaluen positivament (56,9% i 58,1% respectivament).

El 72,73% opina que no li resulta incòmode treballar amb professionals d'un altre servei o unitat.

RESULTATS OPORTUNITATS DE MILLORA

Segons l'AHRQ es consideren oportunitats de millora els ítems en que el resultat és de $\geq 50\%$ de respostes negatives a qüestions positives, i en els que el resultat és de $\geq 50\%$ de respostes positives a qüestions negatives.

Nosaltres valorarem els resultats per sobre del 45%.

Oportunitats de millora a nivell de cultura de seguretat:

El 51,04 % diu que no és cert que no s'augmenta el ritme de treball si hi ha risc per la seguretat.

El 48,60% respon que no passen més coses per casualitat.

Oportunitats de millora a nivell de cultura de seguretat en les unitats / serveis:

El 46,80% considera que no és cert dir que el personal pugui qüestionar amb llibertat les accions i decisions dels seus superiors.

El 56,33% opina que quan es comet un error es té por a que es registri en el seu expedient.

El 59,92% opina que a vegades no es pot donar la millor atenció per càrrega laboral.

El 68,02% respon que es treballa sota pressió havent de realitzar moltes coses massa ràpid.

Oportunitats de millora a nivell de cultura de seguretat en el hospital:

El 45,97% diu que les diferents unitats/àrees/serveis de l'hospital no es coordinen prou bé.

AVALUACIÓ I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS

El clima de seguretat obté una excel·lent puntuació si ho comparem amb altres treballs fets a nivell de l'estat per tal d'avaluar el paràmetre seguretat del pacient. Això ens ofereix un immillorable punt de partida per tal de desenvolupar un pla estratègic: el col·lectiu professional està involucrat i conscienciat.

Els resultats obtinguts ens permeten identificar els punts forts de la nostra organització: el treball en equip, el respecte mutu i confiança entre companys, juntament amb l'apreciació que el superior s'involucra de manera efectiva en el procés.

Igualment, els resultats ens ajuden a identificar les principals estratègies per tal de millorar la cultura de seguretat, i que serien:

1. Gestió eficient dels recursos humans per tal d'anticipar els augments de demanda assistencial de manera que l'eventual increment de treball que comporten no comprometi la seguretat del pacient.
2. Incentivar una cultura "no punitiva" del incident de seguretat. Això permet que es pugui parlar lliurement dels possibles errors sense témer conseqüències en el expedient. Això afavoreix la notificació i la discussió dels esdeveniments.
3. Recolzar explícitament des de Gerència i Direcció les estratègies de seguretat del pacient com a un element transversal de gestió.
4. Potenciar la coordinació entre unitats o serveis, ja que, si bé els resultats han estat positius, dins un hospital resulta fonamental la coordinació integrada entre les diferents unitats assistencials.

PROPOSTES D'ACTUACIÓ

Hauríem d'aprofitar la disponibilitat a la notificació i el fet de que es consideri que els superiors no defugen dels problemes de seguretat.

- Hauríem de fer més difusió del sistema de notificació i accions realitzades.
- Hem de continuar en el camí de donar resposta i fer-la visible a les accions encaminades a la millora de la seguretat i resolució de casos tractats.
- Hauria de millorar la percepció de que el risc existeix en totes les unitats i en tots els moments d'assistència a pacients.

Hauríem de treballar per a millorar en quant a la comunicació, pel que fa a la pèrdua d'informació que pot suposar la transferència d'una unitat o àrea a una altra (50%), assegurar que la informació essencial del pacient es transmet en el canvi de torn o guàrdia (42%), posar mesures per evitar problemes per l'intercanvi d'informació del pacient entre unitats o al canviar el torn (38%).

Dins l'àmbit específic de la Gestió de Seguretat del Pacient es preveu la realització d'enquestes periòdiques per tal d'avaluar l'efectivitat dels canvis introduïts.

La propera enquesta està prevista pel 2015 i es treballarà amb una difusió diferent: l'enquesta estarà disponible igualment online, però en la propera ocasió s'enviarà l'enllaç de l'enquesta mitjançant una carta personalitzada a tot el personal de l'hospital. Això ens permetrà saber quantes enquestes hem "lliurat", les dades de resposta exacta, i pensem que arribarem a una distribució poblacional més àmplia.

CONCLUSIONS

En general concloem que hem de seguir treballant en l'aprenentatge sobre la seguretat i gestió de riscos per tal de millorar la consciència de risc i evitar la rutina en totes les activitats.

Hem de promoure la notificació explicant els seus objectius i significats.

Promoure millores organitzatives en la relació entre unitats, serveis, canvis de torn com a moments de risc per pèrdua d'informació del pacient.

Tractar la millora en la franquesa de la comunicació, demostrant l'interès per la millora, no per la xafarderia ni el càstig.

Tota l'organització ha de treballar per aconseguir la normalitat en el tractament dels temes de seguretat del pacient.

La principal fortalesa és la capacitat del personal per a ésser motivats i la capacitat de treballar en equip.

És d'exigència el nostre compromís, doncs hem generat forces expectatives.

HEM FET PART DEL CAMÍ, PERÒ NO ENS PODEM ATURAR

AGRAÏMENTS

A la Sra. M^a José Sánchez, Bibliotecària de l'Hospital Universitari Sagrat Cor pel seu suport i aportació bibliogràfica, a la Sra. Anna Cruz pel seu lideratge facilitador per a l'acompliment de l'objectiu de resposta telemàtica amb l'equip de la direcció d'infermeria, i al Sr. Alberto Sánchez pel suport en la implantació del Portal de Seguretat i difusió de la enquesta.

BIBLIOGRAFIA

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist 2013; 28: 329-36. ●

Nota clínica

La respiración abdominal como técnica de relajación en pacientes hospitalizados: experiencia de un caso

La respiració abdominal com a tècnica de relaxació en pacients hospitalitzats: experiència d'un cas

Abdominal breathing as relaxation therapy in patients admitted to hospital: report of one case

Núria Ramírez Cano, Silvia Lera Núñez, M^a Carmen Lombardía López

Enfermeras. Hospital Universitario Sagrat Cor

RESUMEN

En nuestra práctica diaria tratamos frecuentemente con la ansiedad. El paciente ingresado se suele sentir inseguro y vulnerable. Esto le puede crear malestar, o tensión nerviosa, incidiendo negativamente en su proceso curativo. La respiración abdominal es una herramienta que utilizamos en la unidad para mitigar la ansiedad.

Presentamos el caso de una mujer joven, de 37 años, intervenida de nódulo pulmonar bilateral, portadora de dos drenajes torácicos. Al llegar a la unidad manifestaba mucho dolor, no podía respirar, temía quedarse sin aire. La analgesia no era efectiva. Se recurrió a guiarla mediante respiración abdominal. El resultado fue muy bueno: la sensación de asfixia cedió y el dolor descendió a niveles tolerables.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad. Código NANDA: 00146. Código NOC: 1402. Código NIC: 5800.

ABSTRACT

In our daily practice, we deal frequently with anxiety. The patients admitted to hospital feel insecure and vulnerable. These feelings are associated with discomfort, nervous and emotional tension... having negatives effects on their healing process. Abdominal breathing is a tool we use in our unit to mitigate anxiety.

We report the case of a young woman, 37 year old, who underwent surgery for bilateral lung nodule, bearing two chest drains. Upon arrival at our unit, she expressed much pain, experiencing feeling of air hunger or drowning. Analgesia was not effective. We decided to guide her through abdominal breathing. The result was very good: the feeling of choking and gasping for breath stopped and pain decreased to tolerable levels.

Nursing diagnosis: Anxiety; NANDA Code: 00146. NOC Code: 1402. NIC Code: 5800.

Palabras clave: ejercicios respiratorios, terapia por ejercicio, ansiedad, dolor, estrés psicológico.

Keywords: breathing exercises, exercise therapy, anxiety, pain, stress psychological.

Recibido: 17-Febrero-2014

Aceptado: 4-Marzo-2014

Correspondencia: mari_lombardia@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

La respiración es un proceso de gran importancia en la regulación fisiológica y metabólica del organismo, es la única función del sistema nervioso autónomo que puede ser controlada y regulada por la conciencia.

El paciente ingresado se suele sentir inseguro y vulnerable y esto le puede crear mal estar, tensión muscular, inquietud, temor etc. Esto incide directamente en el proceso curativo del paciente: a mayor ansiedad más difícil y lenta suele ser la recuperación. Se ha demostrado en varios estudios que la ansiedad puede afectar a diferentes indicadores de recuperación como el dolor, la necesidad de analgésicos, las complicaciones, la tensión arterial etc.

La técnica de la respiración abdominal, es una herramienta que utilizamos para mitigar la ansiedad.

CASO CLÍNICO

Joven de 37 años, que ingresa en la unidad tras ser intervenida de resección de un nódulo pulmonar bilateral.

Paciente consciente, orientada, inquieta, portadora de dos drenajes torácicos (derecho e izquierdo) pleurevac sueroterapia por vía periférica, catéter paravertebral, O₂ en gafas nasales a tres litros por minuto, con TA 130/80, FC 94, SaO₂ 94%. Manifestaba mucho dolor: EVA 8-10, tenía sensación de ahogo, la respiración era muy superficial.

En reanimación se le había puesto la analgesia pautada y, tras administrar la de rescate y no mejorar el cuadro, se recurre a guiarla con una respiración abdominal: apoyando la mano en su abdomen se le indica que coja aire despacio por la nariz o por la boca, por donde se sienta más cómoda, y lo suelte por la boca o por donde más fácil le resulte, también despacio, fijándose en como el abdomen sube cuando entra el aire y baja cuando se expulsa. Se repitió la práctica varias veces hasta que la respiración fue más profunda, con lo cual la sensación de asfixia cedió y también el dolor bajo a niveles tolerables EVA (2-3). Las constantes se estabilizaron, la FA disminuyó y la SaO₂ mejoró a 98%.



La paciente mejoró manifestando su agradecimiento por la intervención. Decía haber pasado mucho miedo pues temía quedarse sin aire, no sabía cómo respirar.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad- Código NANDA:00146. Código NOC:1042. Código NIC:5880

DISCUSIÓN

En la práctica diaria observamos con frecuencia que el paciente ingresado se siente inseguro, vulnerable y esto le crea angustia que a su vez genera un aumento de la sintomatología como puede ser sensación de ahogo, tensión muscular, nerviosismo, insomnio, temor, etc. Nuestros pensamientos y nuestras acciones están íntimamente relacionados con nuestros sentimientos, lo que hacemos y pensamos tiene que ver directamente con cómo nos sentimos y nuestro estado de ánimo. No podemos separar nuestro organismo físico de nuestras creencias y de nuestras emociones.

En el día a día nos damos cuenta que utilizando como herramienta la práctica de la respiración abdominal en casos de estrés agudo, dolor intenso, etc., el paciente mejoraba la sintomatología. La respiración es un proceso de suma importancia en la regulación fisiológica y metabólica del organismo. Es la única función del sistema nervioso autónomo que puede ser controlada y regulada por la conciencia, por lo tanto funciona como vínculo entre la dimensión psíquica y física del ser humano. El factor clave es prestar atención y ser plenamente consciente de todo este proceso vital.

Si centramos nuestra conciencia en como respiramos, nos concentramos en el aquí y el ahora y, por lo tanto, nuestras preocupaciones y temores no están presentes en dicho momento, lo cual nos ayuda a disminuir la tensión favoreciendo la relajación.

En casos agudos de ansiedad observamos que el efecto es bastante inmediato. Se produce una disminución de la sensación de ahogo, bajada de la frecuencia cardíaca y mejora de la saturación de oxígeno, reflejados en el tensiómetro. Basta con apoyar una mano en el abdomen del paciente e ir guiándolo con frases como esta: “Coja aire despacio por la nariz o por la boca -por donde se sienta más cómodo- y suéltelo por el lugar que más cómodo le resulte también despacio, fíjese en como su abdomen sube cuando entra el aire y baja cuando lo expulsa. Vaya repitiendo la práctica con calma”. No se trata de coger gran cantidad de aire, sino una cantidad normal, sin forzarnos, la hiperventilación (inspirar y espirar gran cantidad de aire durante un tiempo) podría marearle. A veces la sensación de ahogo va acompañada de dolor opresivo en el pecho y este también desciende a medida que el paciente se centra en la respiración.

Básicamente, existen tres tipos de respiración:

1. La respiración torácica, en la que el aire entra y sale de los pulmones por efecto de la apertura y cierre de la caja torácica, el aire ocupa la parte alta y media de los pulmones.
2. La respiración abdominal o diafragmática, el aire entra y sale de los pulmones por efecto del movi-

miento ascendente y descendente del diafragma, el aire ocupa la parte baja y alta de los pulmones.

3. La respiración mixta, respiración combinada de movimientos torácicos y diafragmáticos.

Cuando todas las células del cuerpo reciben una mayor oxigenación, el metabolismo se acelera y se queman mejor las toxinas, se benefician espectacularmente la circulación general, la digestión, la eliminación de sustancias etc. La respiración abdominal también tiene efectos relajantes favoreciendo la relajación, la concentración, disminuyendo la tensión muscular, combatiendo la fatiga, el dolor y proporcionando un sueño reparador.

Los estados de tensión nerviosa y ansiedad, normalmente se asocian con una respiración superficial y con dolor muscular. El paciente ante una señal de alerta responde con ansiedad, definida como sensación de malestar o amenaza, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Las características que definen la ansiedad pueden ser: conductuales, afectivas o fisiológicas. Como conductuales son la agitación, movimientos extraños, insomnio, inquietud. Como afectivas están: irritabilidad, angustia nerviosismo, temor. Y como fisiológicas: voz temblorosa, temblor de manos, aumento de la respiración, urgencia urinaria, aumento de pulso, dilatación pupilar.

La respiración, su ritmo y frecuencia, está íntimamente ligada a los estados mentales y emocionales que experimentamos en la vida cotidiana. El miedo la inhibe y la bloquea, la ansiedad la acelera, la tristeza la ralentiza, el estrés la entrecorta y el cansancio físico la fuerza.

Desde enfermería creemos que sería muy beneficioso promover el autocuidado de la salud mediante técnicas de relajación como la respiración abdominal para el autocontrol de la ansiedad. Aprender a respirar, al contrario de lo que pueda parecer, no es una tarea fácil. Requiere concentración y práctica. Por ello estamos elaborando una hoja de consejos generales que facilite la práctica de la técnica para su posterior difusión, que a su vez complementaría las recomendaciones médicas específicas para caso particular. La respiración es la vida, y respirar bien permite vivir mejor.

BIBLIOGRAFÍA

Moix J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. *Rev Calid Asist* 1998; 13:160-5.

Esteve R, Ramírez C, López AE. Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones dolor* 2001; 2(4): 252-61.

Lozano MA. Variables que inciden en la ansiedad experimentada por pacientes hospitalizados y valoración de dos programas alternativos de reducción de la ansiedad. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada, 1996.

La respiración consciente [Internet]. Disponible en: http://www.universoyoga.com/documentos/Respiracion_consciente.pdf ●

Sacroileítis por staphylococcus aureus

Sacroiliitis per staphylococcus aureus

Sacroiliitis caused by staphylococcus aureus

Ana Marqueño, Jordi Delás

Medicina Interna

Palabras clave: sacroileítis, artritis infecciosa, staphylococcus aureus

Keywords: sacroiliitis, arthritis infections, staphylococcus aureus

Recibido: 30-Enero-2014

Aceptado: 4-Marzo-2014

Correspondencia: amarquenoellacuria@gmail.com

Varón de 33 años que ingresa en nuestro Hospital por indicación de su médico de atención primaria por dolor en zona lumbar derecha irradiado hasta rodilla por zona posterior, de inicio súbito, sin traumatismo previo, que no cede con diclofenaco intramuscular y diazepam y que se inicia 12 horas antes del ingreso. Recuerda una picadura hacia el 5 de enero en muñeca derecha que se le hinchó de manera muy importante.

Hemocultivos positivos para Staphylococcus Aureus de amplia sensibilidad en 4 frascos de dos hemocultivos. Ecocardiograma, que resulta normal, sin regurgitaciones valvulares significativas. Gammagrafía ósea con aumento de vascularización del área sacroiliaca derecha, con importante aumento de la fijación en la fase tardía, que se extiende hacia las partes blandas adyacentes, compatible con sacroileitis inflamatoria-infecciosa.

La resonancia magnética nuclear muestra en la articulación sacro-ilíaca derecha irregularidad y erosiones de la superficies articulares con hiperintensidad en STIR de la señal del hueso sacro e ilíaco y de la musculatura alrededor (músculo glúteo medio, músculo psoas y músculo ileopsoas) y grasa subcutánea y alrededor de la raíz nerviosa derecha de S1, se asocia realce tras administración de contraste paramagnético de gadolinio, compatible con cambios de sacroileitis con afectación de la musculatura vecina.

Tratado inicialmente con ceftriaxona y cloxacilina y posteriormente solo con cloxacilina, buena evolución. En el momento del alta, secuencia de tratamiento con levofloxacin 500mgs hasta completar 4 semanas. ●



Maneig del pacient amb fenomen de Raynaud

Manejo del paciente con fenómeno de Raynaud

Management of patient with Raynaud phenomenon

Dra. Maria Sanjaume

Servei de Medicina Interna

Paraules clau: Malaltia de Raynaud, procediments clínics

Keywords: Raynaud disease, critical pathways

Darrera revisió: octubre 2013

Davant una primera visita d'un pacient amb Fenomen de Raynaud (FR) el més important és avaluar si es tracta d'un FR primari (no associat a cap malaltia) o FR secundari (normalment relacionat amb malalties del teixit connectiu o malalties vasculars).

Aquesta diferenciació té implicacions sobretot en les exploracions complementàries a demanar i en el pronòstic en cas de ser secundari.

EL FR primari es considera que és una reacció exagerada de la vasoconstricció fisiològica davant el fred. Acostuma a ser més freqüent en dones, inici entre els 15-30 anys i poden haver-hi altres membres de la família afectats.

Criteris diagnòstics per FR primari

- Atacs episòdics i simètrics
- Polsos arterials presents
- Absència d'edema, ulceració o necrosi
- Capilaroscòpia normal
- ANA < 1/100 VSG < 20 mm/h

Hem de pensar en la possibilitat de FR secundari quan afecta a un home, inici per sobre dels 40 anys, episodis molt dolorosos i amb aparició d'ulceracions, atacs asimè-

trics, afectacions més proximals als dits de les mans i peus com mans, braços, peus i cames.

Malalties del teixit connectiu associades a FR secundari

- ESCLERODÈRMIA
- Lupus eritematos sistèmic
- Malaltia mixta del teixit connectiu i overlap
- Malaltia de Sjögren
- Artritis reumatoide
- Dermato i polimiositis

Malalties vasculars associades a FR secundari

- Arteriosclerosi
- Ateroembolia
- Tromboangïtis obliterant
- Vasculitis (PAN, Arteritis de Horton principalment)
- Compensació neurovascular

Altres malalties associades a FR secundari

- Fàrmacs: quimioteràpics, betabloquejants, metiser-gida, amfetamines.
- Laboral: vibracions, pianistes, taquígraf.
- Altres: crioglobulinèmia, paraproteïna, policitemia.

QUÈ HEM DE FER DAVANT UN PACIENT AMB FR?

- Capilaroscòpia
Si la història clínica i l'exploració física acurada no suggereix associació amb cap malaltia vascular o del teixit connectiu i la capilaroscòpia és normal no cal realitzar es-

tudis més exhaustiu i pensarem que estem davant un FR primari. En cas contrari cal:

- Rx tòrax
- Anàlisi Bàsica: Hemograma, VSG, coagulació, glucosa, LDH, f. renal i hepàtica i tiroïdal, colesterol, triglicèrids, proteïnograma
- Immunologia:
 - ANA, Factor reumatoide, crioglobulines
 - Complement
 - Ac anti-ENA (Sm, RNP, Ro, La)
 - ANCA, antifosfolípid, VHB, VHC
 - Si ANA +: antiDNA, Ac anticentròmer, Ac anti-Scl-70

TRACTAMENT

- Mesures físiques (protecció del fred).
- Eliminar el tabac.
- Retirar o evitar fàrmacs com descongestionant na-

sal pel seu efecte simpaticomimètic, ergotamínic, sumatriptan..)

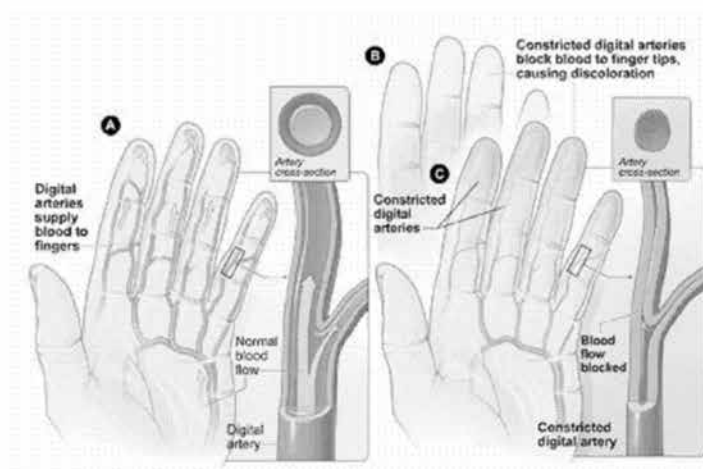
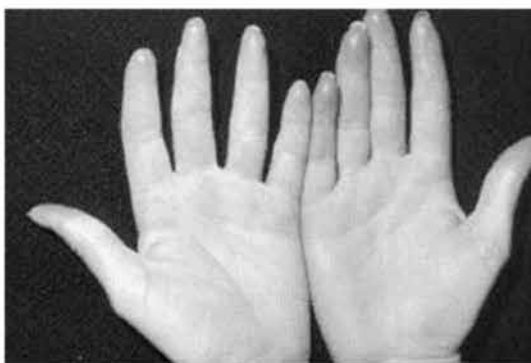
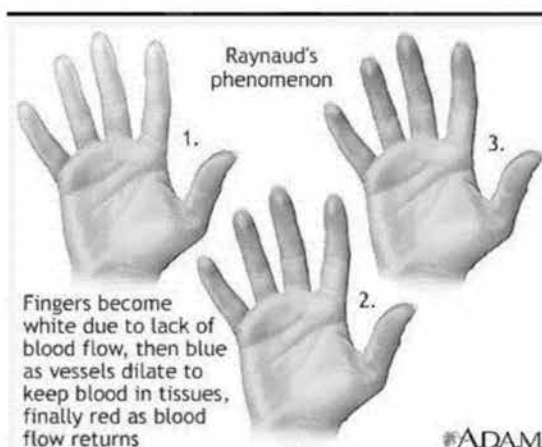
Antagonistes del Ca:

- Nifedipino 30-180 mg/dia
- Amlodipino 5-20 mg/dia

Començarem amb dosis baixes i anirem augmentant progressivament, si cal, en funció de la resposta. En pacients amb TA baixa l'amlodipino és millor tolerat que no el nifedipino. Si no hi ha una urgència greu reajustar la dosi es farà cada 4 setmanes. En casos poc greus es limitarà el tractament als mesos d'hivern.

En cas de no respondre a aquests fàrmacs o a intolerància als mateixos caldrà revalorar individualment la gravetat dels símptomes, si es FR primari o secundari i plantejar altres alternatives terapèutiques com:

- Prostaglandines
- Si isquèmia severa: AAS, heparines de baix pes molecular
- Cirurgia: simpatectomia cervical ●



Sondas de gastrostomía en nutrición enteral: reflexiones sobre su utilización

Sondes de gastrostomia en alimentació enteral:
Reflexions sobre el seu ús

Gastrostomy tubes for enteral nutrition:
considerations over its use

Dra. Nuria Roca Rossellini

Unidad de Nutrición

Palabras clave: gastrostomía, nutrición enteral, seguridad del paciente

Keywords: gastrostomy, enteral nutrition, patient safety

El soporte nutricional constituye una modalidad de tratamiento aceptada desde el punto de vista médico, moral y legal en la totalidad de los pacientes con alguna esperanza de supervivencia.

En nutrición artificial, la administración de nutrientes se ha de aportar preferiblemente por vía enteral, porque además de ser económicamente más favorable, es más fisiológica al mantener la integridad de las mucosas intestinales.

Antes de iniciar cualquier soporte nutricional, se debe considerar el estado clínico del paciente, el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos y beneficios de la instauración de la nutrición, la duración prevista, la calidad de vida y los deseos del paciente y de sus familiares.

La colocación de una sonda de gastrostomía (tanto por procedimiento quirúrgico como endoscópico) es el método más utilizado para administrar alimentación enteral a largo plazo, en pacientes en los que se presupone que no se pueden alimentar por vía oral, en un periodo de más de 6-8 semanas y que tengan el tracto gastrointestinal funcional.

Este método estará reservado para pacientes con trastornos en la deglución secundarios a enfermedades neurológicas, neoplasias de cabeza y cuello y patologías de ORL.

Pero en la práctica clínica diaria, *el planteamiento no es tan sencillo*: la nutrición artificial, no siempre produce una mejoría en la calidad de vida de las personas que las reciben. La decisión de iniciar una nutrición artificial puede ser difícil de tomar y no siempre se consideran todos los aspectos implicados en ella.

El soporte nutricional debe formar parte de los cuidados paliativos integrales siempre que su objetivo sea mantener el estado de bienestar del paciente.

La decisión de comenzar o retirar una nutrición, debe basarse en los derechos del paciente, así como en el equilibrio entre los beneficios y los inconvenientes que le pueden suponer, aunque también debe tenerse en cuenta que, es una técnica que ha creado nuevas oportunidades de supervivencia a un número importante de enfermos.

Es fundamental contar con la opinión del paciente, o de su representante en caso de incapacidad, para encontrar la opción más adecuada. El proceso de toma de decisiones acerca de la nutrición artificial en paciente terminales es complejo desde el punto de vista ético.

Quizás, la pregunta que habría que responder antes de instaurar o suprimir la nutrición artificial es, si hay un equilibrio entre los beneficios que se espera obtener y los riesgos, molestias y efectos secundarios que ocasionan al enfermo. La controversia no está resuelta a la hora de decidir, y solamente el análisis de los riesgos y beneficios en cada caso individualizado, junto con los deseos del paciente y la opinión de la familia sería lo único que podría ayudar a tomar una decisión. ●

Barcelona 10 de septiembre de 2013

Recerca

Influencia de la infección por el virus respiratorio sincitial en el desarrollo de asma en niños de 0 a 3 años

Influència de la infecció pel virus respiratori sincitial en el desenvolupament de l'asma en nens de 0 a 3 anys

Relationship between respiratory syncytial virus infections and subsequent development of asthma in 0 to 3 year-old children

Trabajo realizado para optar el Diploma de Estudios Avanzados

Presentado por: **Carmela Rodríguez Velásquez**

Dirigido por:

Prof. M^a Anunciación Martín Mateos

Prof. Asoc. Jamil Ajram Maksoud

PROGRAMA DE DOCTORADO DE FISIOPATOLOGIA INFANTIL

RESUMEN

El propósito de este estudio es establecer la relación entre el virus sincitial respiratorio y las modificaciones en la inmunidad que causan la aparición de asma infantil. Numerosos estudios han encontrado que las infecciones de las vías respiratorias inferiores causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS) en la infancia pueden, posteriormente, desencadenar desarrollo de asma. En este estudio reclutamos 80 niños menores de 3 años, ingresados en nuestro hospital por presentar un primer episodio de bronquiolitis, entre noviembre de 2006 y Marzo de 2008. Se diagnosticó infección por VRS utilizando un kit de diagnóstico rápido (Binax Now®) y en muestras de secreciones nasales obtenidas por lavado nasal con suero salino fisiológico. La muestra se dividió en dos grupos: VRS positivo y negativo. Este estudio revela que el VRS en la infancia no predispone a los niños a posterior desarrollo de asma por encima de los 6 meses de edad. El concepto clínico de asma infantil se define

ABSTRACT

The aim of this study was to establish the relationship between respiratory syncytial virus and the modifications in immunity that causes appearance of childhood asthma. Several studies have found that lower respiratory tract infections (LRTIs) caused by the respiratory syncytial virus (RSV) in infancy may subsequently trigger the development of asthma. In this study, we enrolled 80 infants under the age of 3 who had been admitted to our hospital with first episode of bronchiolitis between November 2006 and March 2008. RSV infection was diagnosed in these patients using an RSV rapid diagnostic kit (Binax Now®) and by measuring antibody titers in paired serum samples. The sample has been divided into two groups: RSV positive and negative. This study revealed that RSV in infancy does not predispose children to subsequent development of asthma over 6 months of age. The clinical concept of Childhood Asthma is defined as the appearance of 3 or more episodes

como la aparición de 3 o más episodios de obstrucción bronquial antes de los 2 años de edad y/o una historia de hiperreactividad bronquial, fuera de los periodos de sobreinfección respiratoria.

of bronchial obstruction before 2 years of age and/or a history of bronchial hyperactivity, outside of periods of respiratory re-infection.

Palabras clave: infecciones por virus sincitial respiratorio, asma, bronquiolitis, lactantes, niños.

Keywords: respiratory syncytial virus infections, asthma, bronchiolitis viral, infant, child.

Recibido: 3-Diciembre-2013

Aceptado: 4-Febrero-2014

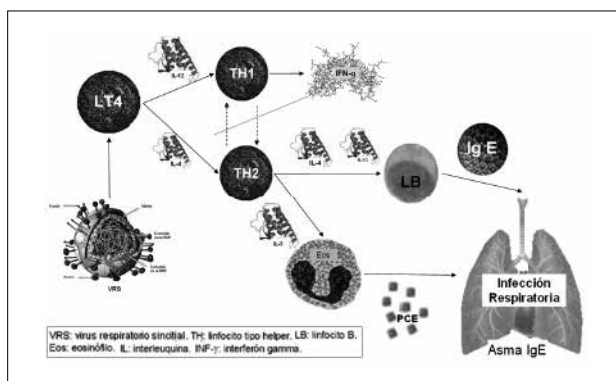
Correspondencia: crodriguez@hscor.com

HIPÓTESIS

La bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS), es una de las causas más frecuentes de hospitalización en los lactantes menores de 12 meses en nuestro medio; la mortalidad de esta infección se sitúa en torno al 0,5%, si bien los grupos de riesgo puede alcanzar hasta un 3% aproximadamente¹. En los grupos considerados de alto riesgo prematuros, niños con enfermedad pulmonar crónica (EPC) o cardiopatía congénita, las tasas de hospitalización son mayores, hasta el 20% en Estados Unidos y el 13% en España². Durante la época epidémica, en noviembre y marzo, el VRS se identifica como el agente causal en más del 80% de los aislamientos virales. Otros agentes etiológicos de importancia son los siguientes: parainfluenzae 3, adenovirus, influenzae A y B, enterovirus, rinovirus, coronavirus, metapneumovirus humano, el bocavirus humano. Sin duda otros nuevos virus respiratorios esperan ser detectados en el futuro e incorporados a la lista de agentes etiológicos³⁻⁵. En definitiva, la bronquiolitis por VRS es una compleja enfermedad con muchas variables que condicionan las decisiones terapéuticas con la edad de los pacientes, el estadio y la gravedad de la infección, y el grado de obstrucción de la vía respiratoria⁶. Las infecciones víricas constituyen factor desencadenante de crisis asmática en los niños, aunque también pueden actuar a otras edades, siendo los rinovirus los más frecuentemente implicados, seguidos del VRS y el virus de la gripe⁷. El VRS es el factor etiológico de la bronquiolitis que preceden al asma y en niños pequeños⁸. En alérgicos es frecuente la disminución de la respuesta celular, traducidos en la significativa reducción de los índices de linfocitos T (LT), en particular de los LT productores de IFN- γ , citocina con actividad supresora sobre interleucina 4 (IL-4) y la producción de IgE. Por otro lado, los mastocitos y los eosinófilos son unas células efectoras importantes en la patogénesis de la inflamación del asma dado que segregan productos que pueden lesionar el epitelio respiratorio. El Virus respiratorio sincitial tiene una capacidad inusual para activar las células Th2 probablemente debida la presencia de una glucopro-

teína-G en la superficie del virus. En la población de niños asmáticos con antecedentes de bronquiolitis se han observado bajos niveles de inmunoglobulina A de secreción salival (IgAS) e incremento de IgE. Además se observa mayor sensibilidad a infecciones broncopulmonares y exacerbación de la enfermedad asmática^{9,10}.

Figura 1: Actuación del VRS en los linfocitos



En la infección por VRS, la disminución de la generación de IFN- γ se halla asociada con mayor probabilidad de sibilancias¹¹. Después de la infección viral genética desencadena reacciones alérgicas. Disminuirá el umbral de tolerancia a antígenos que ingresen por las mucosas. Las membranas mucosas deterioradas facilitarían el acceso a antígenos adsorbido¹². Hay factores sistémicos que influyen sobre la probabilidad de infecciones tempranas por VRS como la presencia de atopia con la exposición a alérgenos inhalatorios y al tabaco⁶.

Resumen de la Hipótesis:

1. El virus sincitial respiratorio (VRS) es un virus agresivo para el aparato respiratorio.
2. Los niños con bronquiolitis por el VRS en épocas precoces de la vida pueden tener, posteriormente, bronquitis y asma con más frecuencia, que los que no lo han tenido.

OBJETIVOS

1. Seleccionar niños de 0 a 3 años de edad, divididos en dos grupos menores de 6 meses y mayores de 6 meses con bronquiolitis por infección VRS positivo comparados con niños de la misma edad con bronquiolitis VRS negativa. Ingresados desde septiembre 2006 hasta abril 2008.
2. Estudiar la evolución clínica y el número de crisis posteriores al ingreso.

3. Observar la influencia del Virus respiratorio sincitial, los factores genéticos y ambientales en la aparición posterior del asma del lactante.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, por revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados por bronquiolitis durante 3 períodos epidémicos de VRS consecutivos, desde noviembre 2006 hasta marzo 2008; en el servicio de pediatría del Hospital Universitari Sagrat Cor, que es el hospital de titularidad privada más grande de Barcelona y el centro hospitalario de referencia del Grupo Alianza y atiende socios de entidades de seguro libre, pacientes privados; y conciertos con el CatSalut (Servei Català de la Salut).

El grupo de niños en estudio estaba formado inicialmente por 80 niños que ingresaron a este hospital por su primer episodio de bronquiolitis, con edad desde 8 días a 3 años. Durante el estudio se logró establecer contacto, se informaba a la familia de la existencia del estudio y se proponía la participación en el mismo; 54 niños completaron la encuesta.

En el control clínico se realizaba una anamnesis y exploración física y se anotaban los episodios de bronquitis diseminante que había padecido desde el primer episodio y evolución de los niños.

Se valoraron otros factores de riesgo (historia familiar de asma, antecedentes personales y factores ambientales) y también la determinación del virus en una muestra de secreciones nasales obtenidas por lavado nasal con suero salino fisiológico y empleando el test rápido inmunocromatográfico Binax NOW® (Binax, Inc. Portland, USA). No se estudió la infección por otros virus respiratorios en los pacientes en estudio. La muestra se dividió en dos grupos: con VRS POSITIVO y VRS NEGATIVO.

NIÑOS CON BRONQUIOLITIS VRS POSITIVO (Grupo 1)

Se valoraron 23 niños con bronquiolitis VRS positivo.

Selección de niños con infección VRS positivos menores de 6 meses y mayores de 6 meses.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de 0 días a 36 meses diagnosticados de bronquiolitis VRS positivo.
- Con antecedentes personales y/o familiares de atopía y ambientales: humo de tabaco, calefacción, mascotas, libros y peluches en la habitación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños que no acudieron o completaron la encuesta
- Niños con enfermedades crónicas respiratorias ya diagnosticadas
- Niños con otras enfermedades crónicas como: cardiopatías, diabetes, etc.

NIÑOS CON BRONQUIOLITIS VRS NEGATIVO (Grupo 2)

- Se valoraron 31 niños con bronquiolitis VRS negativo.
- Selección de niños con infección VRS negativo menores de 6 meses y mayores de 6 meses.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Niños de 0 días a 36 meses diagnosticados de bronquiolitis VRS negativo.
- Con antecedentes personales y/o familiares de atopía y ambientales: humo de tabaco, calefacción, mascotas, libros y peluches en la habitación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

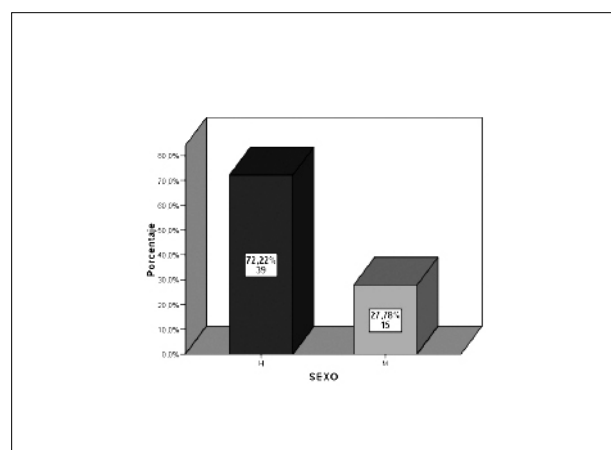
- Se consideró los mismos criterios que el grupo 1.

RESULTADOS

Se estudió una cohorte global (grupo 1 y 2) de 54 pacientes, 39 niños (72,2%) y 15 niñas (27,8%) que presentaron un episodio de bronquiolitis lo que requirió ingreso y hospitalización. Ver tabla 1.

Tabla 1.- Grupo de estudio según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	H	39	72,2	72,2	72,2
	M	15	27,8	27,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	



La edad media global para bronquiolitis al ingreso fue de 5 meses (de 0,7 a 12 meses). (Grupo 1 y 2)

Se detectó VRS positivo 23 niños (42,6%) y VRS negativo 31 niños (57,4%) se analizaron por separado los pacientes con aislamiento positivo y negativo menores de 6 meses y mayores de 6 meses. No hay diferencia significativa entre las medias de ingreso por VRS positivo y negativo.

Se observa un mayor porcentaje de ingreso por VRS (70,4%) en la clase de ≤ 6 meses que 29,6% en > 6 meses. Según Tabla 2.

Tabla 2. Edad de Ingreso por VRS positivo y negativo

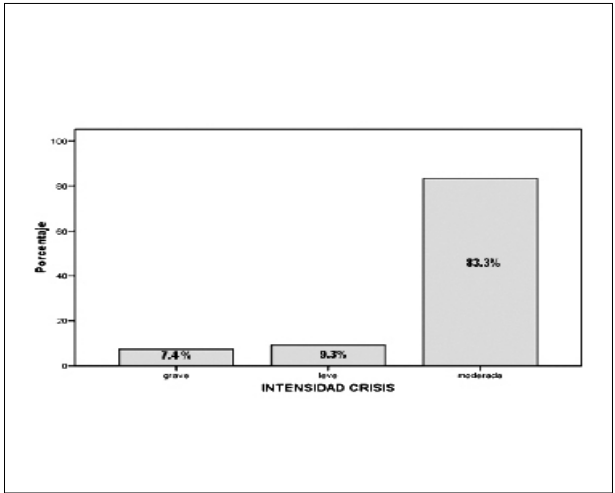
Edad VRS* (meses)	VRS Pos / Neg	Media	N	% del total de N
≤ 6	positivo	3,247	17	31,5%
	negativo	3,238	21	38,9%
	Total	3,242	38	70,4%
>6	positivo	8,667	6	11,1%
	negativo	9,500	10	18,5%
	Total	9,188	16	29,6%
Total	positivo	4,661	23	42,6%
	negativo	5,258	31	57,4%
	Total	5,004	54	100,0%

SINTOMAS CLÍNICOS AL INGRESO POR BRONQUIOLITIS

El 87% de niños iniciaron con síntomas de una infección viral, como rinorrea, tos y en algunas ocasiones fiebre, a todos los pacientes se realizó el análisis de VRS. Y el 83,3% de los niños del grupo 1 y 2 tuvieron una bronquiolitis moderada. Un 7,4% tuvieron una bronquiolitis grave, según la escala de Wood-Downes modificada por Ferrés y en la que se considera bronquiolitis leve, de 1 a 3 puntos; bronquiolitis moderada, de 4 a 7 puntos; y bronquiolitis grave de 8 a 14 puntos. Ver tabla 2.2.

Tabla 2.2.- Evolución según la gravedad de la bronquiolitis

E. Wood-Downes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
grave	4	7,4	7,4	7,4
leve	5	9,3	9,3	16,7
moderada	45	83,3	83,3	100,0
Total	54	100,0	100,0	



El promedio de días de hospitalización fue de 4 días en los dos grupos. No se registraron muertes en los casos estudiados. Los periodos epidémicos de VRS de los dos grupos estudiados están comprendidos entre los meses setiembre-junio en los tres periodos analizados.

CRISIS DE BRONCOESPASMO POSTERIOR AL INGRESO

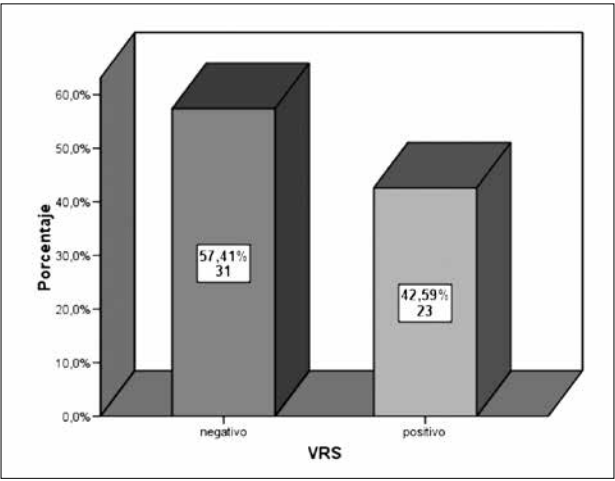
En nuestra serie los pacientes de VRS positivo presentaron una media de 6,76 crisis (31,5%) en la edad de ≤6 meses y 4,67crisis (11,1%) en la edad >6 meses, observándose una diferencia significativa en la media de crisis.

En los pacientes de VRS negativo se presentaron una media de 4,33 crisis (38,9%) en la edad de ≤6 meses y 4,80 crisis (18,50%) en la edad >6 meses que demuestra que no hay diferencia significativa en este grupo de pacientes.

En la muestra total observamos que en los VRS positivos hay una media de 6,22 crisis (42,6%) frente a una media de 4,48 crisis (57,4%) en los negativos. Ver tabla 3.

Tabla 3. Evolución de crisis y edades pacientes VRS positivos y VRS negativos

Edad VRS	VRS Pos / Neg	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	6,76	17	31,5%
	negativo	4,33	21	38,9%
	Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	4,67	6	11,1%
	negativo	4,80	10	18,5%
	Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	6,22	23	42,6%
	negativo	4,48	31	57,4%
	Total	5,22	54	100,0%



FACTORES DE RIESGO

Antecedentes Familiares de Atopia

Se realizó un análisis de pacientes VRS positivos y VRS negativos considerando los antecedentes familiares de atopia (asma, dermatitis, rinitis, alergia a alimentos).

De los 54 pacientes, 40 niños (74,1%) presentaron historia familiar de atopia y 14 niños (25,9%) no presentaron antecedentes familiares de atopia; en los niños menores de 6 meses tiene una media de 7,73 crisis en los VRS positivos y 4,19 crisis en los VRS negativos. Y en los mayores de 6 meses media de 4,40 crisis en los VRS positivos. Ver tabla 4.

Tabla 4 - Antecedentes Familiares de Atopia (AFA)/ Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	Ant. Familiares ATOPIA	Media	N	Desv. típ.	% del total de N
≤6	Positivo	sí	7,73	11	5,968	20,4%
		no	5,00	6	3,033	11,1%
		Total	6,76	17	5,190	31,5%
	Negativo	Sí	4,19	16	3,291	29,6%
		no	4,80	5	4,025	9,3%
		Total	4,33	21	3,381	38,9%
	Total	Sí	5,63	27	4,805	50,0%
		no	4,91	11	3,330	20,4%
		Total	5,42	38	4,397	70,4%
>6	Positivo	Sí	4,40	5	1,673	9,3%
		no	6,00	1	.	1,9%
		Total	4,67	6	1,633	11,1%
	Negativo	Sí	4,25	8	3,327	14,8%
		no	7,00	2	2,828	3,7%
		Total	4,80	10	3,293	18,5%
	Total	Sí	4,31	13	2,720	24,1%
		no	6,67	3	2,082	5,6%
		Total	4,75	16	2,720	29,6%
Total	Positivo	Sí	6,69	16	5,199	29,6%
		no	5,14	7	2,795	13,0%
		Total	6,22	23	4,592	42,6%
	Negativo	Sí	4,21	24	3,230	44,4%
		no	5,43	7	3,645	13,0%
		Total	4,48	31	3,305	57,4%
	Total	Sí	5,20	40	4,250	74,1%
		no	5,29	14	3,124	25,9%
		Total	5,22	54	3,960	100,0%

Antecedentes Personales de Atopia

Los niños que sí tienen antecedentes personales de atopia en los ≤ 6 meses y VRS positivos y negativo la media de crisis es de 7,75 y 7,00, en cambio los que no tienen atopia es de 6,46 crisis y 2,69 crisis. Se observa que a nivel global de la muestra hay un 37% de pacientes con una media de crisis de 6,05 frente a un 63% de pacientes con una media de 4,74 crisis, lo que refleja mayor número de crisis en los que tienen antecedentes personales de atopia. Ver tabla 5.

Tabla 5 - Antecedentes Personales de Atopia (APA)/ Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	ANTEC. PERS ATOPIA	Media	N	Desv. típ.	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,75	4	4,113	7,4%
		no	6,46	13	5,592	24,1%
		Total	6,76	17	5,190	31,5%
	negativo	Sí	7,00	8	2,449	14,8%
		no	2,69	13	2,810	24,1%
		Total	4,33	21	3,381	38,9%
	Total	Sí	7,25	12	2,927	22,2%
		no	4,58	26	4,743	48,1%
		Total	5,42	38	4,397	70,4%
>6	positivo	Sí	3,67	3	1,155	5,6%
		no	5,67	3	1,528	5,6%
		Total	4,67	6	1,633	11,1%
	negativo	Sí	4,60	5	2,702	9,3%
		no	5,00	5	4,123	9,3%
		Total	4,80	10	3,293	18,5%
	Total	Sí	4,25	8	2,188	14,8%
		no	5,25	8	3,240	14,8%
		Total	4,75	16	2,720	29,6%
Total	positivo	Sí	6,00	7	3,697	13,0%
		no	6,31	16	5,043	29,6%
		Total	6,22	23	4,592	42,6%
	negativo	Sí	6,08	13	2,722	24,1%
		no	3,33	18	3,272	33,3%
		Total	4,48	31	3,305	57,4%
	Total	Sí	6,05	20	3,000	37,0%
		no	4,74	34	4,399	63,0%
		Total	5,22	54	3,960	100,0%

FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

Humo de tabaco

En muchos estudios se encuentra que la exposición de forma reiterada a ambientes cargados como humo de tabaco se ha asociado con un incremento de las sibilancias y de la hiperactividad bronquial. También ser hijo de una madre fumadora durante la gestación es un factor importante de riesgo de asma en la infancia. En nuestro grupo el 37% de los niños tienen padres fumadores. En los pacientes con padres fumadores y VRS positivo menores de 6 meses presentan una media de 7 crisis (11,1%) y con VRS negativo una media de 4,20 crisis (18,5%). Ver tabla 6.

Aunque no existe ninguna duda de que la exposición al humo del tabaco medioambiental, el tabaquismo pasivo, contribuye a las infecciones de las vías respiratorias inferiores en lactantes y en niños pequeños en países en desarrollo y en las naciones industrializadas²¹.

Tabla 6.- Fumadores (FUM)/Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	FUMADORES	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,00	6	11,1%
		no	6,64	11	20,4%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	Sí	4,20	10	18,5%
		no	4,45	11	20,4%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	5,25	16	29,6%
		no	5,55	22	40,7%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	sí	4,33	3	5,6%
		no	5,00	3	5,6%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	5,00	1	1,9%
		no	4,78	9	16,7%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	Sí	4,50	4	7,4%
		no	4,83	12	22,2%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	6,11	9	16,7%
		no	6,29	14	25,9%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	4,27	11	20,4%
		no	4,60	20	37,0%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	Sí	5,10	20	37,0%
		no	5,29	34	63,0%
		Total	5,22	54	100,0%

Calefacción

Se puede ver que en los pacientes con VRS positivo que tienen calefacción y menores de 6 meses presentan una media de 7,14 crisis (25,9%) y en los mayores de 6 meses 4,40 crisis (9,3%), que puede deberse a que los más pequeños están más tiempo en casa y expuestos a la calefacción. En los VRS negativos con calefacción menores de 6 meses la media de crisis es 4,41(31,5%) y en los mayores de 6 meses una media de 5,83 crisis (11,1%). También observamos que en la totalidad de la muestra el 77,8 % tienen calefacción. Ver tabla 7.

Tabla 7.- Calefacción (CAL)/Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	CALEFACCIÓN	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,14	14	25,9%
		no	5,00	3	5,6%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	Sí	4,41	17	31,5%
		no	4,00	4	7,4%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	5,65	31	57,4%
		no	4,43	7	13,0%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	Sí	4,40	5	9,3%
		no	6,00	1	1,9%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	5,83	6	11,1%
		no	3,25	4	7,4%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	Sí	5,18	11	20,4%
		no	3,80	5	9,3%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	6,42	19	35,2%
		no	5,25	4	7,4%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	4,78	23	42,6%
		no	3,63	8	14,8%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	Sí	5,52	42	77,8%
		no	4,17	12	22,2%
		Total	5,22	54	100,0%

Alfombras

En nuestro estudio se observa que el 22,2% si tienen alfombras con una media de 5,17 crisis frente a una media de 5,22 crisis en el total de la muestra, cuyos valores no son significativos ($p=0,880$). Tabla 8.

Tabla 8.- Alfombra (ALF)/Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	ALFOMBRAS	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	4,00	1	1,9%
		no	6,94	16	29,6%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	sí	5,00	4	7,4%
		no	4,18	17	31,5%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	4,80	5	9,3%
		no	5,52	33	61,1%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	Sí	4,00	2	3,7%
		no	5,00	4	7,4%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	6,00	5	9,3%
		no	3,60	5	9,3%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	Sí	5,43	7	13,0%
		no	4,22	9	16,7%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	4,00	3	5,6%
		no	6,55	20	37,0%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	5,56	9	16,7%
		no	4,05	22	40,7%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	Sí	5,17	12	22,2%
		no	5,24	42	77,8%
		Total	5,22	54	100,0%

Libros

En la muestra total observamos un porcentaje de 50% que tienen libros y cuya media de crisis es de 5,96 frente a 4,48 crisis que no tienen libro. En los menores de 6 meses y VRS positivo presentan una media 7,67 crisis. Ver tabla 9.

Tabla 9.- Libros (LIB)/Nº Crisis en VRS ($p=0,237$)

Edad VRS	VRS Pos / Neg	LIBROS	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,67	9	16,7%
		no	5,75	8	14,8%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	Sí	4,78	9	16,7%
		no	4,00	12	22,2%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	6,22	18	33,3%
		no	4,70	20	37,0%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	Sí	4,75	4	7,4%
		no	4,50	2	3,7%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	6,00	5	9,3%
		no	3,60	5	9,3%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	Sí	5,44	9	16,7%
		no	3,86	7	13,0%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	6,77	13	24,1%
		no	5,50	10	18,5%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	5,21	14	25,9%
		no	3,88	17	31,5%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	Sí	5,96	27	50,0%
		no	4,48	27	50,0%
		Total	5,22	54	100,0%

Peluches

En el total de la muestra observamos que los que poseen peluches en los VRS positivo hay una media de 6,41 crisis (31,5%) y en los VRS negativo una media de 4,89 crisis (35,2%); del total de la muestra el 66,7% tuvieron peluches. Ver tabla 10.

Tabla 10.- Peluches (PEL)/Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	PELUCES	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,25	12	22,2%
		no	5,60	5	9,3%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	Sí	4,92	12	22,2%
		no	3,56	9	16,7%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	6,08	24	44,4%
		no	4,29	14	25,9%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	Sí	4,40	5	9,3%
		no	6,00	1	1,9%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	4,86	7	13,0%
		no	4,67	3	5,6%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	sí	4,67	12	22,2%
		no	5,00	4	7,4%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	6,41	17	31,5%
		no	5,67	6	11,1%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	4,89	19	35,2%
		no	3,83	12	22,2%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	sí	5,61	36	66,7%
		no	4,44	18	33,3%
		Total	5,22	54	100,0%

Animales Domésticos

De los animales domésticos que producen mayor sensibilización y posteriormente asma infantil es el gato¹⁰, pero en nuestro estudio se encontró 72,22% tenían perros el 5,56% gato y 22,22% otros.

Observamos que 18 pacientes (33,3%) tienen una media de 5,67 crisis incluyendo los VRS positivo y negativos. Y en los menores de 6 meses media de 7,17 crisis y 6,55 crisis respectivamente afectando a los dos grupos.

Tabla 11.- Animales Domésticos (ANI)/Nº Crisis en VRS

Edad VRS	VRS Pos / Neg	ANIMALES DOM.	Media	N	% del total de N
≤6	positivo	Sí	7,17	6	11,1%
		no	6,55	11	20,4%
		Total	6,76	17	31,5%
	negativo	Sí	3,60	5	9,3%
		no	4,56	16	29,6%
		Total	4,33	21	38,9%
	Total	Sí	5,55	11	20,4%
		no	5,37	27	50,0%
		Total	5,42	38	70,4%
>6	positivo	Sí	5,50	2	3,7%
		no	4,25	4	7,4%
		Total	4,67	6	11,1%
	negativo	Sí	6,00	5	9,3%
		no	3,60	5	9,3%
		Total	4,80	10	18,5%
	Total	Sí	5,86	7	13,0%
		no	3,89	9	16,7%
		Total	4,75	16	29,6%
Total	positivo	Sí	6,75	8	14,8%
		no	5,93	15	27,8%
		Total	6,22	23	42,6%
	negativo	Sí	4,80	10	18,5%
		no	4,33	21	38,9%
		Total	4,48	31	57,4%
	Total	Sí	5,67	18	33,3%
		no	5,00	36	66,7%
		Total	5,22	54	100,0%

Asistencia a guardería

El 44,4 % (24 pacientes) que no acudieron a la guardería, incluyendo VRS positivo y negativo, presentaron una media de 4,17 crisis. En 13% de los que acudieron a guardería a los 4 meses de edad, considerando VRS positivo y negativo, tuvieron una media de 8 crisis.

La asistencia a la guardería puede ser un indicador de la exposición temprana frente a numerosos agentes infecciosos. Múltiples trabajos han demostrado que los niños que van a la guardería ya durante el primer año de vida tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones¹⁴ de las vías respiratorias sobre todo. Ver tabla 11.1.

Tabla 11.1 Media de Crisis con asistencia a guardería

INICIO GUARDERIA (meses)	VRS Pos / Neg	Media	N	Desv. típ.	% del total de N
0	positivo	4,67	9	3,000	16,7%
	negativo	3,87	15	3,461	27,8%
	Total	4,17	24	3,253	44,4%
3	negativo	1,00	1	.	1,9%
	Total	1,00	1	.	1,9%
4	positivo	7,67	3	4,619	5,6%
	negativo	8,25	4	1,500	7,4%
	Total	8,00	7	2,887	13,0%
5	positivo	2,00	1	.	1,9%
	negativo	2,00	1	.	1,9%
	Total	2,00	2	,000	3,7%
6	positivo	6,33	3	4,933	5,6%
	negativo	2,00	2	1,414	3,7%
	Total	4,60	5	4,278	9,3%
9	positivo	3,00	1	.	1,9%
	negativo	4,50	2	3,536	3,7%
	Total	4,00	3	2,646	5,6%
12	positivo	6,75	4	5,679	7,4%
	negativo	3,67	3	,577	5,6%
	Total	5,43	7	4,353	13,0%
14	negativo	11,00	1	.	1,9%
	Total	11,00	1	.	1,9%
15	positivo	18,00	1	.	1,9%
	Total	18,00	1	.	1,9%
16	negativo	5,00	2	,000	3,7%
	Total	5,00	2	,000	3,7%
18	positivo	9,00	1	.	1,9%
	Total	9,00	1	.	1,9%
Total	positivo	6,22	23	4,592	42,6%
	negativo	4,48	31	3,305	57,4%
	Total	5,22	54	3,960	100,0%

Evolución Clínica a Asma infantil

El concepto clínico de Asma infantil se define como la presentación de 3 o más episodios de obstrucción bronquial antes de los 2 años de edad y/o una historia de hiperreactividad bronquial, fuera de los periodos de sobreinfección respiratoria¹⁰.

En nuestro estudio el 59,26% (32 niños), total de VRS positivo y negativo, presentaron más de 3 crisis indicador de una evolución a asma de lactante. Ver tabla 13.

Numerosos estudios han descrito una asociación entre la infección por VRS en edades tempranas de la vida y el desarrollo posterior de hiperreactividad bronquial. Las evidencias demuestran que esta asociación es cada vez más clara y que el VRS parece ser uno de los factores ambientales que de forma aislada predispone al desarrollo posterior de asma.¹⁵

Tabla Nº 13.- Pacientes que presentaron mayor de 3 crisis Asma infantil

	VRS positivo	VRS Negativo	%
Nº Crisis	Pacientes	pacientes	
≤3	8	14	22 (40,74%)
>3	15 (65,22%)	17 (54,84%)	32 (59,26%)
Total	23	31	54 (100%)

TRATAMIENTO INTERCRISIS

Se observa que 40 pacientes no recibieron tratamiento con Budesonida y los que recibieron presentaron una media de 6,79 crisis (14 niños) igual en los que recibieron Singulair® 8 pacientes con una media de 7,63 crisis. Pero analizando estos pacientes tenían muchos factores de riesgo como antecedentes de VRS, menores de 6 meses y antecedentes familiares y personales de atopia, además animales domésticos. Tablas 14 (a, b). Los glucocorticoides inhalados en este grupo de edad, los niños con clínica de asma y con factores de desarrollar asma persistente pueden responder adecuadamente a este tratamiento, por otro lado, en los lactantes con sibilancias post-bronquiolitis o con sibilancias relacionadas únicamente con infecciones virales, la utilidad de los corticoides inhalados es dudosa. El tratamiento con corticoides de forma intermitente no mejora el control de la enfermedad^{16,18}. Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos. Existen pocos trabajos en niños de esta edad. Podrían ser útiles para reducir el número de exacerbaciones inducidas por virus y para disminuir la inflamación bronquial en niños atópicos.^{19,20}

TABLA 14(a) Media de Crisis con tratamiento de Budesonida

Nº DE CRISIS

BUDESONIDA	Media	N	% del total de N
no	4,68	40	74,1
si	6,79	14	25,9
Total	5,22	54	100,0

Tabla 14(b) Media de Crisis con tratamiento de Montelukas(Singulair®)

Nº DE CRISIS

MONTELUKAS	Media	N	% del total N
no	4,80	46	85,2
si	7,63	8	14,8
Total	5,22	54	100,0

Para este análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15, y los resultados se expresan como media aritmética y desviación estándar (DE) en el caso de variables cuantitativas y como porcentaje en el caso de variables cualitativas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La bronquiolitis afecta a los niños menores de 1 año y hay un determinante predominio en los varones¹³. En total se estudió 54 pacientes, 39 niños (72%) y 15 niñas (28%) que presentaron un episodio de bronquiolitis. La edad media global de ingreso fue de 5 meses. Se infectan principalmente los menores de 15 meses, con un pico máximo de incidencia entre los 2 y los 6 meses de edad y se ha descrito una mortalidad en la mayoría de las series en torno al 0,5%, si bien los pacientes de alto riesgo pueden alcanzar hasta el 3 %¹.

Los antecedentes familiares de atopia y el riesgo de sensibilización alérgica y el desarrollo posterior de síntomas, es debido a una susceptibilidad genética como lo indica en la historia familiar positiva. Los estudios de genética molecular sugiere que el fondo genético del fenotipo atópico es complejo y varios genes están involucrados en la producción de IgE y en las manifestaciones alérgicas de la piel y los síntomas de la vía aérea.

El asma es una enfermedad de predisposición genética con una elevada prevalencia comparado con otras enfermedades pulmonares. Se ha identificado el locus de la atopia en los cromosomas 5, 6,11 y 14, y varios marcadores en el cromosoma 12 que se asocia a altas concentraciones de IgE.¹⁰

En nuestro grupo de estudio 40 niños (74%) historia familiar de atopia (asma, rinitis y dermatitis). El riesgo de asma es mayor cuanto más carga hay, principalmente si están los 2 padres afectados.

Los factores ambientales como el tabaquismo, los peluches, libros y la calefacción aumentan el riesgo de padecer asma. El humo del tabaco produce una disminución del movimiento de los cilios, lo cual favorece las infecciones y por lo tanto las infecciones de VRS y el aumento del paso de alérgenos.

El VRS es un factor de riesgo independiente de asma y sensibilización, pero la combinación bronquiolitis VRS y herencia para asma o atopia incrementa el riesgo de desarrollar asma¹⁶

La predisposición familiar al desarrollo del asma y la bronquiolitis guiará a los estudios inmunológicos y mecánicos para detectar las distintas respuestas del huésped a la infección viral durante la lactancia y ayudar a definir las poblaciones diana de alto riesgo para los esfuerzos de pre-

vención. Además los profesionales pueden informar a las familias del mayor riesgo y alentar aún más la importancia de evitar las medidas para disminuir el riesgo de infecciones virales. Respecto a las futuras intervenciones, se está evaluando varias vacunas del VRS que, de ser aprobadas podrían ser utilizadas para prevenir la enfermedad, especialmente en los niños de alto riesgo²².

CONCLUSIONES

La bronquiolitis afecta a menores de un año y hay un predominio en los varones.

Los niños con bronquiolitis que evolucionaron a asma de lactante dentro del grupo VRS positivo fueron de 65,22% y en el grupo de VRS negativo de 54,84%.

A menor edad de la bronquiolitis VRS positivo mayor número de crisis.

Los factores ambientales afectan más a los menores de 6 meses posinfección de VRS.

Cuanto más antecedentes tienen de atopia (familiares y personales) sufren más de crisis.

Los niños que acudieron a la guardería a los 4 meses de edad duplican la media de crisis tanto en VRS positivo como en negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez FR. Bronquiolitis por virus respiratorio sincitial. Actualización. Acta Pediatr Esp. 2006; 64: 323-327.
2. Lázaro y de MP, Figueras AJ, Doménech ME, et al. La eficiencia (coste-efectividad) de Palivizumab como profilaxis para la infección por virus respiratorio sincitial en prematuros de 32-35 semanas en España. An Pediatr (Barc). 2006; 65(4):316-24.
3. Welliver RC. Respiratory syncytial virus and other respiratory viruses. Pediatr Infect Dis J. 2003; 22:6S-12S.
4. Van den Hoogen BG, de Jong JC, Groen J, et al. A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease. Nat Med 2001; 7:719-724.
5. Weissbrich B, Neske F, Schubert, et al. Frequent detection of bocavirus DNA in German children with respiratory tract infections. BMC 2006; 6:109-115.
6. Panitch HB. Respiratory syncytial virus bronchiolitis: supportive care and therapies designed to overcome airway obstruction. Pediatr Infect Dis J. 2003; 22: 83S-8S.
7. Tuffaha A, Gern JE, Lemanske RF. The role of respiratory viruses in acute and chronic asthma. Clin Chest Med. 2000; 21; 289-300.

8. Maldonado AM, et al. Niveles de interferón-gamma (IFN- γ) en niños asmáticos con antecedentes de bronquiolitis y su correlación con otros parámetros de alergia. *Arch Alergol Immunol Clin* 2006;37(2):52-62.
9. Maldonado AM, Torres CV, Taranilla AG, et al. Modificaciones inmunológicas por virus respiratorio sincitial (VSR) en niños alérgicos. *Arch Alergol Immunol Clin*. 2001; 32(3):84-92
10. Garriga BM. Influencia de la infección por el virus respiratorio sincitial en el desarrollo inmunológico en niños de 0 a 2 años de edad. Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, 2003, 187 pp
11. Renzi PM, Turgeon JP, Yang JP, et al. Cellular immunity is activated and a TH-2 response is associated with early wheezing in infants after bronchiolitis. *J Pediatr* 1997;130:584-593
12. Folkerts C, Busse WW, Nijkamp FP, Sorkness R, Gern JE. State of the art: virus-induced airway hyperresponsiveness and asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:1708-1720
13. Alba F, Alsina J. Estudio clínico-epidemiológico de las enfermedades del tracto respiratorio inferior con sibilancias en menores de 2 años y factores de riesgo asociados. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 379-383.
14. Cobos N, Liñán S. Infections in early childhood. Are they good or bad for asthma? *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 18-25
15. Ni, Kjellman N. Atopic disease in seven years old children. *Acta Paediatr Scand* 66:465-471, 1977
16. Castillo-Laita JA, et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. *An pediatr (Barc)* 2007; 67:253-273
17. Strannegard O, Cello J, Bjarnason R, Sigurbergsson F, Sigurs N. Association between pronounced Ig A response in RSV bronchiolitis and development of allergic sensitization. *Pediatr Allerg Immunol* 1997; 8: 1-6.
18. Bisgaard H, Hermansen MN, Lohland J, et al. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing. *N Engl J Med*. 2006; 354: 1998-2005.
19. Bisgaard H. A randomized trial of montelukast in respiratory syncytial virus postbronchiolitis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 167:379-83.
20. Straub DA, Minocchieri S, Moeller A, Hamacher J, Wildhaber JH. The effect of montelukast on exhaled nitric oxide and lung function in asthmatic children 2 to 5 years old. *Chest*. 2005; 127:509-14.
21. Simões EA. Tabaquismo materno, asma y bronquiolitis: ¿asociación clara o pruebas dudosas?. *Pediatrics (Ed esp)*. 2007; 63(6):342-4.
22. Carroll KN, Gebretsadik T, Griffin R, et al. Maternal Asthma and maternal smoking associated with increased risk of bronchiolitis during infancy. *Pediatrics*. 2007; 119:1104-12. ●



Volum nº 20 dels “Annals del Sagrat Cor”

Comité Editorial

Amb aquest número tanquem el volum 20 de la nostra revista i pensem que és un bon moment per tornar la vista enrere i, amb certa tendresa que us demanem vulgueu compartir, fer una remembrança d'aquests 20 volums.

Per començar, hauríem de confessar-vos que, malgrat que com a subtítol de la revista posa “fundats el 1993”, es tracta d'una petita imprecisió. De fet, el número “0” va sortir el 1992, com podeu apreciar al facsimil de la portada que adjuntem, però considerarem l'any 1993 com a any de fundació. La presentació va ser a la biblioteca de l'Hospital, amb presència de molts membres del cos facultatiu. Un dels menys optimistes va dir a mitja veu, “ja veurem el que dura”. Doncs, de moment, 20 anys.

Per tal de situar-nos en el temps, farem un repàs dels esdeveniments amb més repercussió d'aquell any:

- El President Bill Clinton va prendre possessió com a President dels EEUU.
- Nelson Mandela va rebre el Nobel de la Pau
- Va entrar en vigor el Tractat de Maastricht

I centrant-nos a Espanya:

- Va començar a investigar-se el Caso Filesa
- El Banc d'Espanya va intervenir Banesto

Pels amants de l'esport els recordarem que Alain Prost va ser campió de Formula 1, Pete Sampras va guanyar a Wimbledon i l'US Open i Sergi Bruguera va guanyar Roland Garros, i França va guanyar els Cinc Nacions. I, faltaria més, el Barça va guanyar la Lliga i el Reial Madrid la Copa del Rei.

Doncs bé, en aquell moment, varen néixer els Annals. Malgrat que a l'editorial es diu textualment “animats per les facilitats actuals de la tecnologia de l'edició i la publicació”, el fet és que el voluntarisme va tenir més paper que la tecnologia.

Els primers números s'editaven amb un programa informàtic que es deia Ventura Publisher, que permetia fer filigranes —en aquell moment— com inserir fotos i canviar el tipus de lletra. Però res de pdf ni coses semblants. Així que la tecnologia consistia en imprimir les pàgines i fer-ne fotocòpies.

El tema de les fotocòpies tampoc va ser pacífic i sort de la sogre del responsable de reprografia, que es visitava amb

un membre del Consell Editorial que es “guanyava” les fotocòpies amb la seva suor professional. D'aquella època queden moltes anècdotes, com el fet que després calia grapar les fotocòpies i es necessitava una supergrapadora que ens prestaven a repro (a compte de la sogre, és clar) i que un dia va patir un petit contratemps que va ser solucionat —amb esparadrap— molt professionalment per la Mila, secretària de Medicina Interna, encara que després d'arreglar-la se sentien sorolls de peces soltes que varem preferir no comentar al retornar-la.

Ja estem al 2002, i per fi varem aconseguir que des de repro ens fessin les portades de cartolina i amb un color, el blau.

Però tornant a la tecnologia, va ser un estudiant de medicina de la Universitat de Barcelona, en Jordi Bel, que va fer seu el propòsit d'anar un pas endavant en la presentació dels Annals. De fet, durant dos anys, 2002 i 2003 en que va ser el Cap de Redacció, es va encarregar de donar-li un aire nou i, finalment, el 2003 varen tenir una portada que semblava d'una revista “de veritat”, tecnologia inclosa.

Els residents d'aquella època van col·laborar activament, com demostra que acaparesin les portades amb les seves pròpies fotos que ara, amb el temps, ens transmeten sobretot molta energia i optimisme. De fet, la majoria continuen encara relacionats amb la publicació, malgrat no treballar a l'Hospital i, això ens omple d'orgull.

Introduïts a la tecnologia, el següent pas va ser que la publicació fos trimestral i professionalitzar l'edició. Amb el suport de la Direcció mèdica de l'Hospital es va contactar amb l'editorial *El Cierro*, que ens varen facilitar uns mitjans que fins aleshores no havíem tingut. Paral·lelament varem començar a enviar la revista fora del nostre hospital, a d'altres hospitals de Catalunya.

Volem agrair al Consorci Sanitari del Maresme que ens hagi inclòs al seu catàleg, a la Biblioteca de la Reial Acadèmia de Medicina, així com a la Biblioteca de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, que ens té en exposició dins la sala de publicacions periòdiques.

També varem crear un lloc web annalsdelsagratcor.org, on desenvolupar tot el que des dels Annals es volia potenciar. Reconeixem que des de fa un temps la web està poc actualitzada, però les intencions hi són.

Ara la revista ja es pot consultar online. De moment a la web dels Annals i també mitjançant el servei gratuït d'Issuu una plataforma online que ens permet pujar els exemplars en format pdf i que, des d'allà, es pugui llegir i baixar el text complet. De fet, la nostra presència online ha suposat 750 impressions del darrer número que varem deixar accessible.

Ara bé, en tot aquest temps heu estat tots vosaltres els protagonistes en la continuïtat dels Annals. La nostra publicació és, per definició, endogàmica, però si tots hi

participem, surt endavant i així ho ha fet.

En la llista d'agraïments especials, cal esmentar tots els professors associats de la UB, que sempre han respost a l'hora de facilitar-nos material i "reclutar" col·laboradors. També el personal d'infermeria, que no sols ens ha aportat treballs, sinó un volum de lectors/crítics molt apreciat. A tota la resta de vosaltres, gràcies i fins aviat.

Us adjuntem, per fer memòria, el facsimil del que va ser el número 0. ●





ANNALS DEL SAGRAT COR

Òrgan de la unitat docent

EDITORIAL

Animats per les facilitats actuals de la tecnologia de l'edició i publicació, sorgeixen aquests Annals del Sagrat Cor que tenen per objectiu, alhora, divulgar i recollir l'activitat científica al nostre Hospital. Conseqüència de la segona voluntat, s'ha demanat i aconseguit ser enregistrats com a publicació periòdica.

En quant a divulgar les activitats científiques serà benvinguda qualsevol col·laboració, així com en les sessions que tinguin lloc a les nostres aules convidem els ponents a posar per escrit un resum de les mateixes. Igualment s'intentarà reflectir les actuacions de les comissions hospitalàries que així ho desitjin, les noves tecnologies que desenvolupin els diferents serveis i aniran apareixent protocols d'actuació, d'interés general.

Aquesta comunicació no es supedita tant a una cronologia de calendari, com al volum de material a divulgar i tothom que així ho desitgi és convidat a dur la seva aportació científica, en suport informàtic, a la Biblioteca del nostre centre, que serà la seu d'aquesta publicació.

Els Annals, multilingües i distribuïts per subscripció anual de 200 pessetes, comencen el que esperem sigui una divertida experiència per a tots.

Comité de Redacció

SUMARI

Motivacions Pulgdollers, J.M.	2
Cirurgia Videotorascòpica Vidal, G.; Molins, L.	3
Cirurgia Microgràfica de Mohs. 10 años de experiencia. Umbert, P.; Garcés, J.R.	7
Ecografía Transesofágica. Abrimos una nueva ventana. Pons, C.	8
Protocol: Cirrosis. Ramis, T.	13
Información para los autores.	

Motivacions.

J.M. PUIGDOLLERS.

MOTIVACIONS

L'any 1929, al Patronat de L'Hospital de "Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús", va tenir lloc una renovació important de l'estructura administrativa i assistencial, i la nova Junta Facultativa va decidir la iniciació de Sessions Clíniques, i l'edició del "Boletín del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús", que va sortir imprès a la tardor de l'any 1929.

Aquesta publicació trimestral, perdurà 7 anys, fins la Guerra Civil de 1936. La podem veure a la Biblioteca de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Barcelona, i realment om queda sorprès de la qualitat científica de molts treballs.

També a la tardor de l'any 1992, els responsables de la docència de pre i post grau, i malgrat un ambient poc predisposat a les aven-

tures científiques com aquesta, ens ha semblat que - sense pretendre ressuscitar el "Boletín" - es podria intentar editar una publicació, humil, senzilla i honesta, que reflectís les activitats científiques i docents de tots els components del cos facultatiu, en els diversos serveis i seccions.

I amb aquest motiu, prego que se'm permeti fer algunes reflexions no "en veu alta", sino en "paper imprès", sobre el fet de "publicar" i que podran ajudar a comprendre les "motivacions" d'aquesta iniciativa.

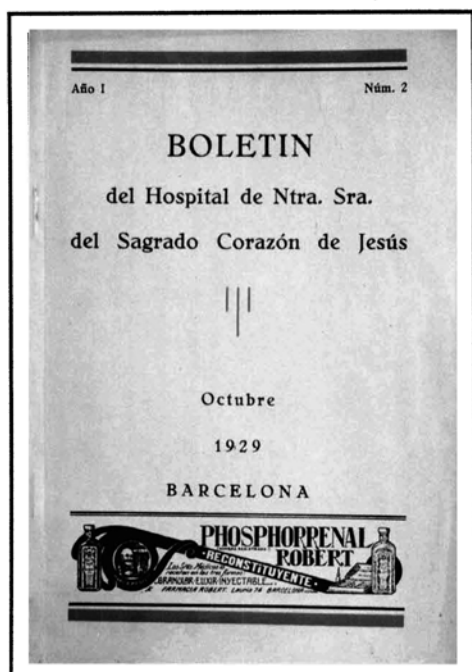
¿Per què publiquen els metges en les seves revistes professionals? No hi ha dubte que l'objectiu formal i material, es donar a conèixer als seus companys els resultats d'una nova tècnica, les conclusions d'una recerca clínica, o bé el resum, posada a punt, o clarificació d'un tema conflictiu, dispers o mal definit.

Es evident que la difusió a nivell nacional o internacional d'aquell article, indirectament reportarà prestigi pels autors i pel centre on s'ha treballat, cosa que sens dubte servirà per alimentar la vanitat de l'autor i incrementarà el seu "curriculum".

El nostre nou "butlletí", ara, de moment, no preten res de tot això. Les "motivacions", l'objectiu formal, és diferent i molt més senzill.

Tal com diu Marguerite Yourcenar o li fa dir a l'emperador romà del segle II (Cf. Memorias de Adriano), en la vida, en l'existència humana, cal observar i conèixer els altres homes, cal estudiar-se a sí mateix, i cal llegir llibres.

Penso que si en el nostre butlletí, el cos facultatiu publica amb tota sinceritat i senzillesa un resum dels seus treballs i recerques, tots ens coneixerem millor i ens valorarem amb més objectivitat. I això és bò.



Cirurgia
Videotoroscòpica.

G. VIDAL; L. MOLINS.

Si davant d'una observació clínica curiosa o difícil, reflexionem i valorem l'impacte que ens ha fet, ens sentirem motivats a comunicar-ho o publicar-ho. Llavors amb la ploma -o la màquina d'escriure o l'ordinador- davant, al plasmar-ho amb llenguatge escrit es clarificarà el nostre llenguatge mental, les nostres idees, els nostres judicis, els nostres raonaments.

¡Quantes vegades, escriure una cosa ens fa veure més clar el que tenim al pensament! Ens coneixem millor.

¿Llegir llibres? Molt bé. ¿Per què no llegir el que fan els nostres companys mèdics que tenim ben a prop, que ens toquem per les escales o en el bar?

¿Una revista més? No. Això vol ser una espècie d'autoreflexió, d'estímul, de comunió entre companys, que encara creuen que malgrat tot la medicina és una cosa bonica.

J. M. Puigdollers

CIRUGIA VIDEOTORASCOPICA

Dres. GONZALO VIDAL* y LAUREANO MOLINS^

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital del Sagrado Corazón,
Barcelona.

* Jefe de Servicio
^ Médico adjunto

RESUMEN

La aparición de la Cirugía videotoroscópica ha modificado las indicaciones de la toracoscopia clásica, extendiéndolas en el aspecto terapéutico. La resección de bullas y nódulos pulmonares periféricos, la práctica de biopsias pulmonares, ventanas pericárdicas, etc, son las principales indicaciones de esta técnica quirúrgica, que reduce de forma muy significativa el dolor y la recuperación postoperatoria que supone una cirugía torácica convencional.

PALABRAS CLAVE: Cirugía Videotoroscópica - Toracoscopia Terapéutica - Cirugía Mínima Invasiva Torácica

DESCRIPCION

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal con tubo de doble luz, se coloca al paciente en la misma posición requerida para una toracotomía posterolateral clásica.

El material para la misma debe estar preparado en el propio quirófano por si surgiera alguna emergencia durante la cirugía videotoroscópica.

Cirugía
Videotoracoscópica.

G. VIDAL; L. MOLINS.

Tras el colapso del pulmón correspondiente al hemitórax a explorar, se realiza una incisión de 1.5 cm en el séptimo espacio intercostal en la línea axilar media. Comprobada la existencia de una cavidad pleural libre, se coloca un trocar de 10mm de diámetro, a través del cual introduciremos la óptica acoplada a una videocámara. Se realiza entonces una inspección general de la cavidad torácica, visualizándola a través del monitor de televisión.

Una vez confirmada la lesión a resear, siempre a través del monitor, se eligen los dos restantes orificios de entrada: uno de 5mm de diámetro por donde se introducirá el instrumental endoscópico -pinzas, tijeras, disectores, etc.- y otro de 12mm de diámetro para la introducción, si se precisa, de la máquina de autosutura endoscópica. Habitualmente, estos dos orificios adicionales se realizan anterior y posteriormente, a un nivel superior al utilizado para la videocámara -segundo o tercer espacio intercostal-. Alguna intervención compleja puede requerir un cuarto orificio de entrada de 5mm de diámetro para la introducción de instrumental endoscópico adicional.

Para la resección de parénquima pulmonar por bullas, nódulos periféricos, o para la práctica de una biopsia pulmonar diagnóstica, utilizamos una máquina de autosutura mecánica endoscópica que, una vez introducido en su interior el parénquima pulmonar a resear, coloca cuatro hileras de grapas de titanio, seccionando entre las mismas. Si la longitud del parénquima a resear excede de los 3cm que cubre la máquina, puede repetirse la maniobra de disparo con una nueva carga de autosutura.

La pleurodesis abrasiva la realizamos mediante la introducción de una torunda de un material abrasivo, con el que "irritamos" la pleura parietal. Mediante tijeras especiales endoscópicas pueden realizarse pleurectomías, ventanas pericárdicas, liberación de adherencias, etc.

Una vez realizada la intervención quirúrgica se practica irrigación y hemostasia cuidadosa de la cavidad torácica, colocando un

drenaje torácico por uno de los orificios utilizados para la intervención, comprobando posteriormente la reexpansión completa del pulmón. Las incisiones adicionales se suturan convenientemente.

Para la práctica de la cirugía videotoracoscópica se precisa un equipo anestésico y quirúrgico adecuado, similar al de la cirugía "abierta". Como material específico se necesita un buen equipo de videocirugía -óptica, cámara, monitor, etc.-, y un instrumental endoscópico óptimo -trocars de varios tamaños, tijeras, pinzas, separadores, cánulas de aspiración y coagulación, máquinas de autosutura etc.-.

MATERIAL Y METODOS

Entre Diciembre 1991 y Junio de 1992 hemos realizado diez intervenciones de cirugía videotoracoscópica, siete biopsias pulmonares múltiples y tres resecciones de bullas con pleurodesis abrasiva.

Los siete pacientes a los que practicamos biopsia pulmonar -cuatro mujeres y tres varones-, tenían entre 20 y 70 años de edad, y presentaban un patrón radiológico de enfermedad pulmonar difusa. En todos ellos utilizamos la técnica descrita anteriormente, realizando dos biopsias pulmonares en diferentes lóbulos según su afectación, mediante el instrumental de autosutura mecánica.

Los tres pacientes a los que se les practicó resección de bullas y pleurodesis abrasiva -dos varones y una mujer-, tenían 18, 19 y 30 años de edad. El primero se trataba de un neumotórax derecho drenado, en el que persistía una fuga aérea importante al tercer día de colocado el drenaje. La práctica de la videotoracoscopia determinó la existencia de una bulla apical perforada que fue resecada endoscópicamente, practicándose además una pleurodesis abrasiva. El segundo caso se trataba de un joven de 19 años con antecedentes de neumotórax derecho y neumotórax recidivante iz-

quierdo que requirió resección de bullas y pleurodesis abrasiva izquierda vía mini-toracotomía axilar un año antes. Presenta, en esta ocasión, neumotórax recidivante derecho por lo que se indica cirugía videotorascópica, resecándose un complejo bulloso apical y pleurodesis abrasiva. El tercer caso de neumotórax se trataba de una mujer de 30 años con un primer episodio de neumotórax espontáneo izquierdo, en el que se comprobó por toracoscopia la existencia de un complejo bulloso apical, resecándose en el mismo acto operatorio.

RESULTADOS

Los pacientes a los que se les practicó biopsia pulmonar, fueron diagnosticados, en un caso, de sarcoidosis, otro de histiocitosis X y fibrosis intersticial difusa los cinco restantes.

La duración media del procedimiento ha sido de una hora para las biopsias pulmonares y una hora y media para las resecciones de bullas y pleurodesis abrasiva.

Cuatro pacientes han precisado dos dosis de un analgésico habitual -la tarde de la intervención y al día siguiente-, dos pacientes han requerido una sola dosis y una única paciente ha precisado más de dos dosis.

Los pacientes a los que se les practicó biopsia pulmonar han sido portadores del drenaje torácico aspirativo durante 48 horas, retirándose al tercer día en los casos de resecciones de bullas y pleurodesis abrasiva.

La estancia hospitalaria desde la práctica de la cirugía videotorascópica, ha sido de tres días en las biopsias y cuatro días en los neumotórax.

Los cinco pacientes menores de 30 años reanudaron su actividad física habitual a la semana de la intervención, movilizándose perfectamente en este mismo período de tiempo, los pacientes mayores sometidos a una biopsia pulmonar.

DISCUSION

El médico sueco Jacobaeus fue el pionero en el uso de la Toracoscopia para el diagnóstico de los derrames pleurales tuberculosos en 1910 y, posteriormente, para cauterizar y liberar adherencias intrapleurales (1).

Hasta hace pocos meses, la mayoría de toracoscopias se realizaban en derrames pleurales persistentes, con características de un exudado, y en los que la toracocentesis y la biopsia pleural con aguja no eran diagnósticos. Además de la práctica de biopsias con finalidad diagnóstica, la toracoscopia es, en estos casos, útil para la práctica de una pleurodesis química, ya sea con talco, tetraciclinas, bleomicina, etc., que evite nuevos derrames (2). Se ha utilizado también en casos de lesiones pleuropulmonares que requerían un diagnóstico sin la morbilidad de una toracotomía exploradora. Ocasionalmente se ha utilizado la toracoscopia para la extracción de cuerpos extraños y como adyuvante en el drenaje de un empiema (3).

Curiosamente esta técnica tan extendida en Europa (4), no se generalizó en Norteamérica debido a que se consideraba una técnica diagnóstica con muy pequeña aplicación terapéutica. Sin embargo, desde hace escasamente un año, la aparición de la cirugía videotorascópica en ese continente ha revolucionado las indicaciones de la exploración (5,6). Este cambio de actitud ha sido posible gracias a la aplicación de los avances de la endoscopia terapéutica, en el tórax: la visión de la cavidad torácica a través de un monitor, el diseño de pinzas, separadores, tijeras y máquinas de autostutura para uso endoscópico, etc. Con este material puede reducirse actualmente la hospitalización y el período de rehabilitación de los pacientes que, hasta ahora, requerían una toracotomía (7).

Las indicaciones principales actuales de la cirugía videotorascópica son los pacientes con un nódulo pulmonar periférico indeterminado menor de 3 cm., los pacientes tributarios

Cirurgia
Videotorascòpica.

G. VIDAL; L. MOLINS.

de una biopsia pulmonar y el neumotórax espontáneo. Otras aplicaciones son la práctica de una ventana pericárdica, vagotomía y simpactomía intratorácicas, pleurectomías, esofagomiotomías, resección de quistes o tumores mediastínicos, etc. (6). El paciente debe tolerar una anestesia general y una intubación selectiva del bronquio contralateral.

En el caso del nódulo pulmonar periférico indeterminado, la punción transtorácica presenta un porcentaje de falsos negativos que hace de esta técnica torascópica de extirpación completa del mismo, una alternativa ideal, sin la necesidad de una toracotomía exploradora. Sin embargo, si la biopsia peroperatoria es de malignidad, debe procederse a la toracotomía para un completo estadiaje (7).

En el caso del neumotórax recidivante o persistente, la cirugía videotorascópica permite resecar o ligar las bullas y practicar una pleurodesis abrasiva o pleurectomía como realizábamos con el tórax abierto, con la consiguiente reducción en estancia hospitalaria (2-3 días) y retornando a la actividad habitual en 7-10 días (5).

Recientemente se ha planteando la indicación, en ciertas circunstancias, del tratamiento quirúrgico en el primer episodio del neumotórax espontáneo (8). Con esta nueva técnica mínimamente invasiva, creemos que puede ofrecerse esta posibilidad a los pacientes en los que demostramos la existencia de bullas o blebs, -que están en un riesgo mayor de desarrollar una recidiva de su neumotórax-, como en nuestro último caso descrito(9).

Las biopsias pulmonares que hasta ahora requerían una mini-toracotomía, podrán indicarse con mayor asiduidad, con este procedimiento menos "agresivo".

BIBLIOGRAFIA

- (1) JACOBAEUS HC. The practical importance of thoracoscopy in Surgery of the Chest. Surg Gynecol Obstet 1922; 34:289-296.
- (2) KITTLE CF. Current Controversies in Thoracic Surgery. V Thoracoscopy. W.B.Saunders Company. Philadelphia, 1986, 99-120.
- (3) OAKES DD, SHERCK JP, BRODSKY JB, MARK JBD. Therapeutic thoracoscopy. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 87:269-273.
- (4) CANTO A, BLASCO E, CASILLAS M, et al. Thoracoscopy in the diagnosis of pleural effusion. Thorax 1977; 32:550-554.
- (5) NATHANSON LK, SHIMI SM, WOOD RAB, CUSCHIERI A. Videothoracoscopic ligation of bulla and pleurectomy for spontaneous pneumothorax. Ann Thorac Surg 1991; 52:316-319.
- (6) LEWIS RJ, CACCAVALE RJ, SISLER GE. Imaged thoracoscopic surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cysts. Ann Thorac Surg 1992; 53:318-320.
- (7) LEWIS RJ. Imaged thoracic surgery: a technique for minimally invasive thoracic surgery. Presentado en la Society of Thoracic Surgeons, 25th Postgraduate Program, Orlando, FL, Febrero, 1992.
- (8) PARRY GW, JUNIPER ME, DUSSEK JE. Surgical intervention in spontaneous pneumothorax. Respir Med 1992; 86:1-2.
- (9) IKEDA M, UNO A, YAMANE Y, HAGIWARA N. Median sternotomy with bilateral bullous resection for unilateral spontaneous pneumothorax with special reference to operative indications. J Thorac Cardiovasc Surg 1988; 96:615-620.

Cirugía micrográfica
de Mohs (CMM).

G. UMBERT; J.R. GARCÉS.

CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS (CMM). **10 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

* Dr. Pablo Umbert; J.R. Garcés.

* Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Sagrado Corazón- Q.S.A., Unidad
Docente de la Universidad de Barcelona.

En 1980 iniciamos en nuestro servicio la utilización de la CMM dentro de los posibles tratamientos en oncología cutánea.

Las técnicas que realizábamos antes del 1980 se limitaban a electrocoagulación, exéresis quirúrgica, radioterapia superficial y criocirugía en los tumores superficiales y precancerosos. Las indicaciones de CMM en 1980 quedaban delimitadas a los carcinomas recidivantes y a los de alto riesgo (zonas pericartilaginosas, centro-faciales y periorificiales).

Somos los iniciadores en España de esta técnica en fresco ya que la utilización con la de pasta de zinc se realizaba en Barcelona en el Hospital Clínico desde 1968 por los Dres. J. Piñol Aguade, Antonio Castell Mas.

Presentamos nuestra experiencia durante el período 1981-1990 en el que han sido intervenidos 1491 tumores cutáneos.

INDICACIONES.

1. Carcinomas recidivantes.

2. Carcinomas de alto riesgo ya sea por su localización que corresponden a las fusiones embriológicas de los lóbulos de la cara, áreas cartilaginosas y zonas periorificiales, donde la invasión carcinomatosa se escapa a la cirugía clásica o la radioterapia. Carcinomas primarios que superan los 2-3 cms. de diámetro.

3. Carcinomas verrucosos en áreas donde la invasión tumoral hace peligrar estructuras vitales: pene, planta del pie, párpados, etc.

4. Léntigo maligno donde los márgenes son difíciles de delimitar y un estudio del área aparentemente sana nos eliminará el número frecuente de recidivas que se observan con la cirugía, criocirugía y radioterapia.

5. Bowen cutáneo: periungueal, pene.

6. Paget extramamario donde áreas aparentemente sanas están afectas.

7. Fibrosarcoma protuberans.

8. Cualquier carcinoma donde se exija el mayor índice de curación y la exéresis de tejido imprescindible, respetando al máximo el tejido sano.

PROBLEMATICA

- Para su realización es indispensable el aprendizaje en un departamento reconocido, siendo imprescindible que tanto el cirujano como el técnico de laboratorio aprendan el corte y mapeo de la lesión con la orientación correcta así como reconocer la lectura histopatológica.

- Disponer del espacio suficiente para que la sala de cirugía, el laboratorio y la zona de relax del paciente estén ubicados en una misma área.

Ecografía transesofágica.

C. PONS.

- Interpretación de los casos problemas apoyado por un dermatopatólogo con experiencia (ver Editorial Archives of Dermatology. Versión española).

- El coste de tiempo es alto requiriendo una mañana o una tarde para dos pacientes como promedio siempre y cuando se disponga de dos quirófanos y un técnico con experiencia.

- El coste económico es alto y difícilmente puede ser retribuido por la sanidad pública ya que lo considera como una exéresis quirúrgica. En Nuestra Institución se realiza por prestigio a sabiendas del perjuicio económico.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMPS, A. UMBERT, P. Selección de tumores para cirugía de Mohs. Indicaciones para el proceso de reconstrucción. Monografías en dermatología. 1990; 3(4): 239.

2. UMBERT, P. Dificultades histopatológicas durante la lectura de cirugía micrográfica de Mohs (Editorial). Archives of Dermatology (Edición española). 1990; diciembre: 364-5.

ECOGRAFIA TRANSESOFAGICA.

Abrimos una nueva ventana

Dr. Carlos Pons

Servicio de Cardiología. Hospital del Sagrado Corazón.

INTRODUCCION

La capacidad de la ecografía convencional (transtorácica) de aportar imágenes cardíacas y flujos doppler y color ha revolucionado en las tres últimas décadas el mundo de la Cardiología

Las dificultades para la obtención de buenos registros radica en la morfología del tórax, la amplitud de los espacios intercostales (ventanas acústicas) y en la interposición del pulmón,

especialmente en los sujetos con patologías obstructivas pulmonares. Podemos decir que los dos grandes enemigos de los ultrasonidos cardíacos son el aire y el hueso.

RECUERDO HISTORICO

Ya en 1960, Cieszynski elaboró un catéter con una sonda ultrasónica que introdujo por la vena yugular, obteniendo admirables imágenes en perros.

En 1963, Omoto (los japoneses son los grandes hacedores de la ecografía transesofágica), obtuvo ecos bidimensionales a través de un catéter situado en aurícula derecha.

En 1968, cuando la nueva generación de gastroscopios aportó puntas dirigibles, se facilitó la posibilidad de adosar el transductor a la pared esofágica y en consecuencia alumbró el nacimiento de los estudios doppler transesofágicos (1972), ecografía en modo M transesofágica (1976) y en 1977 las primeras publicaciones de Hisinaga ya con imágenes bidimensionales y posteriormente con doppler.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

La construcción de las sondas para la ecografía transesofágica (ETE), es básicamente similar a las conocidas en broncoscopia o gastroscopia. En la punta de estos artilugios se adapta un transductor ultrasónico que de manera general consta de 64 elementos, 5 MHz de frecuencia, y de un tamaño entre 11 y 14 mm., algo mayor que los usados por los digestólogos, aunque están apareciendo sondas pediátricas de menor tamaño.

Los transductores actuales, constan de todos los sistemas exploratorios cardíacos: modo M, bidimensional, doppler pulsado, doppler pulsado de alta frecuencia, doppler continuo y mapeo en color, tanto en bidimensional como en modo M. No suelen estar dotados de fibra óptica, cara y no imprescindible, ni tampoco de habituales canales para succión, biopsias, infusión de agua etc.

EL EXAMEN NORMAL

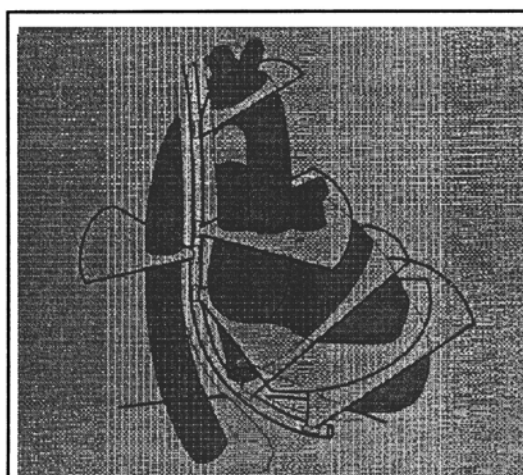
La ETE es un sistema de investigación de tipo semiinvasivo, que puede realizarse en un tiempo mínimo y con máxima seguridad, incluso en pacientes críticos. Las contraindicaciones (neoplasias de esófago, divertículos, grandes hernias hiatales) y las complicaciones

(broncoespasmo, arritmias, hipoxia, bloqueos de conducción, etc.), son prácticamente anecdóticas, al menos si se guardan las elementales normas de seguridad pertinentes.

El esófago discurre posteriormente al corazón (en contigüidad a la aurícula izquierda) y anteriormente a la aorta. (Figura 1). Esta privilegiada andadura nos permite acceder sin barreras sónicas a estas estructuras como espectadores de primera fila y a través de una "nueva ventana".

En consecuencia, son muchas las indicaciones prioritarias de la ETE que están sumariadas en la tabla 1. A ellas habríamos de añadir las derivadas de los estudios transtorácicos en los que no sea posible obtener imágenes satisfactorias y en los que dicha información fuera necesaria/conveniente para una actitud médica.

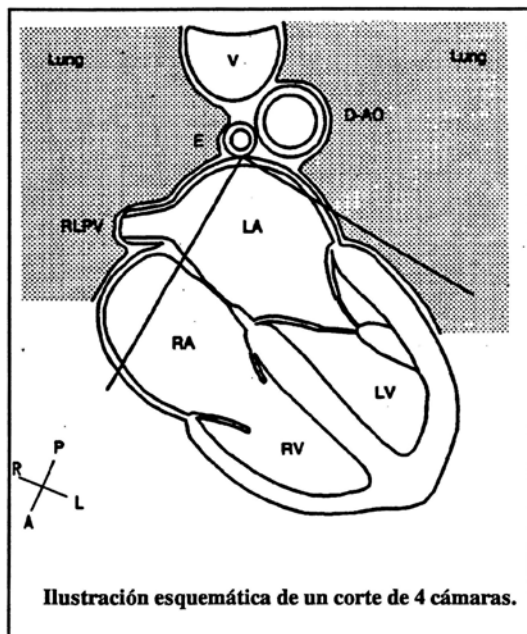
Entre todas las indicaciones prioritarias, la patología de la aorta torácica, se ha convertido en pocos años en una de las clásicas y estelares, desbancando por todo tipo de razones (costo, rapidez, sensibilidad y especificidad) al TAC y a la RMN.



Representación esquemática de corazón, grandes vasos y esófago, con la posición del transductor esofágico de los 5 cortes habitualmente utilizados.

Ecografía transesofágica.

C. PONS



La patología mitral, las endocarditis, la valoración de las prótesis cardíacas y la búsqueda de fenómenos embólicos cardiogénicos son las otras causas habituales de práctica de ETE. En relación al estudio cardíaco como fuente de émbolos, la ETE se ha convertido en el primer sistema diagnóstico que permite visualizar la orejuela izquierda, origen del 65-85% de todos los fenómenos embólicos cardíacos, convirtiendo a la ecografía tradicional (transtorácica), en casi un elemento histórico.

En la actualidad la ratio ETE/Eco convencional, es de 1/7 en los centros con cardiología punta, con clara tendencia a aumentar los estudios transesofágicos.

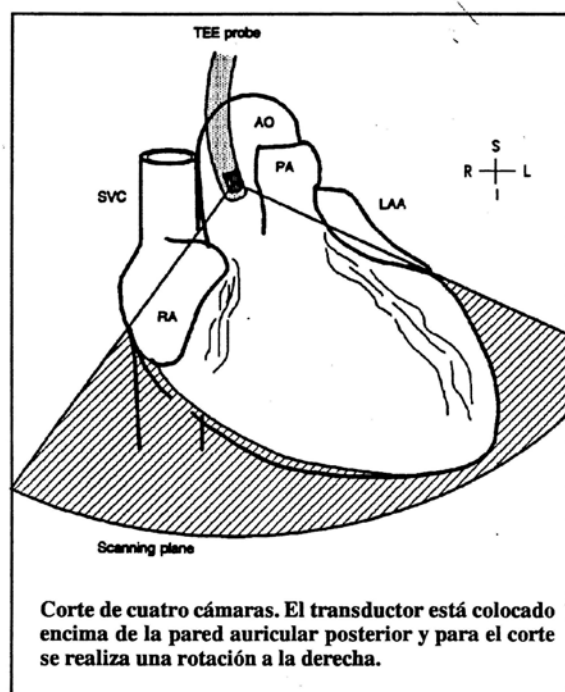
LA ETE EN NUESTRO CENTRO

Desde Enero de 1992, se vienen practicando esta exploración en el Hospital del Sagrado Corazón.

Hasta el mes de Agosto, se habían llevado a cabo 86 estudios. En 2 ocasiones (2,3%), no se pudo introducir la sonda. No se produjeron intolerancias ni complicaciones durante el procedimiento. En 12 ocasiones se prescribió sedación ligera (diazepam o midazolam), previo a la ETE. Hasta el momento, en todos ellos se ha realizado anestesia tópica orofaríngea y control de ECG.

Los casos en que la ETE fue solicitada, se encuentran reseñados en la tabla 2.

En 25 casos (30%), el diagnóstico cardiológico solo se pudo realizar gracias a la ETE, incluyendo 9 ocasiones en que la ETE mostró insuficiencia mitral ya diagnosticada por ecografía convencional, pero que el estudio transesofágico mostró una gradación sustancialmente diferente (tabla 3).



Ecografía transesofágica.

C. PONS



Corte transesofágico basal en eje corto de la aurícula izquierda, al nivel de la orejuela en un paciente con estenosis mitral y reciente accidente vascular cerebral. La cavidad de la orejuela aparece prácticamente ocupada por un trombo mural.

INDICACIONES de la ETE en CARDIOLOGIA del ADULTO.1992

ABSOLUTAS

- Patología aorta torácica
- Endocarditis
- Disfunción de prótesis
- Embolismo sistémico cardíaco
- Enfermedades mitrales
- Estudio intraoperatorio mitral
- Anormalidades/masas auriculares
- Cardiopatías congénitas.

RELATIVAS

- Ataques isquémicos transitorios.
- Enfermedad coronaria

EN DESARROLLO

- Monitorización intraoperatoria (cirugía cardíaca y general)

POTENCIAL

- Ecografía de stress(con pacing auricular)

Tabla 1

86 casos

-Patología de la mitral	28 casos
-Patología aorta torácica	8 casos
-Cardiopatías congénitas	15 casos
-Endocarditis	5 casos
-Anormalidades auriculares	11 casos
-Estudio embolización	10 casos
-Miscelánea	9 casos

Tabla 2

DIAGNOSTICOS REALIZADOS POR LA ETE

25 casos

-Trombos auriculares	7 casos
-Valoraciones insuficiencia mitral	9 casos
-Prolapso mitral	4 casos
-Endocarditis	2 casos
-Patología aorta torácica	2 casos
-Tumores cardíacos	2 casos

Tabla 3

INFORMACION PARA LOS AUTORES

Las instrucciones para los autores de la revista ANNALS del SAGRAT COR se adaptan a las "Normas uniformes para los originales enviados a las revistas biomédicas" dictadas por el grupo de Vancouver en 1979 y modificadas en 1981.

ANNALS del SAGRAT COR considerará para su publicación aquellos trabajos inéditos relacionados directamente con las ciencias biomédicas y su investigación.

La revista consta de las siguientes secciones:

• Originales.

Notas clínicas

Cartas al director

Otras secciones: Editoriales, Diagnóstico y Tratamiento, Revisiones, Conferencias, Imágenes.

Presentación y estructura de los trabajos. Todos los originales quedan como propiedad permanente de ANNALS del SAGRAT COR y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de la Revista. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otra Revista.

Los trabajos se presentarán, como formato recomendado, en diskette 5'1/4 y en Word Perfect 5.1 o cualquier otro programa convertible al mismo adjuntando una impresión del mismo. El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas DIN A-4. Las hojas irán numeradas correlativamente.

1. En la primera página del artículo se indicarán los siguientes datos: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre completo del centro de trabajo, y otras especificaciones cuando se considere necesario.

2. Resumen de una extensión aproximada de 100 palabras, que debe caracterizarse por el hecho de ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo y estará redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo. Su ordenación observará el esquema general del artículo en miniatura y no incluirá material o datos no citados en el texto.

3. Texto. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados. Sirva de ejemplo este esquema:

3.1. Originales: Introducción, material y métodos, resultados y discusión.

3.2. Notas clínicas: Introducción, observación clínica y discusión.

4. Bibliografía. Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número, vaya o no acompañado del nombre de los autores.

Cuando se mencionen éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionan ambos y si se trata de varios citará el primero seguido de la expresión "et al."

Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus, consultar la "List of Journals Indexed" que se incluye todos los años en el número de enero de Index Medicus.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas, no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto. Los originales aceptados, pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" especificando el nombre de la revista, seguido por "en prensa" entre paréntesis.

Las citas bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando la página inicial y final de la cita. Los autores serán responsables de la exactitud de todas y cada una de las citas bibliográficas.

5. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para obtener así buenas reproducciones. La revista aconseja un máxima de seis fotografías, salvo excepciones muy justificadas.

6. Las gráficas (hasta un máximo de seis), siguen las mismas normas del apartado 5 para las fotografías. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera conjunta como figuras.

7. Las tablas se presentarán de manera que incluyan: a) enumeración de la tabla; b) título correspondiente; c) una sola tabla por hoja. Se admitirán tablas que ocupen hasta un máximo de una página impresa de la revista.

8. El comité de redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones de los mismos cuando lo considere necesario.

El primer firmante o en su defecto la persona que someta el trabajo al comité de redacción recibirá las observaciones, correcciones y en su caso el motivo de rechazo de su publicación.

Los trabajos se remitirán al director de la revista "Annals del Sagrat Cor". Hospital del Sagrat Cor. Biblioteca. París, 83-87. 08029 Barcelona.

Protocol.

RAMIS, T.

INFECCIONES EN LA CIRROSIS HEPATICA.

Alteraciones inmunológicas en el paciente cirrótico:
 Déficit de producción de algunos factores del complemento.
 Déficit de actividad de las células de Kupffer.
 Hipergammaglobulinemia por exposición de antígenos intestinales en la circulación general por el shunt porto-sistémico.

Infecciones más frecuentes: infecciones urinarias.
 Infecciones características: bacteriemia espontanea
 peritonitis bacteriana espontanea.

BACTERIEMIA ESPONTANEA
 Formas de presentación:
 -fiebre y escalofríos (50%)
 -encefalopatía hepática e insuficiencia renal.
 -deterioro de la función hepática.
 -shock séptico.

Analítica:
 -neutrofilia y desviación a la izquierda.
 -con o sin leucocitosis.

Gérmenes más frecuentes:
 Bacilos GRAM NEGATIVOS DE ORIGEN ENTERICO (E.Coli, Proteus, Klebsiella, ...).
 Streptococos distintos al grupo A.
 Pasteurella multocida.

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA
 =>ascitis existente.
 =>sin focos que la justifiquen.

Formas de presentación:
 -peritonitis.
 -encefalopatía hepática e insuficiencia renal.
 -shock séptico.
 -sin clínica abdominal (20% de casos).

Diagnóstico de seguridad:
 >250 polimorfonucleares por mm³
 o >500 células por mm³
 en el líquido ascítico.

Rendimiento de los cultivos:
 30-50% cultivos convencionales negativos.
 90% cultivos positivos, si son recogidos en frasco de hemocultivo a la cabecera del enfermo.

Tratamiento.		
Clásico *	Recomendado	del shock séptico
Ampicilina + aminoglucósido	Cefotaxima (im o ev) 10-14 días	Cefotaxima(1-2 gr/6-8h) o ceftriaxona(1-2 gr/24h) + ampicilina(2 gr/6h)

* preferible en caso de aislarse Listerias.

Recidivas (70% en menos de un año).

Annals Sagrat Cor 1992; vol. I, nº 0



E

- Escudero Villar, FJ. 82,
Esteve Martí, C. 83

F

- Fernández Codina, A. 79
 Fernández Monrás, F. 86, 87, 90
 Ferràs Carceller, P. 78
 Fibla Alfara, J. 44
 Fornós Astó, C. 44, 81, 153

G

- García Cardona, R. 44
García Segarra, G. 75, 81
González Merodio, MJ. 153
Grivé Isern, E. 33
Guadalupe Silveira, M. 79
Guitart Vela, J. 22

H

- Hoyos Valladares, M. 73, 74

I

- Ibars Campaña, S. 82, 83
 Irache Esteban, E. 102
 Isidro Llorens, A.

J

- Junyent, M. 84

L

- Leganés de Novas, J.T. 74
 Lera Núñez, S. 162
 Lisbona, R. 111
 Llaverías Borrell, S. 87
 Lombardía López, MC. 103, 105, 162
 López, F. 84
 López Perna, Y. 84
 López Soto, A. 64
 Lozano Miñana, A. 81, 124, 145
 Lucchetti, G. 74

M

- | | |
|------------------------|------------|
| Marqueño Ellacuria, A. | 81, 165 |
| Márquez Gómez, J. | 76, 77, 85 |
| Martín Ezquerro, G. | 66 |
| Martínez Senmarti, J. | 73, 74, 78 |
| Martínez Sureda, A. | 85 |
| Mas Puig, M. | 76, 77, 85 |
| Massons Cirera, J. | 31, 32 |
| Mata Haya, L. | 103, 157 |



- Mauri Paytubí, E. 46
Medina Luyo, L. 139
Melé Ninot, G. 80
Menacho Pascual, I. 5
Méndez Siliuto, T. 74
Miquel Abbad, C. 44
Molins López-Rodó, L. 35, 36
Molist, N. 74
Montori, E. 91
Morales Espinoza, E. 16
Morínigo Maldonado, R. 86
Morcillo Serra, C. 81, 84
Morlà Clavero, G. 75

N

- | | |
|-------------------|----|
| Nadal Barangé, M. | 82 |
| Net Castel, A. | 63 |

O

- | | |
|---------------------|--------|
| Oliveres Ibáñez, M. | 31, 32 |
|---------------------|--------|

P

- Padilla Marchán, F. 82, 83
 Palacín, I. 91
 Palacín Vitalla, G. 105
 Pardo Pelegrí, A. 153
 Parra Ordaz, O. 44
 Pascual Diago, A. 73, 74, 78
 Pedrol Clotet, E. 76, 77, 85
 Pi Sala, N. 90
 Picas Jufresa, A. 6

Pinal Fernández, I. 79
Pons Bussom, M. 75, 86

Q

Querol Borrás, V. 87

R

Ramírez Cano, N. 162
Ramírez Montesinos, R. 76, 85
Ramió Montero, E. 90
Roca Obradors, J. 111
Roca Rossellini, N. 168
Rodríguez Velásquez, C. 169
Román Broto, A. 79
Rosa Coronado, E. 76, 85
Rouco Esteves, R. 87, 153
Ruiz Moreno, J. 44
Ruiz Ruiz, S. 76, 77

S

Salas Campos, R. 81, 86, 87, 153
Salleras Redonnet, M. 80
Sánchez López, MJ. 6,
Sánchez Regaña, M. 80
Sanjaume Freixes, M. 81, 166
Sanz Arevalillo, N. 78
Saval Segura, C. 153
Simeón Aznar, CP. 79
Solans Laqué, R. 79
Sopeña Nualart, JJ. 44
Sort Granja, D. 81, 86, 111

T

Tasias Pitarch, M. 77
Taveras Montero, D. 76, 85
Tikhomirova, L. 76, 77, 85

U

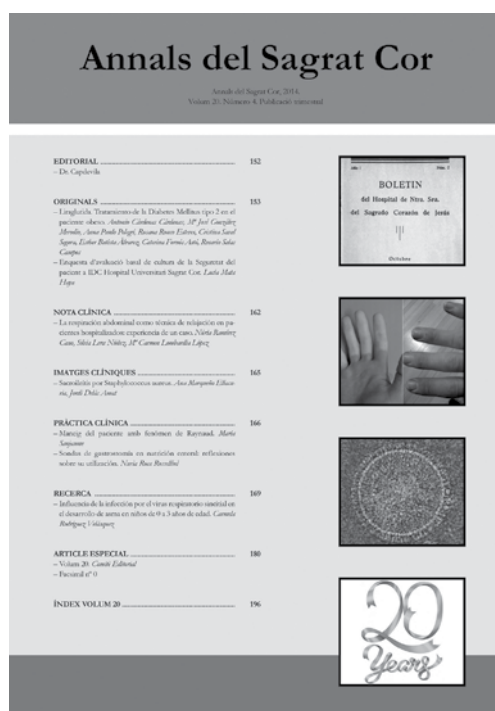
Umbert Millet, P. 39, 40.

V

Valdivielso Moré, S. 82
Velasco Fraile, M. 105, 135
Vericat, C. 84
Vicente Martínez, A. 84
Vilamala, A. 74
Vilardell Tarrés, M. 79
Villadiego López, K. 87
Villavicencio Luján, P. 85
Villasenín Arnoso, JM. 87

Y

Yun Viladomat, S. 82, 83



CITACIONS :

Per citar les vostres publicacions als Annals del Sagrat Cor, haureu d'utilitzar :

Autor/s. Títol (...). Ann Sagrat Cor 2013; 20: pàg. Inicial-final.

Disciplina infermera, l'art de cuidar

I JORNADA idcsalud a Catalunya

DIA MUNDIAL DE LA INFERMERIA



Clínica del Pilar
Clínica del Vallès
Hospital General de Catalunya
Sagrat Cor Hospital Universitari
idcsalud Hospital General de Catalunya
Pedro i Pons, 1 · 08195 Sant Cugat del Vallès
Tel. 93 565 60 00

12 de maig de 2014 a la Sala d'Actes de l'Hospital General de Catalunya

- 9.30 h** Presentació de la Jornada: A càrrec del Dr. Xavier Mate Garcia, Director General idcsalud a Catalunya.
- 10.00 h** Conferència a càrrec del Sr. Sebastià Serrano. Catedràtic de Lingüística a la Universitat de Barcelona. Autor d'entre múltiples llibres i publicacions del conte "*La infermera que estimava les metàfores*". L'any 2003 fou guardonat amb la Creu de Sant Jordi.
- 11.00 h** Pausa cafè.
- 11.30 h** Taula rodona: **De la disciplina a l'equip interdisciplinari.** Participació exercint l'autonomia professional i reconeixement de la interdependència amb l'equip de salut.
- Moderada per la Sra. Àngels Martos Rodríguez. Doctora en medicina. Vicedegana de la Facultat de medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya.
- Amb la participació de: Sra. Brigida Bueno Llanes (Infermera), Sr. Marcos Gayoso Novas (Infermer), Sra. Mónica Garcia Montero (Infermera), Sra. Galdina Valls Borruell (Metgessa), Sra. Susana Iglesias Blanco (Auxiliar infermeria) i Sra. Eugenia Martínez Lucas (Fisioterapeuta).
- 13.00 h** Cloenda a càrrec de Sra. Joana Blázquez, Directora d'Infermeria idcsalud a Catalunya, Sra. Engràcia Puig Taberner, Cap d'Àrea idcsalud a Catalunya i Sra. Marisa Martín Farreras, Coordinadora Docència, Formació i Recerca idcsalud a Catalunya.



VIII Curso de Paleopatologia

Traumatismos y lesiones por violencia

Santa María de Besora, Barcelona
17-20 de Julio de 2014



+ info: <http://grupsderecerca.uab.cat/grob>

assumpcio.malgosa@uab.cat

Dirección: A.Malgosa & A.Isidro
Dirección de Campo: J.Liria

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

ATICS
CENTRO DE ATENCIÓN
INTEGRADA

idesa
Hospital Universitari Sagrat Cor