

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2015.
Volum 22. Número 3-4. Publicació trimestral

EDITORIAL..... 108

DEBAT..... 109

- Placebo. *Eduardo Irache, Luis E. Medina, Margarita Aguas Compaired, Dra. Ana Lozano Miñana*

ORIGINAL..... 114

- Cefalea tensional en adultos: actualización terapéutica. *Andrés Guzmán Barredo*
– Comentarís. *Miquel Balcells*
- Hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico de los pacientes de las consultas externas de un hospital privado-concertado. *Ana M^a Rovira Mateu, Concepción Garrido Garrido, Ana M^a Aracil Xarrié*
– Comentarís. *Núria Roca Rossellini, Montserrat Pons Busom*

CAS CLÍNIC..... 128

- Insuficiencia renal aguda en paciente con dieta hiperproteica. *Anna Lázaro Simó, María Rosa Coll Colell*
– Comentarís. *Núria Roca Rossellini, Montserrat Pons, Cristina Barnadas Solé, Laura Alsina Estallo*
– Comentarís. *Rosa Morinigo Maldonado*
- Salmonel·losi no tífica. *Sònia Fornés March, Maria Sanjaume Feixas*

NOTA TÈCNICA..... 138

- Tratamiento broncodilatador con inhaladores. *María Elia Sastre Barbadillo, Jordi Delás Amatb, Erik Odreman Pascual*

RECERCA..... 140

- TESI DOCTORAL. Importància clínica dels infarts lacunars i la seva repercussió en la cognició. Doctorat de Psiquiatria (itinerari Neurociència cognitiva). AUTORA: *Lorena Blanco Rojas*. DIRECTOR DE TESI: *Dr. Adrià Arboix*. TUTOR: *Dr. Diego Palao*
- Congreso de la Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI), Zaragoza junio 2015.
– COMUNICACIÓN ORAL. Seguimiento de proyectos: evaluación de una herramienta disponible en la intranet del ceic. *Montse Granados Plaza, Francisco Javier Ruiz Moreno, Montserrat Bielsa Antúñez, Louisa García Bonillo, M^a Angeles Rivas Fernández, Màrius Trèmols Esmel*
– COMUNICACIÓN PÓSTER. Preparándonos para el futuro o lo que hemos aprendido al fusionar 2 comités éticos de investigación clínica. *M^a Estrella Barceló Colomer, Rafael Azagra Ledesma, Jamil Ajram Maksoud, José Javier Bara Casaus, Olga Manrique Rodríguez, Cristina Sagrera Felip*

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA..... 147

- Memoria histórica del Servicio de Medicina Interna del Hospital Sagrat Cor (1965-1993). *Luis E. Medina Luyo*

ÍNDIX VOLUM 22..... 153





ANNALS DEL SAGRAT COR

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

Publicació trimestral :
4 números l'any

D.L.: B-3794-93

ISSN: 1695-8942

Correspondència:

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

DISPONIBILITAT ELECTRÒNICA

Annals del Sagrat Cor
està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org>
http://issuu.com/annals_sagrat_cor/

LICENCIA DE USO



Annals del Sagrat Cor por
[Hospital Universitari Sagrat Cor](#)
se distribuye bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional](#).



Amb el suport de
l'associació professional
de metges i titulats
superiors



Director

Jordi Delàs

Coordinació

María José Sánchez

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell de Redacció

Miquel Balcells
Jordi Delàs
Enric Gil de Bernabé
Eduardo Irache
Lucía Mata
María José Sánchez

CONSELL EDITORIAL

Rosa Antón (Cirurgia)
José Aragó (Gastroenterologia)
Adrià Arboix (Neurologia)
Jordi Argimón (Medicina interna)
Isabel Arias (Anestèsia)
Joan Ballesta (Cirurgia plàstica)
Santi Barba (Cirurgia)
Núria Barrera (Medicina família)
Xavier Beltrán (Cirurgia vascular)
Antoni Bosch (Cirurgia)
Jesús Broto (Cirurgia pediàtrica)
Eleuterio Cánovas (Otorrinolaringologia)
Margarita Centelles (Oncologia)
Rosa Coll (Medicina interna)
Maria José Conde (Radiologia)
Emili Comes (Neurologia)
Frederic Dachs (Traumatologia)
Vicente De Sanctis (Anestèsia, dolor)
Nadia ElHilali (Farmàcia)
Francesc Fernández (Medicina interna)
Juanjo Fibla (Cirurgia toràcica)
Javier Foncillas (Cirurgia)
Caterina Fornós (Medicina interna)
Rosa García-Penche (Infermeria)
Elisenda Grivé (Radiologia)
Maribel Iglesias (Dermatologia)
Albert Isidro (Traumatologia)

Joan Carles Jordà (Infermeria, urgències)
Ana Lozano (Medicina interna)
Joan Massons (Neurologia)
Ignasi Machengs (Oncologia)
Juan Carlos Martín (Cirurgia pediàtrica)
Carles Miquel (Cirurgia vascular)
Montserrat Oliveres (Neurologia)
Núria Parra (Docència)
Olga Parra (Pneumologia)
Antoni Pelegrí (Nefrologia)
Núria Pinilla (Infermeria)
Montserrat Pons (Farmàcia)
Carme Prat (Traumatologia)
Vicenç Querol (Radiologia)
Núria Roca (Medicina interna)
Assumpta Ros (Otorrinolaringologia)
Vicenç Ros (Cirurgia plàstica)
Germán Rosales (Traumatologia)
Jesús Sacristán (Urologia)
Rosario Salas (Medicina interna)
Montse Salleras (Dermatologia)
Manuel Sánchez Regaña (Dermatologia)
Antonio Segade (Cirurgia)
Joan Seguí (Psiquiatria)
Ricard Solans (Medicina intensiva)
Juanjo Sopeña (Pneumologia)
Dolors Sort (Medicina interna)
Ignasi Valls (Ginecologia)

CONSELL ASSESSOR

Margarita Aguas
Jamil Ajram
Marta Grau
Luis Hernández
Fani Labori

Gemma Martín
Eduard Mauri
Luis Medina
Laure Molins
César Morcillo

Luis M. Pérez Varela
Carles Pons
Cecilia Targa
Pere Torras

ACADÈMIA DELS ANNALS

Cayetano Alegre de Miquel
Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet
Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

Summary

Annals del Sagrat Cor, 2015; Volume 22, Issue 3-4

EDITORIAL	108
DISCUSSION. PLACEBO	109
• Eduardo <i>Irache Esteban</i> , <i>Luis E. Medina Lugo</i> , <i>Margarita Aguas Compaired</i> , <i>Ana Lozano Miñana</i>	
ORIGINAL	114
• Tension type headache in adults: update on treatment. <i>Andrés Guzmán Barredo</i> – Commentary and perspectives. <i>Miquel Balcells</i>	
• Healthy eating habits and physical activity of patients in outpatient departments of a private hospital concerted by health public network. <i>Ana M^a Rovira Mateu</i> , <i>Concepción Garrido Garrido</i> , <i>Ana M^a Aracil Xarrié</i>	
CASE REPORT	128
• Acute renal insufficiency in a patient with hyperproteic diet. <i>Anna Lázaro Simó</i> , <i>María Rosa Coll Colell</i> – Commentary and perspectives. <i>Nuria Roca Rossellini</i> , <i>Montserrat Pons Busom</i> , <i>Cristina Barnadas Solé</i> , <i>Laura Alsina Estallo</i> – Commentary and perspectives. <i>Rosa Morinigo Maldonado</i>	
• Salmonellosis nontyphoideal. <i>Sònia Fornés March</i> , <i>Maria Sanjaume Feixas</i>	
TECHNICAL NOTE	138
• Bronchodilator therapy with inhalers. <i>María Elia Sastre Barbadillo</i> , <i>Jordi Delás Amat</i>	
RESEARCH	140
• Clinical significance of lacunar strokes and its impact on cognition. <i>Lorena Blanco Rojas</i> – Communications to Congreso de la Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI). Zaragoza, June 2015.	
THE HOSPITAL' HISTORY	147
• Historical memory of the Internal Medicine Department of the Hospital Sagrat Cor (1965-1993). <i>Luis E. Medina Lugo</i>	
INDEX VOLUME 22	153

Editorial

Centre d'interpretació de l'Hospital

Des d'Annals del Sagrat Cor volem impulsar un centre d'interpretació de l'hospital, presentant de la forma més entenedora i didàctica possible el paper de l'hospital en general i, més concretament, del nostre Hospital del Sagrat Cor.

Per a la interpretació de l'Hospital del Sagrat Cor hi ha tres pilars fonamentals: filantropia, docència i compromís amb la ciutadania. A la segona meitat del segle XIX, el desenvolupament arquitectònic i demogràfic de Barcelona feia insuficient la disponibilitat de l' Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu. Es proposava un Hospital universitari, -el que després seria Hospital Clínic i Provincial del carrer Casanovas- promogut per les instàncies oficials. Però davant del retard en la seva implantació la iniciativa privada va promoure la creació de l'Hospital del Sagrat Cor. Fruit de la solidaritat i destinat també a rebre a persones que no poden fer front a les despeses econòmiques. El front es va posar el Dr. Cardenal, prestigiós cirurgià que va integrar, per sempre més, la docència en aquell nou hospital de Barcelona. Durant la guerra civil. L'Hospital es va mantenir obert amb el nom d' Hospital Cardenal.

La precària continuïtat va estar recollida per la Caixa d'Estalvis i Monte de Piedad de Barcelona, d'acord a un conveni entre Patronat de l'Hospital i la Caixa (1945). Aquesta solidesa econòmica va permetre la creació d'una nou espai de consultes al carrer París (1971) i posteriorment un nou Hospital, al carrer Viladomat.

Les obres s'allargaven des de les finestres del vell hospital, encara en funcionament, es deia que no s'acabarien fins aconseguir acord amb el sistema de la Seguretat Social. Es va aconseguir i es va inaugurar el nou Hospital, el juliol de 1976. Un magnífic i modern Hospital, del que es poden veure imatges de la seva inauguració en una filmació del No-Do (<http://www.rtve.es/filmoteca/no-do/not-1753/1465273/>).

Es diu que, anys després, els directius de la Mutualitat Aliança varen anar a demanar un crèdit a la Caixa per a un nou hospital i varen sortir amb la gestió del Sagrat Cor. Informació amb més o menys rigor, però el cas és que la venta es va consumir el 1980. La Caixa va complir el seu paper facilitant la continuïtat de l'antic segon hospital de la ciutat, fins la construcció del més modern hospital de Catalunya dels anys 70. Paulatinament varen anar apareixent els elements propis d'un hospital modern, de la ma del Dr. Sanchís, gerent contractat de l'Hospital va-

lencià de la Fe. Jerarquització, Junta Facultativa, Comissions i el servei d'urgències es va obrir a la població beneficiària de la Seguretat Social.

Des d'aquell moment, amb la tarja de l'assistència pública es podia ser atès a qualsevol servei de l'Hospital. Amb una grandària ideal com hospital de districte i una absoluta proximitat de la població, ja que només unes portes de vidre separen la recepció dels comerços i viants.

La docència de les clíniques de l'Hospital es va continuar amb el alumnes interns, puntuals convenis amb universitats, fins arribar a l'actual sistema d'Hospital Associat Universitari a la Facultat de Medicina i convenis amb facultats d'altres països. Ho va facilitar el Dr. Puigdollers, professor numerari de Medicina, que va portar la seva docència a l'Hospital, al seu servei de Medicina Interna i posteriorment a pràcticament a tots els serveis clínics, com es glosa en pàgines posteriors. Una reconeguda bona docència de pregrau, que també dóna lloc a un degoteig continu de tesis doctorals. Com la que presentem, en aquesta ocasió, de la Dra. Lorena Blanco, dirigida pel Dr. Adrià Arboix.

Es va passar de metges assistents i en formació al sistema MIR. Acreditació laboriosa que es va solucionar quan els papers de la sol·licitud es varen portar en ma al ministeri per una comissió de dos metges. L'esperit filantròpic es manté encara a les parets i ànims dels professionals, en un hospital de tradicional excel·lents relacions internes, obert a la interrelació amb els metges d'atenció primària i especialistes de la ciutat. Tanmateix com La Caixa, la Quinta de Salut la Aliança va complir un paper. A Catalunya en els anys previs a la generalització de l'atenció quasi universal de la salut i en el desenvolupament de l'Hospital. Però, la progressiva disminució dels mutualistes va obligar a que la comunitat busqués alternatives a un hospital útil i volgut per la comunitat. Se'n va fer càrrec Capio, posteriorment IDC Salut, amb noves inversions que varen permetre mantenir la plantilla de l'Hospital i la inversió en tecnologia.

Completem aquest número dels Annals, amb la discussió sobre el placebo, en el camp de la bioètica i temes assistencials, també propers a la població. Com dietes poc saludables que poden posar en perill la vida de les persones o la importància dels hàbits en vers l'alimentació en la salut de la població i els riscos de la contaminació dels aliments. ●

Placebo

Un margen de confianza

Eduardo Irache

Michael Balint dijo que el mejor placebo es el médico. No le faltaba razón. Es cierto que la buena relación entre el médico y el paciente produce muchos beneficios. En sentido estricto, en el placebo tiene que haber una sustancia inerte que, por la fe del enfermo en el “medicamento” y en el médico, tenga efectos beneficiosos.

¿Es engañar al enfermo dar placebo? No es mentir, es no decir la verdad. Si el enfermo quiere saber lo que se le da, es obligado decírselo, y se acabó el placebo. Si no pide explicaciones ¿es obligado decírselo?

¿Es beneficioso el placebo? Puede serlo. Lo que no es, ser perjudicial como sustancia. Si el placebo no es benefi-

cioso, hay que retirarlo y sustituirlo por sustancias activas adecuadas.

Según las normas de la ética asistencial, no hay maleficencia porque no perjudica. Puede producir beneficencia; y si no, se sustituye. La autonomía del paciente no se transgrede, se ignora, se obvia. ¿Se falta a la ética con estos parámetros? Se aplica la autonomía si el enfermo pide información.

Como comentaba un compañero, si el placebo es beneficioso, se evitan efectos secundarios o tratamientos no necesarios. Eso sí, cuando se administra el placebo, se ha de hacer un seguimiento estricto, para que, si no hay beneficio inmediato o en el curso de los síntomas, sustituirlo de inmediato.

Soy consciente de que este es un punto de vista que puede resultar polémico, que entra en colisión con los “obligados” principios de respeto a la autonomía del enfermo, con la información exigida al paciente, con el respeto estricto a los protocolos terapéuticos.

Que la magia y la sugestión no son científicas está claro. Pero también es evidente que existen, que siguen vivas, funcionantes y que proliferan en el mundo paracientífico. ●



Foto: El dios serpiente Anfiarao. Relieve en el templo de Asclepio en Epidauro, Grecia, s. IV a. C.

Comentario que figura en el libro: Campbell J. Diosas. Ed. Atlanta. 2015. Pags. 196-7.
Kerény escribe que, en los santuarios de curación de Asclepio, “se ofrecía al paciente la posibilidad de obtener su curación a partir de los elementos que él mismo poseía. A tal fin se creaba un ambiente que, como en los modernos balnearios y centros de salud, estaba lo más apartado posible de elementos perturbadores provenientes del mundo exterior. La atmósfera religiosa contribuía también a la curación, estimulando las potencialidades internas del individuo”

Placebo

Luis E. Medina

Del latín placebo (gustaré): sustancia farmacológicamente inerte.

El concepto placebo fue explicado por primera vez por *Medical Dictionary* de Fox, en 1803, en el que se define como tratamiento prescrito para agradar al enfermo, más que para provecho del mismo. Concepto semejante hallamos en la primera edición de *Diccionario terminológico de ciencias médicas* (Barcelona, 1916): preparación medicamentosa, más bien de gusto agradable que útil. El término placebo reaparece en 1945 en un artículo de Pepper publicado en Filadelfia y adoptado posteriormente en la práctica médica para indicar la utilización especial de sustancias inertes en farmacología clínica.

En la actualidad se admiten dos formas de placebo:

En la primera se trata de una medida terapéutica de eficacia nula o débil, sin relación lógica alguna con la enfermedad y que actúa únicamente a través de mecanismos psicológicos o psicofisiológicos cuando el paciente está convencido de que consume un fármaco activo. Se puede, por tanto, emplear un placebo con fines terapéuticos cuando el médico crea que debe aplicar una especie de terapia psicológica (sugestión). Está claro que en este tipo de terapéutica no siempre resulta previsible el efecto, mas no cabe duda de que dichos efectos tienen lugar. Se han descrito diversos mecanismos explicativos. Este principio fue propuesto por C. Liebermeister en el año 1876 para calcular con mayor aproximación el valor de la probabilidad en un experimento; son precisos por tanto, los resultados del grupo sometido a tratamiento y los de un grupo de control. Este método que tiene un valor especial cuando se trata de

evaluar la eficacia de un medicamento se impuso a consecuencia de las investigaciones de W.E. Dixon en 1929. Este científico había administrado cafeína en solución acuosa a diversos sujetos, hallando un sensible aumento del rendimiento muscular. Si administraba agua pura adicionada con una sustancia amarga obtenía los mismos resultados; así dedujo que todo los experimentos biológicos deben realizarse con grupos testigos o de control. Al grupo de control con el fin de eliminar sugestiones psicológicas, se le administran sustancias inocuas en la misma forma que la sustancia en estudio y que se denomina placebo. Además se toman precauciones para que no pueda identificarse quiénes pertenecen al grupo experimental y quiénes al grupo de control. Tal experimentación se denomina doble ciego. Los resultados con estos métodos se interpretan después por medio de determinados métodos estadísticos.

La segunda utilización del placebo se refiere a la farmacología experimental. Se ha comprobado que al experimentar el efecto de un fármaco se obtiene con cierta constancia el efecto deseado por el investigador o por el paciente. Esta constatación ha ido seguida por la adopción de ciertos procedimientos que eliminan la eventual sugestión psicológica: se trata de experimentos realizados mediante un grupo de control, al cual se administra el placebo y a doble ciego.

Grupo de control: Se trata de un grupo de sujetos que en el curso de un experimento son mantenidos en las mismas condiciones que los sujetos en estudio pero no son sometidos al tratamiento que es objeto de la experimentación.

Es sabido que la observación está siempre expuesta a la sugestión. R. Rosenthal mantiene que los experimentadores obtienen los resultados que desean o que esperan.

La experimentación con un fármaco debe, por tanto, ser doblemente ciega:

- Por parte del sujeto en observación, que no sabe si toma un fármaco o un placebo, ni cuál es la supuesta acción del fármaco.
- Por parte del observador que ignora cuáles son los sujetos a los que se les ha administrado el fármaco, y cuáles a los que se les ha administrado un placebo. Esta última condición es difícilmente realizable porque el observador no tarda en detectar los casos positivos de la acción farmacológica y el correspondiente grupo en examen.

Consideramos por último, que mientras el empleo de placebo en la experimentación farmacológico es un procedimiento firmemente establecido, su uso como medida terapéutica se desaconseja actualmente a favor de psicoterapias menos empíricas. ●



El placebo en la investigación clínica

Margarita Aguas Compaired

Presidenta del Comité de ética e Investigación Clínica de Idcsalud a Catalunya

Si bien el uso del placebo es conocido desde hace mucho tiempo, su efecto, su utilidad y su indicación siguen siendo temas controvertidos.

HISTORIA DEL PLACEBO

La palabra placebo se encuentra en latín en la biblia Vulgata, en el Salmo 114, y en el 116 (acción de gracias por haber sido liberado de la muerte) de la biblia en español. Esta palabra se usaba en la Edad Media para designar los lamentos que proferían las plañideras profesionales en ocasión del funeral de alguna persona. La introducción de los grupos o controles con placebo comenzó en el siglo XVI cuando se administraban procedimientos falsos para separar los efectos reales de los producidos por la imaginación durante los exorcismos.

En el siglo XVIII, el término fue definido en un diccionario médico como medicamento común y, en una edición posterior, como “algo” que simula ser un medicamento. La historia de la medicina presenta muchos ejemplos que reflejan que la historia del tratamiento médico es la historia del efecto placebo.

- China: El emperador Huang Ti menciona casi 2.000 drogas y 16.000 prescripciones que fueron usados casi 2.500 años sin mayores cambios.
- Sumerios-Asirios-Babilónicos: registra 265 remedios.
- El papiro de Ebers nombra 842 prescripciones y más de 700 drogas.
- India antigua: fueron usadas casi 600 drogas.
- El Corpus Hipocrático: menciona 195 a 400 drogas.
- La farmacopea de Galeno: que dominó el régimen terapéutico por 1.500 años y desapareció recién con el advenimiento de la medicina científica, al inicio del siglo 19 totalizó 820 remedios placebo.

DEFINICIÓN DE PLACEBO

En la literatura se encuentran varias definiciones de placebo. La palabra placebo es la primera persona de singular del futuro de indicativo del verbo latino placere, que significa “complacer”.

La Real Academia Española define **placebo** como una “sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo, si éste la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción”, Esta

definición se divide en dos partes, por un lado define al placebo como sustancia que carece de acción terapéutica, pero inmediatamente define la condición del sujeto para que se considere placebo. Es decir, se puede definir como “la reducción de los síntomas como resultado de la percepción de los pacientes de estar recibiendo una intervención terapéutica”. El placebo, por tanto, tendría un efecto terapéutico derivado de la creencia o de la expectativa del paciente en su eficacia.

El efecto placebo es “la modificación inducida de síntomas, signos u otros indicadores, que experimenta el organismo, que no es atribuible al mecanismo de acción específico de una terapéutica, ya sea mecánica, farmacológica, quirúrgica, ambiental o debida a cualquier otra situación curativa”.

El placebo es biológicamente inactivo pero puede producir efectos tanto fisiológicos como psicológicos. El efecto placebo no es un efecto causado por una sustancia inactiva; es el efecto que se observa en pacientes que reciben una sustancia inactiva y que no puede atribuirse a la historia natural de la enfermedad, a la interacción con el personal sanitario o a la actitud del paciente ante su enfermedad.

Pero no debemos olvidar que los mecanismos a través de los cuales se lleva a cabo éste efecto aún no han sido esclarecidos.

USO ACTUAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El uso más importante de los placebos dentro de la práctica clínica actual es el de los ensayos clínicos controlados. En los ensayos clínicos con fármacos, la población en la que se prueba el efecto del fármaco se puede dividir en dos grupos seleccionados aleatoriamente (muestra), de modo que uno de ellos recibe la medicación (grupo experimental) y en algunos casos, el otro grupo recibe una sustancia inerte o placebo (grupo control). Si el fármaco es efectivo, los resultados correspondientes al grupo experimental muestran diferencias estadísticamente significativas respecto de los resultados obtenidos en el grupo control. El objetivo es discriminar los efectos farmacológicos de los medicamentos en estudio, de aquellos que no lo son, de ésta forma se pueden separar objetivamente los efectos del fármaco estudiado de aquellos que pueden ser de la enfermedad, de su propia evolución, o de otros factores en juego que puedan modificar los resultados observados.

El gran problema ético del uso de placebo en los ensayos es de que en virtud del azar, a un grupo de pacientes no se les da una terapia existente cuyo beneficio está

fuera de duda y que no se les advierta suficientemente, al firmar el consentimiento informado, de que a un grupo de ellos sólo se les dará placebo.

Hay que aclarar que la utilización del placebo en los ensayos clínicos está legislada. En el año 1979 se publica el Informe Belmont, que establece cuatro principios que deben regir los ensayos clínicos, ampliados con posterioridad, pero que básicamente establecen:

- Respeto a las personas: se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida.
- Beneficencia: se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: no causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.
- No maleficencia: principio que podría incluirse en el anterior.
- Justicia: en el sentido de “equidad en la distribución”, o “lo que es merecido”.

Además la Asociación Médica Mundial (AMM) promulga la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable. Esta Declaración se va revisando periódicamente.

A partir del final de la década de los 80 debido a la denuncia, en revistas científicas de gran prestigio, de la realización de estudios con uso de placebo para enfermedades con tratamiento existente, llevó a la AMM a realizar una modificación de la declaración de 1996, reafirmando que el uso del placebo solo sería ético cuando no exista tratamiento conocido. Desde entonces, ha continuado la controversia en la utilización de placebo en los ensayos clínicos. En el 2008, la AMM nombró un grupo ad hoc para que monitoreara con sumo cuidado la utilización de los placebos en la investigación médica. Este grupo de trabajo, además de revisar la literatura actualizada sobre el particular, programó y efectuó dos grandes debates de expertos en dos conferencias llevadas a cabo en 2010 y 2011 en Brasil. En esas reuniones se concluyó que el texto de 2008 seguía siendo válido en el tema del placebo, pero que su redacción podría mejorarse y, además, la Declaración en general podría enriquecerse con un enfoque más sistémico.

Con base en ese concepto, la Asamblea General de la AMM decidió, en octubre de 2011, empezar un nuevo proceso de revisión a la Declaración de Helsinki. Fue creado otro grupo de trabajo que se puso en contacto con las asociaciones médicas nacionales para que enviaran sus comentarios a la versión de Seúl, y programó a su vez tres encuentros de expertos que se realizaron en Rotterdam a

mediados de 2012, en Ciudad del Cabo en diciembre de ese mismo año, y finalmente en Tokio entre febrero y marzo de 2013, además de la consulta abierta por una web.

En la última declaración de Helsinki de la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 se establece, en su punto 33, cuando se puede utilizar placebo en investigación clínica:

“Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

- Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o
- Cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.
- Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.”

Esta declaración ha tenido muchas controversias en el apartado de placebo ya que continúa siendo favorable a una interpretación por los investigadores; el sutil cambio de “any risk of serious or irreversible harm” por “additional risk of serious or irreversible harm as a result of not receiving the best proven intervention” genera una mayor indeterminación al hablar de riesgos –que son potenciales- en vez de reconocer efectos secundarios lesivos realmente ocurridos. Queda manifiesta, además, la dificultad de demostrar la causalidad directa del daño por la omisión de los mejores medios médicos comprobados (debiera decir existentes).

Ante esta interpretación por los investigadores actúan dos elementos para ayudar a la utilización ética del placebo en los ensayos:

- El comité de ética e investigación, que será el que valore la necesidad de utilizar o no, el placebo en cada una de las investigaciones clínicas.
- El Consentimiento informado. Los pacientes que son invitados a participar en un estudio con placebo, deben de ser informados exhaustivamente de la existencia de medidas terapéuticas eficaces, si es que existen y de los efectos adversos que puede tener si no se le proporciona la terapia disponible. Por lo tanto, éstos deben de firmar un consentimiento aceptando su participación al estudio, conociendo que puede que no se use la terapia más efectiva, si es que existe y sobre todo el paciente

debe de ser consciente de los posibles efectos adversos del no uso de alguna terapia.

En consecuencia, es posible la utilización de estudios controlados con placebo mientras la ética sea respetada y los sujetos no sean dañados durante el estudio y estén bien enterados/ informados de sus posibles alternativas. En la práctica clínica habitual es aun más controvertido la prescripción del placebo ya que:

- Si el médico le dice a un paciente que lo que le da es una pastilla de talco, la respuesta placebo (que depende en gran medida de las expectativas del paciente) se perderá.
- Si los médicos le dicen que el placebo que les da es una droga farmacológicamente activa entran en una situación no ética y a la larga poco eficaz. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Helsinki de la asociación médica. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013) Punto 33.
2. Kottow Rev M. De Helsinki a Fortaleza: una Declaración desangrada. Rev Bioet. 2014;22: 28-33.
3. Colloca L, Jonas WB, Killen J, Miller FG, Shurtleff D. Reevaluating the placebo effect in medical practice. Z Psychol. 2014; 222:124-7.
4. Tempone Pérez SG. El placebo en la práctica y en la investigación clínica. An Med Interna 2007; 24:249-52.

Uso del placebo en la práctica clínica. Análisis ético.

Dra. Ana Lozano Miñana

Internista y miembro del CEA

El uso del placebo en la práctica clínica ha disminuido a lo largo de los años desde mis inicios en la profesión. Hay muchas razones para ello pero probablemente una de las más importantes es el cambio de modelo de la relación médico-paciente desde el punto de vista Bioético, al pasar de la relación paternalista previa, a la actual apoyada en los 4 principios fundamentales de la Bioética del siglo XXI que, como ya sabéis son autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Dar placebo a un paciente vulnera, en mi opinión, claramente el principio de autonomía, puesto que en sí mismo el placebo es una “mentira”, ya que se trata de una sustancia que no tiene desde el punto de vista científico evidencia de eficacia alguna. Dudamos del síntoma que el paciente refiere y creemos en la heterosugestión sobre el paciente de cualquier sustancia prescrita por un médico, según una relación de confianza que claramente vulneramos. Qué contestaremos al paciente si nos pregunta: ¿Doctor, qué me ha prescrito? Aunque a continuación nos diga que le ha ido bien, ¿qué le contestamos? Nada...

Hay estudios que valoran que, a pesar de desconocer su mecanismo de acción, no se puede obviar el efecto beneficioso del efecto placebo. Por tanto, según el principio de beneficencia de que el clínico debe buscar el mayor bienestar de sus pacientes, se defendería la utilización del placebo en la práctica habitual. Pero creo que siempre se debe

perseguir este fin con rigor científico y en base a los conocimientos actuales de la eficacia comprobada de los tratamientos. No en base a sensaciones subjetivas del médico sobre la validez del síntoma que refiere el paciente.

Puede ser muy difícil si el paciente es conocedor de nuestro “engaño”, aunque se justifique que ha sido pensando en su propio bien, dar una sustancia que no tiene efecto farmacológico y mantener la relación de confianza tan necesaria ahora y siempre.

Otro problema que nos podemos plantear sería ¿y qué administramos? Quizás en el hospital podemos administrar suero fisiológico o comprimidos elaborados en farmacia que no contienen ninguna sustancia farmacológica, pero al paciente ambulatorio ¿qué le damos? Porque si creemos en el efecto placebo será tanto para el paciente hospitalizado como para el paciente ambulatorio y, en este caso, no tenemos ninguna sustancia disponible, ya que la Administración Sanitaria no tiene autorizadas sustancias sin probada eficacia.

En mi opinión, actualmente, no hay ninguna razón para utilizar placebo en la práctica clínica. Hay que potenciar la confianza del paciente en el personal sanitario y no minarla con lo que no deja de ser un “engaño”. Aunque justifiquemos que es por su bien y teniendo en cuenta que en el origen hay una duda sobre la veracidad de su síntoma. Pero como todo en esta vida y sobre todo en Medicina puede haber excepciones... ●

Cefalea tensional en adultos: actualización terapéutica

Cefalàlgia tensional en adults: actualització terapèutica

Tension type headache in adults: update on treatment

Andrés Guzmán Barredo

R1, Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

La cefalea tensional es la etiología más común entre las cefaleas primarias, por lo que resulta esencial actualizar y revisar el arsenal terapéutico disponible. En el presente trabajo de revisión se detallan los diferentes subtipos de cefaleas diarias profundizando en el tratamiento tanto agudo como crónico de la cefalea tensional con el objetivo de resumir las recomendaciones basadas en la evidencia. En nuestra revisión encontramos que la literatura científica apoya la aproximación terapéutica actual, centrada en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en el episodio agudo y antidepresivos tricíclicos en el tratamiento preventivo. En los trabajos revisados no se alcanza consenso sobre la utilización de los fármacos de segunda opción, proponiéndose el uso de diferentes familias de antidepresivos, siendo necesarios nuevos estudios a fin de confirmar su efectividad terapéutica.

ABSTRACT

Tension-type headache is the most common aetiology of primary headaches in the general population, so it is advisable to update and revise the therapeutic strategies available. In this review we describe the different daily headache subtypes to expand on the treatment of both acute and chronic tension-type headaches in order to summarize the evidence-based recommendations. In our review we found that scientific literature supports the current therapeutic approach, focusing on the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) in the acute episodes and on tricyclic antidepressants for the preventive treatment. In the literature reviewed there was no consensus on the use of second-line drugs, and it was proposed the use of different families of antidepressants, but further studies are still needed to confirm their therapeutic effectiveness.

Recibido: 28- octubre - 2015

Aceptado: 3- diciembre - 2015

Correo electrónico: andresguzbar@gmail.com

Palabras clave: Cefalea de tipo tensional; Cefaleas primarias; Antidepresivos tricíclicos; Amitriptilina.

Keywords: Tension-type headache, adults; Headache disorders, primary; Antidepressive agents, tricyclic; Amitriptyline

INTRODUCCIÓN

La cefalea a tensión o cefalea tensional es el tipo más común de dolor de cabeza entre la población. Supone el segundo trastorno más prevalente en el mundo y es una de las razones más frecuentes de consulta médica [1,2]

Es aquél dolor o molestia en la cabeza, el cuero cabelludo o cuello, y generalmente asociado con tensión de los múscu-

los en estas zonas. Las cefaleas tensionales pueden ocurrir a cualquier edad, aunque son más comunes en los adultos y los adolescentes mayores. A pesar de su impacto socio-económico es la menos estudiada de todas las cefaleas primarias [2].

Las cefaleas tensionales ocurren cuando los músculos del cuello y del cuero cabelludo se tensionan o se contraen. Las contracciones musculares pueden ser una respuesta al estrés, la depresión, un traumatismo craneal o la ansiedad.

El principal objetivo terapéutico consiste en tratar los síntomas del dolor de cabeza de inmediato y prevenir posteriores dolores evitando o cambiando los factores desencadenantes, ya que muchos pacientes presentan una gran recurrencia de los síntomas álgicos craneales.

El tratamiento sintomático se realiza con analgésicos simples o antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los antidepresivos son los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia en la prevención de la cefalea tensional. La amitriptilina es el antidepresivo tricíclico más utilizado para prevenir la cefalea tensional y sigue considerándose el tratamiento de elección.

El presente trabajo es una revisión de las evidencias científicas disponibles sobre amitriptilina y el resto de los antidepresivos que se utilizan en el tratamiento, tanto episódico como crónico, de la cefalea tensional a fin de facilitar las decisiones terapéuticas de los clínicos.

MÉTODOS

Para esta actualización se ha realizado un examen de artículos originales y revisiones sobre el tema, mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y UptoDate. Las palabras clave utilizadas han sido “tension-type-headache”, combinada con “treatment”, “amitriptyline”, “tricyclic antidepressants” and “adults”.

Fuentes adicionales de búsqueda han sido las guías de control de síntomas en cuidados paliativos y manuales, fundamentales en la práctica clínica diaria. Las búsquedas se acotaron a los dos últimos años.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La Sociedad Internacional de Cefaleas define la cefalea tensional como una cefalea preferiblemente bilateral, constante, no pulsátil, sin vómitos, pudiendo existir náuseas, aceptándose la

presencia de algún signo como la fotofobia y fonofobia, típicamente migrañosos. [1]

Es la más común entre las cefaleas primarias y una de las entidades que se engloban en las llamadas Cefaleas diarias crónicas, con las cuales habrá que realizar el diagnóstico diferencial para realizar un correcto tratamiento[3]. En concreto, se trata de las entidades detalladas a continuación y cuyas características principales están detalladas en la Tabla 1.

- Migraña crónica
- Cefalea tensional crónica
- Cefalea por abuso de medicación
- Cefalea hemicránea continua
- Cefalea diaria persistente de novo

Podemos definir la cefalea a tensión como una cefalea de leve a moderada intensidad, más frecuentemente bilateral, no pulsátil, sin síntomas vegetativos acompañantes o leves.

No se ha llegado a un consenso sobre cuál sería el mecanismo fisiopatológico de esta entidad, pero se postula una relación con la activación de los nociceptores miofasciales en la cefalea episódica, y una sensibilización de las vías del dolor en el sistema nervioso central por el estímulo continuado de estos nociceptores en el caso de la variante crónica de la enfermedad. [4]

La cefalea tensional se divide en tres entidades, que son la cefalea tensional “episódica”, la “crónica” y la última y más reciente, la forma llamada “infrecuente”, en cuyos criterios no profundizaremos.

Centrándonos en el tratamiento, todos los estudios coinciden en un doble abordaje: el agudo y el preventivo. Figura 1.

En el tratamiento agudo de los episodios existe unanimidad en la literatura sobre el uso de analgésicos simples como los AINES, AAS (ácido acetilsalicílico) o el paracetamol.

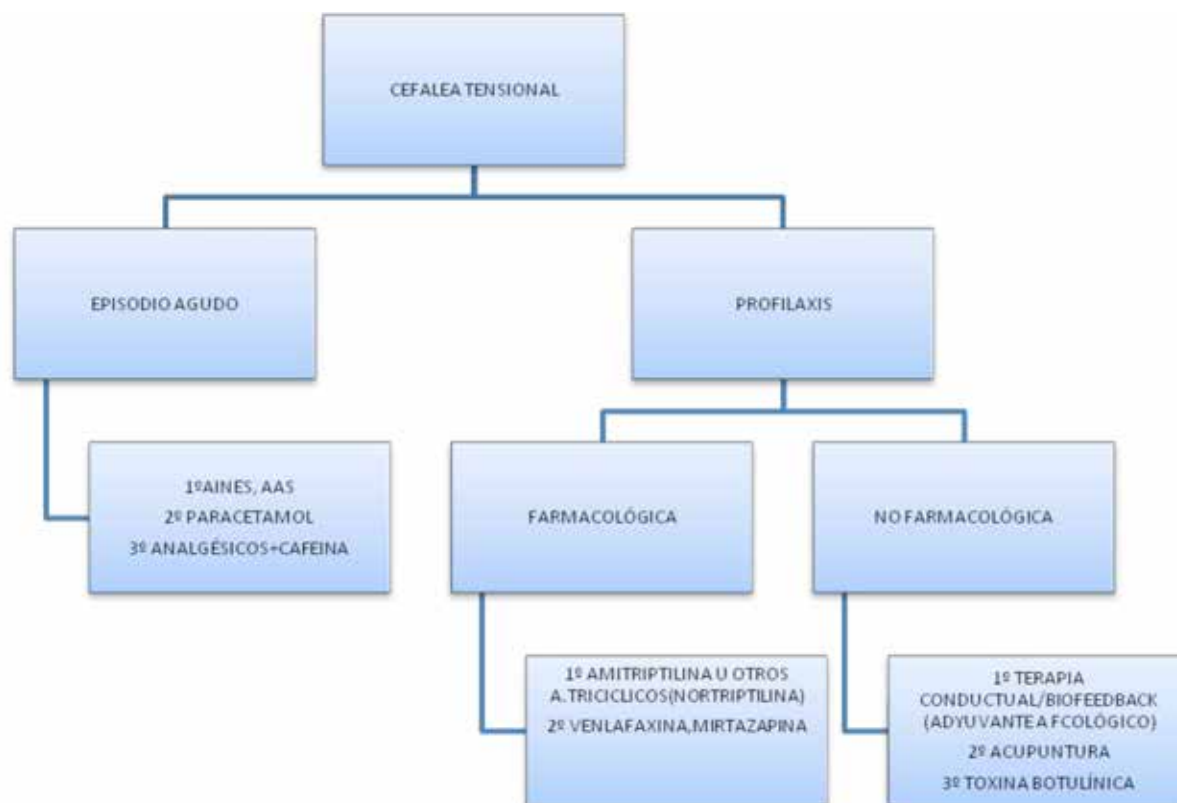
Estudios específicos sobre diferentes opciones terapéuticas demuestran mayor efectividad de los AINEs, delegando al paracetamol a tratamiento alternativo en casos de contraindicación de uso de AINES. La guía de la Societat Catalana de Neurologia coincide con este planteamiento terapéutico. [5-8]

Una segunda opción, contemplada tanto en estudios americanos como europeos, en pacientes con síntomas refractarios a los analgésicos simples, consistiría en la unión de cafeína con dichos fármacos. Algún estudio llega a afirmar que mejora la efectividad, pero a expensas de aumentar

Tabla 1. Características clínicas de la sintomatología de las principales cefaleas observadas en la práctica clínica diaria.

ENTIDAD	TIPO DE DOLOR	DURACIÓN	INTENSIDAD	SINTOMAS ACOMPAÑANTES
MIGRAÑA CRÓNICA	Pulsátil, unilateral	Horas-días	Baja-moderada	Frecuentes
CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA	Bilateral, no pulsátil	Horas-días	Leve-moderada	Poco frecuentes
CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN	Bilateral, pulsátil o sordo	Variable	Variable	Poco frecuentes
CEFALEA HEMICRÁNEA CONTINUA	Estrictamente unilateral, continua	Variable	Exacerbaciones moderada-grave	Frecuentes
CEFALEA DIARIA PERSISTENTE DE NOVO	Bilateral, opresiva	Variable	Leve-moderada	Frecuentes

Figura 1. Algoritmo de tratamiento cefalea tensional.



los efectos secundarios [5], por lo que esta opción queda desplazada a un lugar secundario y pendiente de una evaluación terapéutica personalizada, aunque siempre puede resultar una opción a valorar. Esta línea, sin embargo, no queda reflejada en ninguna de las guías revisadas [6,8]. El tratamiento pretende disminuir la frecuencia de las crisis, su duración e intensidad, mejorar la respuesta al tratamiento sintomático, reducir la discapacidad que el dolor produce y mejorar la calidad de vida de los pacientes, con los menores efectos secundarios posibles. Existe un amplio consenso en las principales guías y en la literatura científica sobre considerar la amitriptilina (antidepresivo tricíclico) el tratamiento de elección, a dosis de 10-75mg/día. [5-8]

Debe señalarse que se carece de estudios suficientes para elegir este fármaco sobre otros fármacos de su misma familia como la nortriptilina. Estos fármacos demostrado capacidad para reducir el número de episodios de cefalea tensional a la mitad. [9]

La segunda opción farmacológica estaría formada por la mirtazapina y venlafaxina. [8]

Las opciones no farmacológicas, abarcarían desde la toxina botulínica, o la acupuntura, a terapias conductuales y el biofeedback.

El control del estrés con terapias conductuales ha demostrado que podría ser útil unido al tratamiento preventivo farmacológico [9]. No se han encontrado, por otro lado, resultados favorables respecto a la toxina botulínica posiblemente por la escasez de estudios en esta dirección. No obstante sí que ha demostrado ser de ayuda en la migraña crónica o neuralgia del trigémino [10].

Los resultados de los estudios realizados sobre la eficacia de la acupuntura son muy dispares, no mostrando una clara disminución de los episodios con significación estadística. No obstante se admite como opción en caso de intolerancia a la amitriptilina. [9]

CONCLUSIÓN

La cefalea tensional es un motivo frecuente de consulta en atención primaria, y puede tratarse efectivamente con los recursos disponibles. El tratamiento de la CT comprende medidas no farmacológicas (técnicas de relajación, control del estrés y terapia cognitivo-conductual) y farmacológicas (tratamiento del dolor y prevención del dolor). Es fundamental evitar el abuso de analgésicos y administrar el tratamiento preventivo cuando los episodios de cefalea son frecuentes o resistentes al tratamiento sintomático.

La amitriptilina es el fármaco de elección para el tratamiento preventivo de la cefalea tensional. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros antidepresivos aún no han mostrado eficacia, aunque se usan en los pacientes que toleran mal los antidepresivos tricíclicos o presentan alguna contraindicación para su uso.

Existen sólidas bases científicas basadas en la evidencia para sostener la terapéutica utilizada en este momento; no existe consenso para las opciones no farmacológicas que quedan todavía en un plano secundario por falta de estudios relevantes o por resultados no concluyentes.

El paciente puede derivarse a otros profesionales de ámbitos diferentes como psicólogos, expertos en acupuntura, rehabilitadores y fisioterapeutas, etc. para complementar el tratamiento farmacológico; se valorará la derivación a neurología en caso de pacientes con sintomatología imprecisa o rebelde a tratamiento óptimo o en caso de dudas diagnósticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33:629-808.
2. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, et al. The global burden of disease survey 2010, lifting the burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *J Headache Pain* 2013;14:13.
3. Garza I, Schwedt TJ, Swanson JW, et al. Overview of chronic daily headache. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Taylor FR, Swanson JW, Dashe JF. Tension-type headache in adults: pathophysiology, clinical features, and diagnosis. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
5. Taylor FR, Swanson JW, Dashe JF. Tension-type headache in adults: acute treatment. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
6. Huerta M, Pozo P, Prat J, Roig C. Guía oficial de diagnóstico y tratamiento de la cefalea de la Societat Catalana de Neurologia. 2012; 47-51
7. Becker WJ, Findlay T, Moga C, et al. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. 2015; 61:670-9.
8. Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre atención primaria y Neurología. [Internet]. Granada: Editorial Tleo, 2012; 74-8 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Gu%EDa_Cefaleas/
9. Taylor FR, Swanson JW, Dashe JF. Tension-type headache in adults: preventive treatment. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
10. Luvisetto S, Gazerani P, Cianchetti C, et al. Botulinum toxin type A as a therapeutic agent against headache and related disorders. *Toxins (Basel)*. 2015;7:3818-44. ●



Comentaris i perspectives

Cefalea tensional

Miquel Balcells
Neuròleg

La cefalea tensional como “ entidad clínica “ sigue siendo un proceso de incidencia y prevalencia muy alta.

El diagnóstico de la cefalea tensional prácticamente se realiza con la anamnesis y la misma debe ser minuciosa. Así como la migraña tiene unos síntomas muy concretos, la cefalea de tensión requiere para su diagnóstico mayor atención debido a la imprecisión de sus síntomas.

La contracción muscular sostenida, causa del dolor, se atribuye en la mayor parte de los casos a un proceso de “ conversión”: tensión psíquica igual a tensión muscular.

Es evidente que la mayoría de los enfermos presenta “conflictos” psíquicos y casi todos un “umbral “ muy bajo ante los problemas de la vida diaria; pero ello no debe ser excusa para dejar de explorar procesos como una posible incongruencia dentaria, artrosis cervical, problema de refrac-

ción ocular, problemas de circulación del LCR, que se alivian manteniendo una postura cervical antianatómica, etc.

El autor nos presenta una revisión de la bibliografía actual que refleja las opciones terapéuticas más efectivas en la actualidad tras una pertinente revisión bibliográfica. Ahora bien, personalmente, creo que para una aproximación clínica a esta entidad, sigue siendo muy provechoso repasar los tratados clásicos - Wolff y Lance - y mantenerlos como punto de partida.

- Wolff HG. Wolff's headache and other head pain. 7th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
- Lance JW. The mechanism and Management of headache. London: Butterworth-Heinemann, 2000. ●



Hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico de los pacientes de las consultas externas de un hospital privado-concertado

Hàbits saludables d'alimentació i exercici físic dels pacients a les consultes externes d'un hospital privat concertat

Healthy eating habits and physical activity of patients in outpatient departments of a private hospital concerted by health public network

Ana M^a Rovira Mateu, Concepción Garrido Garrido, Ana M^a Aracil Xarrié
Diplomadas en Enfermería, idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

Introducción: Los hábitos saludables en alimentación y ejercicio físico son recomendables para la salud física y mental. El presente estudio pretende identificar los hábitos alimentarios y de ejercicio físico de los pacientes que acuden a las consultas del Hospital Sagrado Corazón.

Métodos: Encuesta ad-hoc administrada aleatoriamente a pacientes mayores de 18 años, estructurada en tres partes: variables sociodemográficas y antecedentes patológicos, hábitos alimentarios (18 preguntas) y hábitos de ejercicio físico (6 preguntas). Se analizan diferencias en función de la edad y sexo, y se comparan los resultados con las recomendaciones nutricionales y de ejercicio físico de la Generalitat de Cataluña.

Resultados: Se analizan un total de 237 encuestas: 46,4% ingieren más carne roja de la recomendada; 59,1% y 66,4% consumen menos fruta y menos huevos, respectivamente, de lo recomendado. Por sexos,

ABSTRACT

Introduction: Healthy eating habits and physical exercise are highly recommended to maintain both physical and mental health. The aim of this study was identify the eating habits and physical activity of outpatients at Hospital Sagrat Cor.

Method: Ad hoc survey administered among patients older than 18 years randomly selected, and structures in three parts: demographic variables and pathological history, eating habits (18 questions), physical exercise habits (9 questions). Results were analyzed by age groups and gender, and compared to the recommendations on food and physical activity by the Generalitat de Catalunya.

Results: 237 surveys were conducted: 46.4% of surveyed eat more red meat than recommended; 59.1% and 66.4% eat insufficient fruit and eggs, respectively. By gender men are closer to the food guide pyramid recommendations on the consumption of carbohydrates and

los hombres se ajustan más a las recomendaciones de la pirámide nutricional en el consumo de hidratos de carbono y legumbres. Los más jóvenes consumen excesivamente embutidos y escasamente fruta. Los mayores de 70 presentan déficit de consumo de agua. La mayoría de la muestra evidencia déficit de ejercicio físico.

Conclusión: Sería conveniente promover estrategias desde el mismo personal sanitario del Hospital Sagrat Cor a fin de prevenir y evitar riesgos de enfermedades crónicas derivadas de malos hábitos alimentarios o falta de ejercicio físico.

Recibido: 30 – octubre - 2015

Aceptado: 5 – noviembre - 2015

Correo electrónico: annaroviramateu@gmail.com

Palabras clave: conducta alimentaria; hábitos alimenticios; conducta saludable; actividad física; modelos teóricos; adultos.

Keywords: feeding behavior; food habits; health behavior; physical activity; models, theoretical; adults.

INTRODUCCION

Las personas pueden mantenerse sanas adoptando comportamientos que promuevan la salud con una alimentación sana y una actividad física regular y adecuada. Los hábitos alimentarios están directamente relacionados y condicionados por factores socioculturales, económicos, psicológicos y geográficos [1]. Múltiples estudios epidemiológicos de las últimas décadas han puesto en evidencia un importante y progresivo incremento de la prevalencia de obesidad en muchos países, consecuencia directa de malos hábitos en alimentación y déficit de ejercicio. La primera constatación se hizo en 1991 en los Estados Unidos mediante las encuestas NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) [2]. En Europa, se empezó a evaluar esta tendencia a partir de los años 90 [3].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, ejercicio físico y salud” de 2004 [1] fijó como objetivos: promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable, adoptando medidas sostenibles que en conjunto dieran lugar a una reducción de la obesidad y mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y falta de ejercicio. De los diez factores de riesgo desencadenantes de enfermedades crónicas, cinco están vinculados a la alimentación y al ejercicio.

El trabajo “Estrategia de Nutrición de la Comunidad Europea” establece de manera científica la relación entre dieta, actividad física y salud. Reconoce que el estilo de vida no saludable aumenta las enfermedades crónicas mientras que la die-

ta saludable reduce el riesgo de sufrir obesidad, hipertensión, diabetes, osteoporosis y hasta algunas formas de cáncer [4].

Conclusion: It would be suitable to promote strategies from the health personnel of Hospital Sagrat Cor in order to prevent and avoid risk of chronic illnesses which result from improper eating habits or lack of physical activity.

ta saludable reduce el riesgo de sufrir obesidad, hipertensión, diabetes, osteoporosis y hasta algunas formas de cáncer [4].

La Declaración de Milán, 2005 [5] pedía implicación de gobiernos, autoridades sanitarias, profesionales de ciencias de la salud, industria alimentaria y expertos en actividad física para luchar contra la obesidad.

En España, el estudio de 2001 de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) [6], puso de manifiesto que Andalucía, Murcia y las Islas Canarias eran las zonas donde las tasas de obesidad eran más altas entre mujeres mayores de 45 años, especialmente las de bajo nivel socioeconómico y cultural. En el “Consenso SEEDO 2007” [7] se fijaron unas bases para:

- poder identificar y evaluar el paciente con sobrepeso.
- proporcionar al personal sanitario y a las instituciones de salud pública pautas de valoración y tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

En el año 2005 surge la estrategia Nutrición, Actividad física y Prevención de la obesidad (NAOS) [8] con el objetivo de fomentar la actividad física y la alimentación saludable, a fin de invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad, y reducir la morbilidad y mortalidad atribuidas a las enfermedades crónicas.

En el ámbito catalán, esta estrategia se desarrolló con la creación del “Pla integral per a la promoció de la salut” (PAAS), mediante la actividad física y la alimentación saludable [9]. Dentro del ámbito sanitario, se constituyó el “Pla d’activitat física, esport i salut” (PAFES) [10].

Distintas iniciativas se han promovido para estudiar y promover hábitos saludables en distintos segmentos poblacionales: adolescentes [11], embarazadas [12], población de edad avanzada [13], entre otros.

En el año 2011, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN) [14] realizó la primera Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española, donde se recogieron las principales prioridades: aumentar el consumo de cereales, frutas, hortalizas, legumbres y frutos secos, moderar el consumo de azúcares y grasas, y practicar diariamente ejercicio físico moderado para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Dada la importancia de la alimentación y ejercicio en todas las etapas de la vida, el objetivo de este estudio es determinar si los hábitos de los pacientes que acuden a la Consulta Externa del HUSC se ajustan o no a las recomendaciones establecidas en las pirámides de la alimentación y actividad física de la Generalitat de Cataluña [15] y, en caso necesario, crear programas de promoción de la salud.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo realizado entre marzo y septiembre del 2013. Criterios de inclusión: pacientes que acudieron a las consultas externas del Hospital Sagrado Corazón, mayores de edad, que entendieran la lengua (catalán/castellano) y que estuvieran en condiciones de contestar la encuesta.

Criterios de exclusión: pacientes con dificultad para entender la lengua o que no estuvieran en condiciones para contestar la encuesta, los que rehuyeran contestarla, los que no firmaran el consentimiento informado o los menores de edad.

Se elaboró una encuesta ad-hoc donde se recogió información sobre las variables: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral, nacionalidad, creencias, patologías médicas, patologías quirúrgicas, intolerancias o alergias alimentarias, tipos de comida y cantidad, forma de cocinar, ingesta de líquidos y actividad física, tipo, frecuencia y duración.

La encuesta, elaborada a partir de dos encuestas previas [10,16], se dividió en 3 partes con preguntas cerradas. En la primera parte se recogieron las variables socio-demográficas y a los antecedentes patológicos, la segunda parte (preguntas 1 a 18) enfocaba los hábitos alimentarios y una tercera parte (preguntas 19 a 24) hacía referencia al ejercicio físico.

Las encuestas fueron realizadas personalmente por los investigadores, con previo entrenamiento y unificación de criterios. Semanalmente se recogió la información hasta completar la muestra, de manera aleatoria simple y siguiendo los listados de visitas programadas generadas por ordenador.

Se entregó a los pacientes una hoja informativa, se pidió su consentimiento para participar en la encuesta voluntariamente. Se garantizó siempre la confidencialidad del material e información asociada al estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital.

El tamaño de la muestra, partiendo de una población de 31.142 pacientes visitados anualmente, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5% suponiendo que hubiera un 15% de pérdidas, se calculó en 237.

Se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de las medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y el porcentaje para las variables cualitativas (nominales u ordinales).

Para la comparación de una variable cuantitativa para dos o más subgrupos se utilizó la t de Student. Para las va-

riables cualitativas se utilizó el test de 2 cuadrado y el test exacto de Fischer.

Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

En el tratamiento estadístico se utilizó la aplicación SPSS.

RESULTADOS

En total, se realizaron 237 encuestas. Dos de las encuestas no fueron completadas en su totalidad, no teniendo en cuenta a la hora de valorar los resultados.

Del total de la muestra, el 64,7% de los encuestados correspondió al sexo femenino. La media de edad fue de 62,2 años, con desviación estándar (DE) 17,2 (rango 19-93). Por intervalos de edad, 7,3% tenían entre 18-30 años, 18,4% entre 31-50, 36,8% entre 51-70 y 37,6% eran mayores de 70 años.

El 40,8% de los encuestados tenían estudios primarios, el 27,9% secundarios, el 24% superiores y el 7,3 % no tenían estudios.

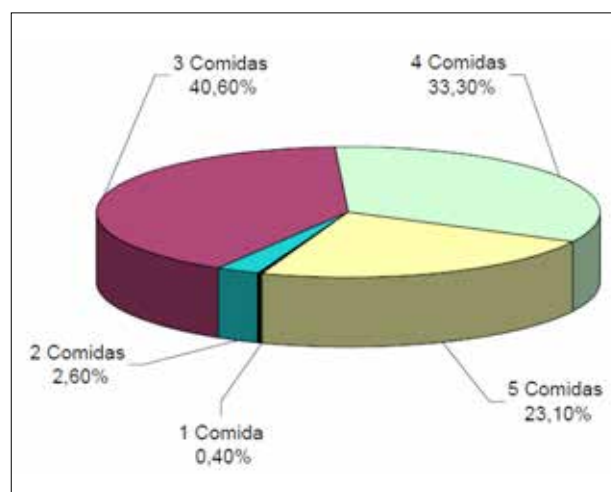
La mayoría (97%) era de nacionalidad española; 67,8% de los encuestados no trabajaban, y 98,3% no tenían creencias que justificaran unos hábitos alimentarios determinados.

El 61,3% tenía antecedentes patológicos médicos, el 22,2% quirúrgicos y el 14,9% presentaba algún tipo de intolerancia alimentaria.

Hábitos alimentarios.

La distribución de las comidas diarias se refleja en la Figura 1.

Figura 1. Distribución del número de comidas diarias.



En el desayuno, el 85,1% de los encuestados afirman tomar café con leche que el 41,7% acompañan con tostadas y 36,6% con un bocadillo, mientras que 22,1% afirman tomar fruta y 14,9% desayunan bollería.

El 69,8% de la muestra tomaba pan o cereales 2 veces al día y el 34% ingería patatas 2 veces a la semana. En cuan-

to a la pasta, 37,2% la consumían 1 vez por semana. Respecto al arroz el 53,2% lo consumían una vez a la semana. El 39,1% acostumbraban a consumir alimentos integrales. El 53,4% tomaban legumbres 1 o 2 veces por semana.

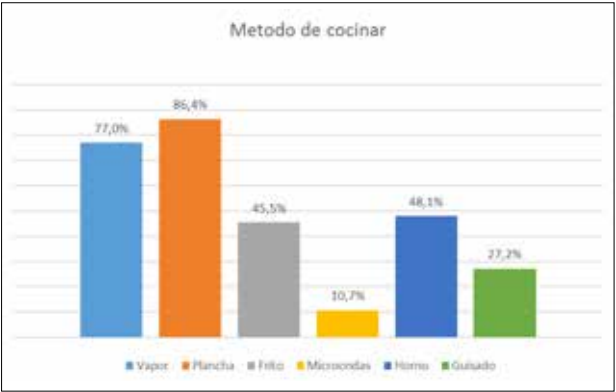
El 59,1% tomaban 1 o 2 piezas de fruta al día y en cuanto a verduras, el 63% las consumían 1 o 2 veces al día. El 55,3% tomaban algún producto láctico 2 o más veces al día.

En cuanto al consumo de carne, 47,7% consumían carne blanca de 3 a 5 veces por semana, mientras que el 46,4% comían carne roja 2 o 3 veces por semana. El 52,3% tomaban pescado 1 o 2 veces a la semana y el 66,4% 2 o menos huevos por semana.

El 19,6% tomaban embutidos cada día y el 40,9% ocasionalmente. El 20% consumían bollería a diario. El 86,4% de los encuestados utilizaban aceite de oliva para cocinar.

La figura 2 recoge los diferentes tipos de cocción más habituales, siendo la plancha y el vapor los más habituales con el 84,6% y 77% respectivamente. La ingesta de agua era entre 4 y 6 vasos al día en 36,6% de los encuestados. El 57,7% de la muestra bebía agua habitualmente en las comidas y el 10,3% vino.

Figura 2. Tipos de cocción



Hábitos actividad física

38,7% declararon caminar durante una hora o más al día. En el ámbito de las actividades de la vida diaria, 31,6% utilizaban escaleras, 59,6% realizaban tareas del hogar, 6% se dedicaban a la jardinería y 9,8% bailaban.

Las actividades en el exterior eran practicadas por un 33,6%, dedicando dos sesiones por semana un 26,6% de los mismos, mientras que 36,7% le dedicaban 60 minutos. El 8,9% practicaban ejercicios de flexibilidad y el 5,1% de musculación.

En la Tabla 1 se recogen aquellas variables en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexos. En cuanto a los hábitos alimentarios, vemos un consumo mayor de cereales o derivados en el desayuno por parte de las mujeres (p=0,001) y una mayor ingesta de productos integrales (p=0,04). Los hombres, por su parte, realizan un mayor consumo de patatas (p=0,02), pasta

(p=0,003), arroz (p=0,05) y legumbres (p=0,037); igualmente, beben más agua (p=0,003).

Tabla 1. Diferencias significativas de hábitos entre hombres y mujeres

	Hombres %	Mujeres %	p valor
Desayuno Tostadas	26,5%	50,0%	0,001
Integrales	30,1%	44,0%	0,040
Patatas	10,8%	4,6%	0,002
Pasta	18,1%	9,3%	0,003
Arroz	57,1%	7,9%	0,050
Legumbres	48,2%	33,1%	0,037
Agua 6 vasos al día	45,8%	26,3%	0,003
Tareas del hogar	21,7%	80,3%	0,000
Actividad exterior	41,0%	29,6%	0,050
Flexibilidad	3,6%	11,8%	0,020
Musculación	10,8%	2,0%	0,005

Referente a la actividad física, las mujeres se dedican a las tareas del hogar de manera abrumadora (p=0,000) y se decantan por los ejercicios de flexibilidad (p=0,02), mientras que los hombres realizan más actividad exterior (p=0,05) y prefieren ejercicios de musculación (p=0,005). No hay diferencias en el resto de la ingesta, como tampoco en cuanto a número de comidas al día, ni en los sistemas de cocción o aceites para cocinar.

La distribución de consumo por edades de los diferentes tipos hidratos de carbono y sus medias se detalla en la Figura 3.

Figura 3. Distribución de consumo de los hidratos de carbono por grupos de edades.



La Tabla 2 refleja las diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad. De manera significativa, los más jóvenes, es decir la franja entre 18 a 30 años, consumen más fruta en el desayuno, realizan más ejercicio físico y bailan más; mientras que son los más mayores de 70 años los que cumplen de manera significativa con la ingesta diaria de fruta. Aunque no resulta estadísticamente significativo, se observa una tendencia a un mayor consumo de carne blanca y embutidos en los más jóvenes, con

tendencia hacia la significación en el caso del consumo diario de embutidos.

Tabla 2. Diferencias significativas de hábitos entre los diferentes grupos de edad.

	18 a 30	31 a 50	51 a 70	> 70	P
Fruta Desayuno	52,9%	11,7%	24,4%	19,3%	0,005
Fruta 2 ó mas diarias	35,3%	37,2%	58,1%	76,1%	0,005
Carne blanca 3-5 / semana	64,7%	60,5%	43,0%	42,0%	0,270*
Embutido /día	41,2%	23,3%	22,1%	11,4%	0,310*
Agua 6 ó mas	47,1%	44,2%	32,6%	26,1%	0,059
Ejercicio programado	70,6%	46,5%	32,6%	21,6%	0,005
Bailar	35,3%	11,6%	9,3%	3,4%	0,001
Musculación	17,6%	11,6%	4,7%	0,0%	0,003

* no estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

El cuestionario de este estudio es cuantitativo, de frecuencias de consumo de alimentos al día o a la semana, reflejando la ingesta habitual de promedio. Como referencia de dieta saludable se toman las recomendaciones de la Pirámide de Alimentación de la Generalitat de Cataluña [15] (Figura 4).

Los resultados reflejados concuerdan con los resultados de estudios previos en la población general [16] y podemos afirmar que se alejan de las recomendaciones alimentarias.

Entre las limitaciones de la muestra, la más importante es que se estudió a pacientes que acudían a las Consultas Externas del Hospital, siendo más probable encontrar alguna enfermedad crónica que implique el seguimiento de algún tipo de dieta. A pesar de ello, los resultados obtenidos no difieren en gran parte de los hallados en la bibliografía revisada.

Así se observa un desayuno equilibrado con la adecuada ingesta de lácteos, pan o cereales, no siendo así en lo referente a frutas. Ese insuficiente consumo de frutas se manifiesta en el conjunto de la muestra, aunque un 59,1% de encuestados afirma tomar 2 o más frutas al día, el resto se aleja de las recomendaciones de la pirámide [15].

El consumo de hidratos de carbono, carne blanca y pescado resultan adecuados a las recomendaciones. Sin embargo, el consumo de lácteos es claramente insuficiente [17], así como el de legumbres.

Los hábitos en la ingesta de agua se adecuan a las recomendaciones.

El consumo de aceite de oliva para todo uso en un porcentaje del 86% es un dato destacable y acorde con la pirámide. Respecto al consumo de huevos, se observa una ingesta muy inferior a la recomendada, lo que nos permite suponer que el mito de los huevos y el colesterol persiste

en el tiempo [18]. Por el contrario, la carne roja es consumida en exceso [15,19]

Figura 4. Pirámide de la alimentación saludable y de la actividad física de la Generalitat de Catalunya



No se ha podido valorar la respuesta a la pregunta de horas sentado por apreciación equívoca de los encuestados. Según algunos estudios tanto en su trabajo habitual como en el tiempo de ocio, la población española es totalmente sedentaria (45%) (TV, juegos de mesa, ordenadores...)[20].

En la comparación entre sexo y edades a pesar de no haber diferencias sociodemográficas entre sexos, se observa que los hombres consumen con menor frecuencia en el desayuno cereales o derivados que las mujeres (pan, tostadas...), hallazgo coincidente con otros trabajos [21]. Mientras que en el conjunto de ingesta semanal de hidratos de carbono, los varones se adecuan más a las recomendaciones de la pirámide (pasta, arroz, patatas) que las mujeres.

En lo que concierne al consumo de legumbres, los hombres cumplen mejor con la pirámide. Ello puede ser debido, en parte, a la falsa reputación de alto contenido de calorías en las legumbres e hidratos [21,22]. En el consumo de agua son los hombres quienes cumplen de manera significativa mejor con las recomendaciones de la pirámide.

En la actividad física, sólo una quinta parte de los hom-

bres realiza tareas del hogar siendo el resto realizadas por mujeres. Los varones realizan en mayor proporción ejercicio de manera regular.

En la comparativa por edades los más jóvenes acostumbra a tomar fruta en el desayuno pero el consumo diario es insuficiente resultados coincidentes con otros trabajos [14]. En cambio los mayores de setenta años y el grupo de 50-60 cumplen con lo recomendado.

En general el consumo de alimentos proteicos (carne, pescado) es más correcto en las franjas de edad a partir de 50 años. Los más jóvenes superan lo recomendado en cuanto a embutidos y carnes [14].

Del consumo de agua cabe destacar que los mayores de setenta distan mucho de las recomendaciones de la pirámide debido al deterioro de la sensación de sed.

Por último, en la actividad física, hay una disminución progresiva, proporcional al aumento de las diferentes franjas de edad, cuantos más años menor es la actividad o ejercicio programado, a pesar de que hay indicios de mejora [23].

CONCLUSIONES

Comparando los resultados obtenidos en este estudio con la pirámide de la Generalitat del 2012, se observa que en general se hace un desayuno equilibrado exceptuando el consumo de fruta. Los hábitos en cuanto al consumo de hidratos de carbono también se ajustan a lo aconsejado en la pirámide, haciéndolo más correctamente los hombres que las mujeres. Adecuado consumo de carne blanca pescado y aceite de oliva, aunque la gente joven consume más carne blanca que el resto. Es insuficiente el consumo de lácteos, legumbres, agua y fruta, siendo esto último más evidente entre los jóvenes. Hay un exceso de consumo de carne roja en general. Los más jóvenes se exceden también en los embutidos. Se detecta insuficiente práctica de ejercicio físico tanto en las actividades de la vida diaria como en la realización de actividades dirigidas.

Las actividades preventivas saludables se han de desarrollar durante todo el ciclo vital. A pesar de que este tipo de información llega a través de muchos medios de comunicación, las investigadoras, al ser enfermeras, dada la proximidad e interacción que pueden mantener con los pacientes tienen oportunidad para promover desde las consultas de enfermería la adopción de hábitos saludables tanto alimentarios como de ejercicio físico adaptados a las circunstancias personales de cada individuo, desde la propia consulta o creando grupos de trabajo, talleres o facilitando folletos informativos.

Agradecimientos

Pacientes de la Consulta Externa del Hospital Sagrat Cor, Pilar i Llúcia (COIB), Ignacio, Mar, Roger, M. Martín y especialmente a la Dra. Aguas-Compaired por su disponibilidad para ayudarnos siempre que la necesitamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, ejercicio físico i salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
2. Centers for disease control and prevention; National Center for health statistics. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). Washington: CDC, 1991.
3. Seiddell JC. Obesity in Europe: scaling and epidemic. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995;19(supl.13):S1-S4.
4. Commission of the European communities. Promoting healthy and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases. Bruselas: COM, 2005.
5. Foz M. La Declaración de Milán. *Med Clin (Barc)* 1999; 113:494-5.
6. Aranceta J, Foz M, Gil B, et al. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl* 2003;15:196-233.
7. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes* 2007;5:7-48.
8. Estrategia NAOS: invertir la tendencia de obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
9. Pla Integral per a la promoció de la salut, millorant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS). [Internet] Barcelona: Generalitat de Catalunya; Departament de Salut, 2010. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/paas.pdf>
10. Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES). [Internet] Barcelona: Generalitat de Catalunya; Secretaria General de l'Esport, 2007. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.pafes.cat>
11. Epidemiology & Community Health Research. Project EA (Eating Among Teens). [Internet]. Minneapolis MN: University of Minnesota, 2007-2015 [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.sphresearch.umn.edu/epi/project-eat/>
12. Instituto Dexeus. Hábitos de alimentación en el embarazo. [Internet] Barcelona: Instituto Dexeus, 2007. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.dexeus.com>

13. Bach A, Roure E, Serra J. Taller Alimentació saludable i activitat física. Manual per a la gent gran. [Internet]. Barcelona: Obra Social La Caixa, 2007. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: www.LaCaixa.es/ObraSocial
14. Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN). Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE). Madrid: AECOSAN, 2011.
15. Piràmide de l'activitat física. Nova piràmide de l'alimentació saludable. [Internet]. Barcelona: Agència Catalana de salut pública de Catalunya, 2012. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.gencat.cat>
16. Encuesta sobre hábitos saludables de los españoles por CEACCO (Confederación de amas de casa, consumidores y usuarios). [Internet]. Madrid: CEACCO, 2009. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: <http://www.nutrineira.com/2009/08/encuesta-sobre-habitos-saludables-de.html>
17. Fernandez Vergel R, Peñarrubia-Maria MT, Rispau-Falgás A, et al. Seguimos realmente una dieta mediterránea? Aten Primaria 2006;37:148-53.
18. SENC, SEMFYC. Consejos para una alimentación saludable. [Internet] Madrid: SENC, SEMFYC, 2007. [Acceso el 23-octubre-2015]. Disponible en: https://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf
19. Bolaños-Rios P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. Trastorn conducta alimentaria 2009;9:956-72.
20. Durá Travé T, Castroviejo-Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hospitalaria. 2011;26:602-8.
21. Laca S, Suarez R, Fernandez B et al. Hábitos alimentarios en la población adulta de una zona de salud urbana. Gac Sanit 1999;13: Supl C1:9060.
22. Serra Majem LL, Ribas L. Tendències d'obesitat, hàbits alimentaris i de l'activitat física a Catalunya a partir de les enquestes catalanes i de l'anàlisi de les tendències de sobrepès en la infància i l'adolescència a partir de diverses enquestes nacionals. Barcelona: Fundació per a la Investigació Nutricional, 2009. ●

ANNEX 1. ENCUESTA

Sexo:

- ☐ M
☐ F

Edad:

Nivel de estudios:

- ☐ Ninguno
☐ Primarios
☐ Secundarios
☐ Superiores

Ocupación laboral:

- ☐ Sí
☐ No

Nacionalidad:

Creencias: Sus creencias o valores determinan alguna costumbre de comer y/o beber?

- ☐ Sí
☐ No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

¿Tiene algún tipo de patología médica (HTA, Diabetes, Insuficiencia renal, Insuficiencia hepática, Colesterol, Insuficiencia coronaria o cardíaca, Accidente vascular cerebral,...)?

- ☐ No
☐ Sí

Cuál?

¿Tiene antecedentes de alguna patología quirúrgica?

- ☐ No
☐ Sí

Cuál?

¿Padece alguna intolerancia o alergia alimentaria?

- ☐ No
☐ Sí

Cuál?

HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. Señale las comidas que realiza durante el día:

- ☐ Desayuno
☐ Media mañana
☐ Comida
☐ Merienda
☐ Cena

2. ¿Qué desayuna habitualmente?

- ☐ Nada
☐ Fruta
☐ Café con leche
☐ Zumos de fruta
☐ Pastelería
☐ Tostadas con mantequilla y mermelada
☐ Bocadillo
☐ Cereales
☐ Huevos con bacon

3. ¿Cuántas frutas come al día?

- ☐ 2 o más
☐ 1-2
☐ ninguna

4. ¿Cuántas veces al día consume verduras crudas o cocidas?

- ☐ 2 o más
☐ 1
☐ ninguna

5. ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres?

- ☐ 2 o más
☐ 1
☐ ninguna

6. ¿Cuántas veces toma?

- Pan o cereales: veces al día
Patatas: veces a la semana
Pasta: veces a la semana
Arroz: veces a la semana

7. ¿Consume habitualmente alimentos integrales (galletas con fibra, pan integral, etc.)?

- ☐ Sí
☐ No

8. ¿Cuántas veces al día consume lácteos?

- ☐ 2 o más
☐ 1
☐ a veces
☐ ninguna

9. ¿Cuántas veces a la semana come carne blanca? (pollo, conejo, pavo...)

- ☐ 6 o más
☐ 3 a 5
☐ 1-2
☐ ninguna

10. ¿Cuántas veces a la semana come carne roja? (cordero, ternera, cerdo)

- ☐ 4 o más
☐ 2-3
☐ ocasionalmente

11. ¿Cuántas veces a la semana come embutidos?

- ☐ cada día
☐ 4 o más
☐ 2 a 3
☐ ocasionalmente
☐ nunca

12. ¿Cuántas veces a la semana come pescado?

- ☐ 3-4
☐ 1-2
☐ ninguna

13. ¿Cuántos huevos consume a la semana?

- ☐ 4 o más
☐ 3
☐ 2 o menos

14. ¿Habitualmente consume pastelería?

- ☐ no
☐ sí
☐ ¿Cuántas veces al día?

15. ¿Qué tipo de aceite utiliza con más frecuencia para cocinar?

- ☐ oliva
☐ semillas
☐ mantequilla/margarina

16. Habitualmente, ¿qué método utiliza para cocinar los alimentos? (Respuesta múltiple)

- ☐ Hervido/vapor
☐ Plancha
☐ Frito
☐ Microondas
☐ Horno
☐ Guisado

17. ¿Cuánta agua bebe al día?

- ☐ más de 6 vasos
☐ entre 4 i 6 vasos
☐ menos de 4 vasos

18. Durante las comidas, ¿qué bebe? ¿Cuántos vasos?

- ☐ Agua
☐ Cerveza
☐ Vino
☐ Otras
☐ Número de vasos:

HÁBITOS DE EJERCICIO FÍSICO

19. ¿Cuánto tiempo dedica a caminar (para ir a comprar, ir a trabajar, pasear el perro, hacer gestiones de trabajo...)?

- ☐ 1 hora o más
☐ 30-60 minutos
☐ menos de 30 minutos

20. Señale las actividades a las que dedica al menos 30' al día:

- ☐ subir escaleras
☐ hacer el trabajo doméstico
☐ bricolaje, jardinería
☐ bailar
☐ otras
☐ ninguna

21. ¿Hace alguna actividad física como bicicleta, montaña, correr, nadar, tenis, gimnasia o deporte?

- ☐ Sí
☐ No

Si ha contestado que sí, ¿cuántos días a la semana? ¿Cuántos minutos?

22. ¿Hace ejercicios de flexibilidad y equilibrio como yoga o tai-txi?

- ☐ Sí
☐ No

¿Cuántos días a la semana?

23. ¿Hace ejercicios de fuerza y musculación (gimnasia, pesas)?

- ☐ Sí
☐ No

¿Cuántos días a la semana?

24. ¿Cuántas horas está sentado durante el día (en el trabajo, en el coche, en casa, en el autobús, en el metro, en el tren)?

Horas

Comentaris i perspectives

Alimentación Saludable

Núria Roca Rossellini, Montserrat Pons Busom

Unidad de Nutrición. Hospital Universitari Sagrat Cor

La alimentación saludable incluye un conjunto de consejos que permiten lograr un estado nutricional adecuado. La mejor manera de alcanzarlo es incluir en nuestra alimentación diaria una amplia variedad de alimentos.

Es conveniente conocer el tipo y la cantidad de alimentos que necesitamos, respetar las normas básicas de seguridad alimentaria en la cocina y seguir las pautas de la pirámide de la alimentación.

Está comprobado científicamente, que la dieta mediterránea se asocia a una disminución de las enfermedades

cardiovasculares y se caracteriza por el consumo de frutas y verduras, hidratos de carbono complejos, frutos secos, legumbres, pescado, carnes blancas y, especialmente, la utilización del aceite de oliva virgen y un consumo bajo de grasas de origen animal.

Estudios que revisan hábitos de alimentación saludables ayudan a disponer de la información necesaria para seguir en esta línea.

Es importante que existan estas iniciativas por parte del personal sanitario de nuestro centro para mejorar los hábitos de alimentación de la población. ●



Cas clínic

Insuficiencia renal aguda en paciente con dieta hiperproteica

Insuficiència renal aguda en pacient amb dieta hiperproteica

Acute renal insufficiency in a patient with hyperproteic diet

Anna Lázaro Simó, María Rosa Coll Colell

Servicio de Medicina Interna

Palabras clave: Insuficiencia renal; Dieta; Proteínas

Keywords: Renal insufficiency; Diet; Proteins

Recibido: 19-Noviembre -15

Aceptado: 3- Diciembre - 2015

Correo electrónico: anna.lazarosimo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal aguda es un proceso que aparece con frecuencia en la práctica clínica diaria. Muchas veces se produce debido a otros procesos intercurrentes (infecciones, deshidratación, toma de fármacos nefrotóxicos...) que desestabilizan la homeostasis del organismo incluyendo la función renal. Presentamos un caso clínico poco habitual de una paciente que desarrolló una insuficiencia renal aguda grave, con cifras de creatinina muy elevadas, en el contexto de haber seguido una dieta hiperproteica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años que consulta a urgencias en julio de 2015 por epigastralgia intensa, con intolerancia a sólidos y líquidos con vómitos aislados de unos 3 o 4 días de evolución y oliguria. No refiere fiebre, síndrome miccional, tos ni ex-

pectoración, diarreas ni ninguna otra sintomatología acompañante. Como antecedente a destacar, la paciente refiere que hace aproximadamente un mes y medio que terminó el cumplimiento de una dieta hiperproteica con el fin de adelgazar marcadamente en poco tiempo. Desde entonces, ha presentado epigastralgia e hiporexia progresivas, con ingesta insuficiente, hasta llegar a la situación actual.

Entre los antecedentes patológicos a destacar que presenta la paciente, como factores de riesgo cardiovascular, tiene hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con olmesartán e hidroclorotiazida y dislipemia en tratamiento con simvastatina. En 2006 sufrió un infarto agudo de miocardio el cual requirió angioplastia percutánea con colocación de stent no farmacológico. Tiene un síndrome depresivo en tratamiento psiquiátrico con escitalopram, diazepam y trazodona. En el año 2013 se le realizó una polipectomía colónica con informe anatomopatológico de benignidad. En 2014, presentó una tromboflebitis bilateral de las extremidades inferiores que fue tratada con terapia anticoagulante. Además, tiene artrosis cervical y hernias discales lumbares. Sin hábitos tóxicos. Como antecedentes quirúrgicos solamente ha sido intervenida de amigdalectomía en la infancia y exéresis de un tabique vaginal.

A su llegada a urgencias la paciente se encuentra consciente y orientada en las tres esferas. En la exploración física se evidencia tensión arterial de 96/55, frecuencia cardíaca de 68lpm, afebril y una saturación de oxígeno del 97%. Presenta deshidratación cutáneomucosa marcada. La auscultación cardiorrespiratoria es normal. El abdomen resulta doloroso a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca izquierda,

con puño percusión bilateral negativa y sin hernias complicadas ni visceromegalias. En las extremidades inferiores no se evidencian edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Es valorada por Cirugía, que descarta patología aguda abdominal.

Se solicita una analítica sanguínea que muestra una anemia normocítica y normocrómica no conocida con hemoglobina de 10.6g/L, urea de 1.99g/L (0.35-0.5g/L), creatinina 14.94mg/dL (0.5-1.3mg/dL), sodio de 122mmol/L (135-145mmol/L) y potasio de 2.7mmol/L (3.5-5mmol/L). El equilibrio ácido base muestra alcalosis respiratoria con pH de 7.54, pCO₂ de 26mmHg y HCO₃⁻ de 24mEq/L. Se realizan radiografía de tórax y de abdomen donde no hay hallazgos significativos. Dados los resultados analíticos, se inicia sueroterapia y se solicita valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) quienes consideran a la paciente tributaria de ingreso en su servicio.

Se revalora a la paciente una vez ingresada en UCI, y presenta tendencia a la hipotensión con la frecuencia cardíaca mantenida, afebril y eupneica. Persiste oligoanúrica y en el análisis urinario se evidencia cetounuria positiva. A pesar de los hallazgos analíticos con la alteración severa de la función renal, la paciente no presentaba criterios de urgencia dialítica que son: una hipervolemia refractaria, una hiperpotasemia con valores superiores a 6.5mmol/L, una acidosis metabólica con pH inferior a 7.1 o signos de uremia como pericarditis o neuropatía. Se descartó síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, deshidratación severa y también que tuviera signos de infección.

Se orienta el caso como una insuficiencia renal aguda de origen prerrenal versus origen renal o parenquimatoso de base no estudiado. Se decide realizar un TAC torácico que descarta signos de uropatía obstructiva (Figuras 1 y 2)

Durante su estancia en la UCI, se realiza aporte de suero glucosalino con suplementos de potasio para llevar a cabo la reposición hídrica a la vez que electrolítica. Dada la tendencia a la hipotensión a pesar de la reposición de volumen, requirió fármacos vasoactivos para recuperar valores tensionales seguros y poder iniciar la diuresis. Se realizan controles analíticos sucesivos con el fin de monitorizar la evolución de la función renal y la reposición electrolítica (Tabla 1). La paciente presentó una evolución favorable consiguiendo la recuperación del equilibrio ácido base (Ph

7.40, pCO₂ 36mmHg, HCO₃⁻ 22mEq/L), iniciando diuresis a >100cc por hora (controlado mediante sondaje vesical), cese de la clínica y recuperación de la función renal hasta conseguir una creatinina 5 veces inferior a la del ingreso (3.23mg/dL). Se decide, por tanto, alta del servicio de UCI para manejo en planta por Medicina Interna.

Figuras 1 y 2: Imágenes TAC: se visualizan las siluetas renales de estructura normal, sin imágenes litiásicas ni dilataciones pielocaliciales.

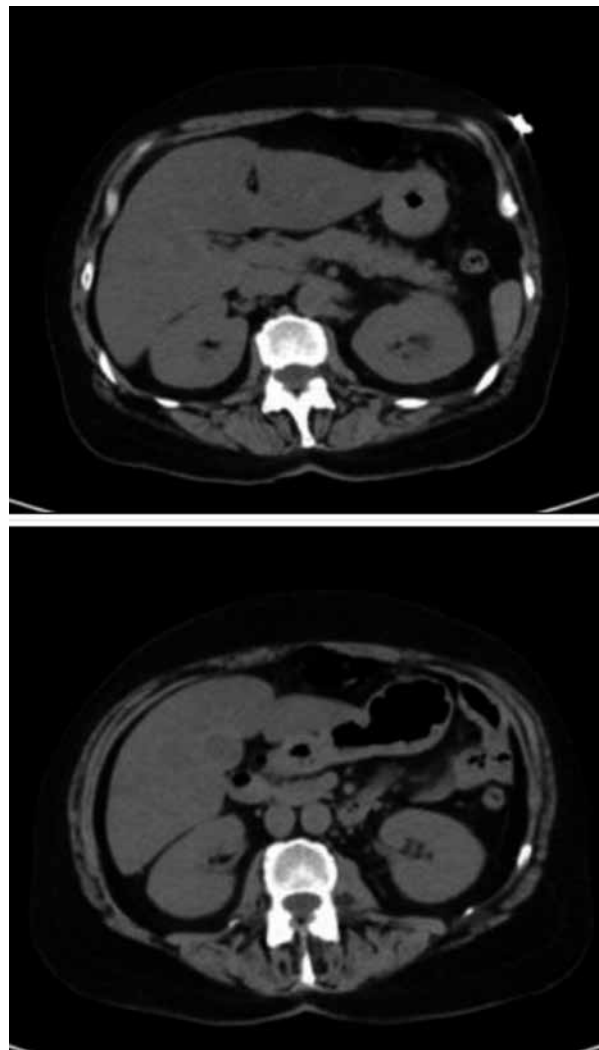


TABLA 1. Evolución de los controles analíticos realizados durante su estancia en UCI.

	06/07/2015	07/07/2015	07/07/2015	08/07/2015
Creatinina (mg/dL)	14.94	14.68		3.23
Urea (g/L)	1.99	1.94	1.84	
Na suero (mmol/L)	122	116	127	132
K suero (mmol/L)	2.7	2.7	2.8	3.5
Ca suero (mg/L)			74	
PO4 suero (mg/dL)			9.4	
Na orina		<10	50	59
K orina		73	21	17

En planta de Medicina Interna la paciente se mantiene estable, sin síntomas clínicos y manteniendo diuresis correcta. Los controles analíticos siguen progresando de forma adecuada hasta la normalización de los parámetros previamente alterados (Tabla 2).

TABLA 2. Evolución de los controles analíticos realizados durante su estancia en planta de medicina interna.

	09/07/2015	10/07/15	13/07/15
Creatinina (mg/dL)	1	0.98	0.85
Na suero (mmol/L)	137	141	139
K suero (mmol/L)	4.9	4.9	3.9
Ca suero (mg/L)	81	88	

Tal como se ha mencionado anteriormente, la paciente había realizado una dieta hiperproteica a raíz de la cual se inicia la clínica descrita. Además, se añadía una desorganización de los horarios de las comidas mantenido en el tiempo. Por tanto, durante su estancia en planta de Medicina Interna, se acuerda valoración por Endocrinología quienes solicitan una analítica que incluye estudio hormonal, que resulta con perfil tiroideo normal, gonadotropinas discretamente elevadas, el resto de perfil hormonal normal, destaca discreta hipertrigliceridemia con el resto de perfil lipídico normal, y coagulación normal. Se realiza educación para seguir una alimentación equilibrada junto con cumplimiento de los horarios de comidas de una forma estructurada. Se continúa con seguimiento ambulatorio en consultas externas de Endocrinología.

Respecto a la anemia evidenciada en la analítica del ingreso la cual era de origen no conocido, se realiza un estudio analítico de posibles causas de anemia, donde se objetiva un perfil férrico y niveles de cobalamina y folatos normales. Se solicita estudio endoscópico con gastroscopia donde se evidencian erosiones antrales aisladas de las que se tomó biopsia y resultó sin lesiones malignas ni presencia de *Helicobacter pylori*. En la colonoscopia realizada hasta ciego, no se observaron lesiones. Se decide alta a domicilio para controles posteriores en consultas externas.

DISCUSIÓN

Una dieta equilibrada se considera aquella en la cual la proporción de los distintos nutrientes es la siguiente: 55% de hidratos de carbono, 30% lípidos y 15% de proteínas [1]. En España, las proporciones reales son un poco distintas: 40% de hidratos de carbono, 40% de grasas y 20% de proteínas[2]. Cuando se habla de una dieta hiperproteica, es aquella donde la proporción de proteínas se eleva a un 25-30% y el resto de los componentes de la dieta se reparten entre hidratos de carbono y lípidos.

Una dieta hiperproteica puede provocar consecuencias metabólicas, óseas y renales. En cuanto a las metabólicas, puede alterar el perfil lipídico y provocar cetogénesis (uti-

lizando los ácidos grasos como fuente de energía) que causará acidosis metabólica. La urea es el principal producto de desecho del metabolismo proteico. Por tanto, siguiendo una dieta hiperproteica, aumenta la urea en plasma y su necesidad para excretarla por el riñón que provoca una hiperfiltración glomerular adaptativa por sobrecarga de la nefrona. Ésta, a su vez, puede desencadenar una glomeruloesclerosis que comportará la pérdida de nefronas funcionantes. A nivel óseo, el aumento de amonio provoca la liberación de sulfatos, lo que promueve la movilización de reservas de citratos y calcio los cuales actúan como tampón y ello disminuye la densidad mineral ósea y aumenta la calciuria facilitando las litiasis renales.[3]

TABLA 3. Causas de IRA clasificadas según el origen prerrenal, renal o postrenal.[6-9]

	CAUSAS
PRERRENAL	• HIPOVOLEMIA: hemorragias (gastrointestinales, quirúrgicas, postparto); digestivas (vómitos, diarreas); pérdidas renales (diuréticos, cetoacidosis diabética, diabetes insípida, insuficiencia suprarrenal); secuestro de líquidos en el espacio extravascular (pancreatitis, peritonitis, quemaduras, hipoalbuminemia). • DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO: Insuficiencia cardíaca aguda, embolismo pulmonar masivo, hipertensión pulmonar. • VASODILATACIÓN PERIFÉRICA: sepsis, anafilaxia, antihipertensivos. • VASOCONSTRICCIÓN RENAL: hipercalcemia, norepinefrina, ciclosporina, anfotericinaB, síndrome hepatorenal. • ALTERACIÓN DE LAS RESPUESTAS AUTORREGULATORIAS RENALES: IECAS, AINES.
RENAL O PARENQUIMATOSA	• NECROSIS TUBULAR AGUDA: por mecanismo tóxico o isquémico. • LESIÓN GLOMERULAR: glomerulonefritis agudas y rápidamente progresivas, hipertensión maligna, vasculitis, síndrome hemolítico-urémico, púrpura trombocitopénica trombótica, toxemia del embarazo, esclerodermia. • LESIÓN TUBULOINTERSTICIAL: por fármacos (antibióticos, AINES, diuréticos), infecciones (legionella, leptospira, CMV, candidas). • LESIÓN DE GRANDES VASOS: OBSTRUCCIÓN DE ARTERIAS RENALES (Placa aterosclerótica, trombosis, embolia), obstrucción de venas renales (trombosis, compresión).
POSTRENAL	• Lesiones extrarrenales uréteres-pelvis (litiasis, tumores, fibrosis...), vejiga (litiasis, coágulos, tumores, prostatismo, vejiga neurógena), uretra (estenosis, fimosis). • Lesiones intrarrenales (depósito de cristales, coágulos, cilindros).

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un deterioro brusco y sostenido de la filtración glomerular que inicialmente se manifiesta por incapacidad de excretar productos nitrogenados y tendencia a la oliguria. Mantiene una elevada mortalidad -50% de media- constituyendo un problema médico vigente y a la vez un desafío. La inci-

dencia de IRA en un hospital de adultos con servicios de medicina, cirugía y ginecología oscila entre 2 y 5% y se eleva a un rango entre 6 y 23% en unidades de cuidados intensivos [4]. La IRA puede presentarse en forma aislada o asociada a complicaciones en otros órganos. De este modo, se puede clasificar en IRA de origen prerrenal, de origen renal o parenquimatoso, y de origen postrenal. Sus principales causas se relacionan con la alteración del flujo sanguíneo renal, sea por depleción de volumen, baja perfusión renal, afectación intrarrenal u obstrucción del árbol urinario[5] (Tabla 3).

El proceso de diagnóstico inicial se basa en la anamnesis y la exploración física. Hay que tener en cuenta la edad del paciente, el tratamiento que sigue habitualmente, si tiene factores predisponentes, antecedentes quirúrgicos, que haya tenido eventos que impliquen pérdida de volumen, etc. Un elemento común suele ser la oliguria aunque no siempre está presente. En la exploración física se intentarán buscar signos que indiquen una posible causa de la IRA[10].

En cuanto a las pruebas complementarias, en primer lugar se realiza una analítica de sangre donde se objetivarán niveles de creatinina elevados, así como elevación de urea y productos nitrogenados, y también se debe prestar atención a los iones en sangre. Asimismo, se deben determinar los iones en orina y la osmolaridad urinaria para poder llevar a cabo una orientación de la posible causa de esa insuficiencia renal aguda [10]. En la siguiente tabla se muestran los diferentes parámetros a tener en cuenta para poder definir el tipo de IRA en el que nos encontramos (Tabla 4).

TABLA 4. Parámetros analíticos propios de cada etiología de IRA. Destacados en negrita los valores que ha presentado la paciente de nuestro caso.

	PRERRENAL	RENAL	POSTRENAL
Na orina (mEq/L)	<20	>40	>40
FENa	<1	>2	>2
IFR	<1	>2	>2
Osmolaridad urinaria	>500	<300	<400
Cr orina/ Cr plasma	>40	<20	<20
Urea/ Cr plasma	>20	<10-20	<10-20

La paciente del caso presentado inicialmente presentaba parámetros analíticos compatibles con insuficiencia renal de origen prerrenal. La respuesta a la reposición hídrica (principal tratamiento en caso de IRA prerrenal) fue considerable. Al cabo de 2-3 días, en los controles analíticos, se evidenciaban parámetros propios de IRA de origen renal o parenquimatoso que orientaban a una posible necrosis tubular aguda por baja perfusión renal de forma mantenida en el tiempo que hubiera causado isquemia. Sin embargo, la resolución de éstos fue muy rápida. No es habitual en casos de necrosis tubular aguda de mecanismo isquémico una recuperación tan brusca, ya que hay daño renal que tarda semanas en recuperarse por completo.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía metabólica. [Internet] Barcelona: Sant Joan de Déu, 2015. [Consulta 2 Noviembre 2015]. Disponible en: <http://guiametabolica.org/nutrientes-alimentación-equilibrada>
2. Guía de alimentación y salud de la UNED. [Internet]. Madrid: UNED, Facultad de Ciencias, Nutrición y Dietética, 2015. [Consulta 2 noviembre 2015]. Disponible en: http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/guia_nutricion/la_dieta_equilibrada.htm
3. Aparicio VA, Nebot E, Heredia JM, Aranda P. Efectos metabólicos, renales y óseos de las dietas hiperproteicas. Papel regulador del ejercicio. Rev Andal Med Deporte 2010;3:153-8
4. Downey P. Insuficiencia renal aguda. [Internet] Apuntes de Medicina Intensiva. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, 2001. [Consulta 3 Agosto 2015]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/MedicinaIntensiva/InsufRenal.html>
5. Hernán Mejía C. Insuficiencia renal aguda. Colomb Méd. 2001;32:83-5.
6. Moreno Sánchez A, Arrabal Sánchez R. [Internet]. Insuficiencia renal aguda. Manual de urgencias y emergencias. Málaga: Medynet, 2015?. [Consulta 10 Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.medineta.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/ira.pdf>
7. Química.es [Internet]. Berlin: CHEMIE.DE Information Service GmbH, 2015. [Consulta 14 Septiembre 2015]. Disponible en: http://www.quimica.es/enciclopedia/Insuficiencia_renal_aguda.html
8. Schrier RW, Wang W, Polle B, Mitra A. Acute renal failure: definitions, diagnosis, pathogenesis, and therapy. J Clin Invest 2004;114:5-14.
9. Lameire N, Van Biesen W, Vanholder R. Acute renal failure. Lancet 2005;365:417-30.
10. Baraona Reyes F, Downey P. Insuficiencia renal aguda. [Internet] Temas de Medicina Interna. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile, 2001. [Consulta 3 Agosto 2015] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/temasmedicinainterna/ira.html> ●

Dietas hiperproteicas: el fraude de una dieta milagro

Nuria Roca Rossellini, Montserrat Pons, Cristina Barnadas Solé, Laura Alsina Estallo

Servicio de Cirugía General – Unidad de Nutrición

En la actualidad, en la mayoría de países industrializados se supera con un amplio margen el consumo diario recomendado de proteínas (0,8 g/kg/día). La alimentación moderna está constituida por un alto aporte de alimentos de origen animal (ricos en proteínas y de pH ácido) y un bajo aporte de fruta y verdura (alimentos ricos en vitaminas y minerales y de pH básico).

Una dieta hiperproteica se caracteriza por superar las recomendaciones establecidas para los requerimientos diarios de proteínas.

Según la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) las necesidades diarias de proteínas deben ser del 15 al 25% del valor calórico total.

Periódicamente aparecen en el mercado nuevas dietas para “perder peso”, difundidas a través de programas de televisión, revistas de moda y alimentación, etc., que tienen en común el anuncio de una rápida pérdida de peso sin apenas esfuerzo para quienes las realizan.

Estas “dietas milagro” son fruto, en muchos casos, de la búsqueda de beneficios económicos, más que de la promoción de una alimentación sana y equilibrada.

Las dietas hiperproteicas se podrían catalogar dentro del grupo de las “dietas milagro que modifican el aporte de uno de los principios inmediatos”: las proteínas.

Son dietas en las que se aumenta el consumo de alimentos ricos en proteínas y se reduce el aporte de grasas e hidratos de carbono con el objetivo de que el balance calórico sea lo suficientemente negativo para producir una pérdida de peso rápida. No obstante, esta pérdida de peso no implica que se elimine grasa, sino que se produce por deshidratación a expensas del tejido muscular, muy rico en agua. Así mismo, estas dietas proteinadas también se apoyan en el mayor efecto saciante de las proteínas en sí y en la producción de cuerpos cetónicos.

La disminución del pH sanguíneo debido al alto consumo de proteínas y a la generación de cuerpos cetónicos puede tener consecuencias metabólicas, como la alteración del metabolismo óseo y de la función renal.

Las dietas hiperproteicas planteadas para adelgazar provocan acidosis metabólica y también pueden originar ca-

rencias importantes de vitaminas y minerales. Además, no consiguen modificar los malos hábitos en la ingesta (que son los que provocan la obesidad, en la mayoría de los casos) porque no ayudan a una educación alimentaria saludable, sino que, la mayoría de las veces, inducen a la aparición de trastornos del comportamiento alimentario.

También debemos comentar, que se produce una rápida recuperación del peso perdido, en cuanto se vuelve a la ingesta habitual (efecto yo-yo).

Estas dietas se prescriben de diversas formas: unas se indican a través del consumo de preparados comerciales que sustituyen o suplementan en proteínas las ingestas habituales durante un cierto período de tiempo; otras tienen nombre propio, como la que ha tenido gran divulgación en estos últimos años en Francia y cuyo libro se ha convertido en líder de ventas: es la dieta Dunkan. En ella se plantean varias fases y el aporte de proteínas se va modificando según la evolución de la pérdida de peso.

El 75% de sus seguidores recupera el peso perdido al cabo de dos años. El fracaso en el mantenimiento del peso perdido, produce un sentimiento de culpa en el 60% de las personas que la han seguido.

La obesidad y las enfermedades que se asocian a ella se han convertido en uno de los problemas sanitarios más importantes en este siglo, por lo que periódicamente aparecen nuevas dietas, que tienen en común el anuncio de una rápida pérdida de peso sin esfuerzo.

Es importante tener en cuenta que las dietas milagro no son la solución a la obesidad y que se deberá huir de dietas que prometen un éxito rápido, que promuevan advertencias alarmistas de peligro sobre un determinado producto o alimento, con recomendaciones basadas en un único estudio, con declaraciones que suenan demasiado buenas como para ser ciertas, con listas de alimentos buenos y malos y recomendaciones encaminadas a la venta de un producto.

Para tratar la obesidad se deben individualizar los consejos dietéticos y las dietas que se deben seguir han de ser equilibradas y variadas. ●

Consideraciones sobre dietas hiperproteicas y proteinadas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad

Rosa Morinigo Maldonado

Servicio de Endocrinología

El tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad se basa en estrategias multidisciplinarias, acorde con su causalidad multifactorial.

La dieta representa un eslabón importante en dicho tratamiento. Desde hace unas décadas las dietas hiperproteicas, y las denominadas dietas proteinadas, se han popularizado como propuesta para la pérdida de peso en la población adulta.

Existen variaciones de estas modalidades de dietas, aunque en general, una dieta hiperproteica, es aquella en la cual se exceden las recomendaciones establecidas para los requerimientos diarios de proteínas. Por otro lado, la dieta proteinada, designación adoptada por las casas comerciales que la promueven, se refiere a la sustitución de una o más comidas del día, en forma de preparados nutricionales de composición conocida y constante, con el aporte de proteínas de alto valor biológico.

Algunos planes de alimentación basados en ambas dietas, comportan frecuentemente etapas de marcada restricción calórica, de rápida pérdida de peso y de fase cetogénica. No obstante, la insuficiencia de estudios sólidos, principalmente a largo plazo, llevan a una permanente reflexión acerca del impacto de estas dietas sobre la salud de la población tributaria de reducción ponderal.

En cuanto a la *restricción calórica*, las dietas de *muy* bajo contenido calórico conllevan un mayor riesgo de efectos adversos que las dietas de bajo contenido calórico. Así, se han asociado a muerte súbita, arritmia cardíaca, cálculos biliares, hepatopatías. En lo que respecta a la eficacia, a largo plazo, las dietas muy bajas en calorías no originan una mayor pérdida ponderal que las dietas de bajo contenido calórico. No obstante, en algunas situaciones especiales, como en la preparación para la cirugía bariátrica, una pérdida rápida de peso con muy bajas calorías, en pacientes con obesidad mórbida y con esteatosis hepática, redundaría en la disminución del riesgo quirúrgico.

Las dietas hiperproteicas y las proteinadas, han sido asociadas a la recuperación del peso perdido o efecto rebote, probablemente, en relación con los cambios importantes en los patrones de alimentación. Además, en mayor o menor grado, son susceptibles a un espectro de riesgos, como alteraciones renales que pueden llevar al fallo renal, litiasis renal, hiperuricemia, trastornos gastrointestinales, fractura ósea, astenia, Síndrome Depresivo, ganancia de peso a largo plazo, trastornos del comportamiento alimentario.

En lo que refiere al rol de las proteínas en la pérdida de peso, estudios relevantes sostienen que cuando se controla la ingesta calórica, la proporción de macronutrientes de la



dieta no está en relación con la pérdida de peso. En la misma línea, el consenso de la FESNAD-SEEDO postuló que en el *tratamiento* de la obesidad no se recomienda inducir cambios en la proporción de proteínas de la dieta.

Finalmente, la dieta, factor clave en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, más allá de la eficacia, deberá ser saludable, segura, implicando cambios en los hábitos alimentarios y en el estilo de vida que puedan ser mantenidos en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Ginebra: WHO; 2007.
2. Gargallo M, Basulto J, Breton I, et al. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Rev Esp Obes. 2011;9 (Suppl 1):1-78.
3. Bujnowski D, Xun P, Daviglus ML, et al. Longitudinal association between animal and vegetable protein intake and obesity among men in the United States: the Chicago Western Electric Study. J Am Diet Assoc. 2011;111:1150-5.e1.
4. Kahn HS, Tatham LM, Rodriguez C, et al. Stable behaviors associated with adults' 10-year change in body mass index and likelihood of gain at the waist. Am J Public Health 1997;87:747-54.
5. Rosell M, Appleby P, Spencer E, et al. Weight gain over 5 years in 21,966 meat-eating, fish-eating, vegetarian, and vegan men and women in EPIC-Oxford. Int J Obes (Lond) 2006;30:1389-96.
6. Wagemakers JJMF, Prynne CJ, Stephen AM, et al. Consumption of red or processed meat does not predict risk factors for coronary heart disease; results from a cohort of British adults in 1989 and 1999. Eur J Clin Nutr 2009;63:303-14.
7. Vergnaud AC, Norat T, Romaguera D, et al. Meat consumption and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA study. Am J Clin Nutr 2010;92:398-407.
8. ANSES. Working Group Expert Committee on "Human Nutrition". Evaluation of the risks related to dietary weight loss practices. [Internet] [consultado 1/09/2011]. Disponible en: <http://www.afssa.fr/Documents/NUT2009sa0099EN.pdf>. ●

AGENDA

MASTER DE PSICOLOGIA SANITARIA UNIVERSITAT ABAT OLIBA (UAO)

Dies 15, 17, 22, 24 i 29 de febrer

Horari. 15 a 20 horas.

Organitza: Servei de Psiquiatria. HUSC. Coordinació Master Psicologia Sanitaria (UAO).

CURS-TALLER DE VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA

17 de març

Organitza: Servei de Pneumologia

CURS DE COACHING

Dies: 18, 25 de febrer; 3,10,17 de Març

Organitza: SATSE

Cas clínic

Salmonel·losi no tífica

Salmonellosis no tífica

Salmonellosis nontyphoideal

Sònia Fornés March, Maria Sanjaume Feixas

Servei de Medicina Interna

Paraules clau: Infeccions per salmonel·la; bacterèmia; gastroenteritis.

Keywords: Salmonella infections; bacteremia; gastroenteritis.

Rebut: 31-octubre-2015

Acceptat: 3- Desembre-2015

Correspondència: ainos_fornes@hotmail.com

Els autors expressen no tenir conflictes d'interès

INTRODUCCIÓ

La Salmonel·losi no tífica és una toxicoinfecció alimentària que pot cursar amb gravetat, sobretot en les edats extremes de la vida. La Salmonel·la és un bacil gram negatiu, capsulat, mòbil i lactosa negatiu. Presenta tres antígens de superfície: lipopolisacàrid O, flagel H i factor de virulència H. És un enterobacteri patògen de creixement intracel·lular. Consta de més de 2.300 serotips diferents, dividits en dues espècies: *Salmonella* Bongori i *Salmonella* Enterica [1,2]. La segona és la més predominant i dintre dels paràsits exclusius de l'home apareixen *S. Typhi* i *S. Paratyphi*. Causen les febres tifoparàtiques. Entre els paràsits d'home i animals: *S. Typhimurium* i *S. Enteritidis*. Causen les salmonel·losis no tífiques.

Presentem un cas de gastroenteritis amb bacterièmia i severa patologia acompanyant que va requerir el trasllat a la Unitat de Cures Intensives. Es revisa el tractament de la salmonel·losi en aquestes circumstàncies.

CAS CLÍNIC

Home de 86 anys que ingressa el setembre de 2015 a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor per desorientació, i pèrdua funcional de quatre dies d'evolució. Nou dies abans d'ingressar a Urgències va tenir un quadre diarreic sense productes patològics ni cap altra simptomatologia pel qual va consultar al seu metge de família que li va recomanar hidratació.

Com a antecedents personals destaca que és independent per a les activitats bàsiques de la vida diària, sent també cognitivament preservat. Viu amb la seva dona. Tenen una cuidadora durant el dia. Camina una estona durant el matí. Hàbit miccional i digestiu normal. Exfumador de pipa. No hàbit enòlic. Actualment jubilat, és oftalmòleg. Com a antecedents patològics: no presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes, però sí hipertensió arterial diagnosticada l'any 2010, en tractament farmacològic; Malaltia de Parkinson diagnosticada l'any 2013, en tractament farmacològic i controls a l'Hospital Clínic; Fibril·lació auricular, coneguda des del 2011 aproximadament, en tractament antiagregant; discopatia lumbar, diagnosticada l'any 2012, en tractament analgèsic; Apendicectomia al 1951 i Colecistectomia per colelitiasi al 2004. El seu tractament habitual consta de Hidroclorotiazida 50 mg ½-0-0, Carbidopa 25 mg + Levodopa 100 mg 2-2-2, AAS 100 mg ½-0-0, Omeprazol 20 mg 1-0-0, Dexketoprofeno 25 mg 1-1-1.

A l'ingrés es troba normotens, afebril, amb freqüències cardíaca i respiratòria normals. Es troba conscient, orientat només en persona i amb mucoses deshidratades. A l'exploració física destaca gran distensió abdominal, abdomen lleument dolorós a la palpació profunda amb

timpanisme, sense peristaltisme i sense signes de peritonisme.

En l'anàlisi de sang a Urgències presenta: hemoglobina 14,4 g/dL, VCM 89fL, plaquetes 296.000/uL, leucòcits 16.190/uL (limfòcits 4 %, neutròfils 90 %), glucosa 0,85 g/L, creatinina 12,25mg/dL, sodi 126 mEq/L, K 3,6 mEq/L, AST 18 U/L, bilirrubina total 0,83mg/L, LDH 477U/L, amilasa 83U/L, PCR 279 mg/L. El sediment d'orina no està alterat. La radiografia de tòrax és normal. Es realitza una radiografia d'abdomen (figura 1) en la que destaca distensió del marc colònic sense obstrucció franca.

A Urgències amb el diagnòstic de gastroenteritis bacteriana, es pauta empíricament piperacilina-tazobactam i sèrums. Ingressa al servei de Medicina Interna i es realitza una tomografia abdominal que confirma la distensió de còlon sense lesions focals i èctasi de nanses abdominals. La insuficiència renal es considera de predomini prerrenal per la deshidratació secundària a les diarrees influïda pel tractament de llarga evolució amb antiinflamatoris no esteroides. L'encefalopatia urèmica secundària a la insuficiència renal explica la davallada funcional i la desorientació i síndrome diarreica a estudi. Donat el mal estat del pacient es decideix ingressar a la Unitat de Cures Intensives (UCI).

A la UCI es continua amb la hidratació fins a revertir la hipovolèmia i es canvia l'antibioticoteràpia a ceftriaxona i metronidazol. Es cursen hemocultius, coprocultius i toxina de *Clostridium difficile*. El servei de Cirurgia General descarta patologia abdominal aguda i es col·loca sonda rectal cada 12 hores, domperidona i dieta absoluta. Una nova tomografia abdominal no mostra diferències respecte a la prèvia. Durant l'estada a UCI, es recupera clínicament i analíticament. La creatinina millora d'11,39 a 2,63 mg/dL en 6 dies i posteriorment 1,56 mg/dL. El coprocultiu i la toxina de *Clostridium* resulten negatius però en els dos hemocultius creix una *Salmonella enteritidis*, sensible a ceftriaxona, ciprofloxacina i àcid nalidíxic, entre d'altres.

Es retira el metronidazol i s'inicia dieta progressiva que el pacient tolera molt bé i s'afegeixen suplementes de potassi perquè presentava cert grau d'hipopotassèmia i és possible tornar a l'àrea d'hospitalització convencional.

En relació a l'enteritis per *Salmonella enteritidis* les deposicions verdoses, passen a ser progressivament més sòlides. Tolerava la dieta progressivament més consistent i pren ceftriaxona durant 14 dies fins a completar el tractament antibiòtic, ja que no presenta factors de risc de metastasis sèptiques.

Es considera la presència de síndrome d'Ogilvie o pseudo-obstrucció colònica aguda, trastorn funcional del trànsit intestinal normal del còlon, sense causa mecànica aparent. Majoritàriament causat per la seva malaltia de Parkinson i agreujat per la hipopotassèmia durant l'ingrés.

Durant l'ingrés a Medicina Interna, evoluciona favorablement, deambula. Es destaquen lleus edemes a extremitats inferiors que es tracten amb suplementes orals hiperproteics. Les deposicions es normalitzen i tornen valors normals de creatinina, potassi i albúmina, així com de paràmetres inflamatoris i reactants de fase aguda, pel que es decideix alta a domicili.

DISCUSSIÓ

El reservori de les salmonel·losis no tífiques és animal, sobretot aus de corral. És una toxicoinfecció alimentària[1,2]: la transmissió es produeix mitjançant els aliments en mal estat com l'ou, la maionesa, cremes pastisseries, productes làctics i l'amanida. Predomina a l'estiu, ja que els aliments es fan malbé més ràpidament i en els nens és una infecció més simptomàtica. A diferència de les febres tifoparàtífiques, no existeix l'estat de portador crònic. No obstant això, si es produeix l'estat de portador convalescent, durant el qual s'eliminen bacils per les femtes.

El quadre clínic més important és la gastroenteritis[1,2]: causant febre, diarrees verdoses i dolor abdominal, després d'una incubació de 6-72 hores. Sol cursar en brots i afectar simultàniament a diverses persones. Cedeix espontàniament en 3-5 dies. La gastroenteritis serà més o menys greu depenent de la quantitat d'aliment en mal estat ingerida, del sistema immune de la persona i la virulència del patògen.

Els factors de risc[3] per a desenvolupar una gastroenteritis són edats extremes de la vida, immunosupressió (VIH, trasplantament, corticoides), alteracions de la funció dels fagòcits (hemoglobinopaties, malaltia granulomatosa crònica, bartonel·losi, malària, histoplasmosi disseminada, esquistosomiasi), l'ús d'antiàcids i aclorhídria, antibiòtics, cirurgia intestinal, neoplàsies del tracte gastrointestinal i malaltia inflamatori crònica intestinal.

La *Salmonella* entra a l'organisme mitjançant aliments contaminats i arriba a l'estómac on té una alta tolerància al pH àcid, similar a la resta d'enterobacteris. Un cop a l'intestí ha de competir amb la flora normal. Estudis amb animals han demostrat que la flora endògena protegeix l'organisme mitjançant la competició pels nutrients, mantenint el pH luminal àcid i produint components inhibitoris com àcids grassos volàtils [4]. És molt important l'ús adequat dels antibiòtics, ja que provoquen translocació intestinal i afavoreixen les gastroenteritis per *Salmonella*.

Estudis demostren que la teràpia antibiòtica profilàctica en viatgers augmenta la freqüència de salmonel·losi en viatgers. En un altre estudi el 30% dels pacients que van patir gastroenteritis per *S. Typhimurium* havien pres antibiòtics el mes abans[4].

Quan el bacteri ja ha arribat a l'intestí s'adhereix a les cèl·lules intestinals. L'adherència està mitjançada per molts gens[4]. Les fimbries són les principals responsables d'adherir-se i adaptar-se a la superfície de les cèl·lules. També hi intervenen els biofilms i l'operó d'invasió. Seguidament es produeix el procés d'invasió. El bacteri ataca específicament les cèl·lules M de les plaques de Peyer del còlon, deixant entrar el bacteri ràpidament; indueix els enteròcits a què les internalitzin mitjançant l'endocitosi i també té efecte sobre les cèl·lules dendrítiques i el teixit limfoid de la mucosa de l'intestí (MALT). Finalment, després de la invasió de les cèl·lules, la *Salmonella* es queda dins d'un fagosoma modificat anomenat vacúol contenidor de *Salmonella* [4], on sobreviu i es replica.

La *Salmonella* també pot ser responsable de produir bacterièmia. Aquesta se sol produir posterior a un quadre

entèric. També pot causar infeccions localitzades [2] com aneurismes micòtics, pot infectar aneurismes de predomini inferior a les artèries renals; meningitis, sobretot en nens i lactants; infeccions urinàries: Sol estar associada a urolitiasis, tuberculosi genitourinària i infecció per *S. Haematobium*; sepsi: de predomini en persones VIH, en les quals si es produeixen sepsis recurrents per *Salmonella*, és un criteri de SIDA; també abscessos, artritis, osteomielitis i colecistitis.

La infecció per *Salmonella* es diagnostica demostrant el bacteri en un cultiu[1]: siguin hemocultius o coprocultius. En el cas de *S. Typhimurium* es pot conèixer la sensibilitat aproximada del bacteri abans de tenir l'antibiograma mitjançant la determinació ràpida de betalactamases d'espectre extens.

El més important en les gastroenteritis per *Salmonella* és la rehidratació[5], tant a base de líquids via oral com de sèrums intravenosos si el pacient està hospitalitzat. Cal també, un bon control de l'equilibri hidroelectrolític. Els antibiòtics s'han de donar només en circumstàncies especials[5]. El principal inconvenient de l'antibioticoteràpia és que perllonguen l'estat de portador convallescent unes 4-5 setmanes, de manera que hem de seleccionar quan pautar-los.

Està indicat administrar antibiòtic si la malaltia és greu o hi ha factors de risc de complicacions (taula 1). En el cas de gastroenteritis es recomana una fluoroquinolona via oral de 3 a 7 dies. La més utilitzada és el ciprofloxacino, que està especialment indicada en els factors de risc abans descrits. També es pot administrar 1 gram d'azitromicina en dosi única. En el cas de bacterièmia o infeccions localitzades, es pot utilitzar una cefalosporina de tercera generació, aztreonam o ciprofloxacino. Si hi ha bacterièmia i immunosupressió o risc de metastasis sèptiques, com són aneurismes o hemòlisi, la durada de l'antibiòtic serà d'un mes. En canvi, si hi ha bacterièmia i endocarditis, el tractament s'haurà de perllongar 6 setmanes.

Taula 1. Factors de risc de complicacions

Factors de risc de complicacions
Menors de 3 mesos
Edat avançada
Pròtesis
Anèmia crònica
Malaltia cardiovascular
Immunosupressió
SIDA
Linfoma
Trasplantament

BIBLIOGRAFIA

1. Villacampa T. Manual de Enfermedades Infecciosas MIR Asturias. Oviedo: Mir Asturias; 2012.
2. Rozman C, Cardellach F. Medicina Interna. Volum 2. 17a edició. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Blaser MJ, Smith PD, Ravdin JI, et al. Infections of the gastrointestinal tract. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1995.
4. Kotton CN, Hohmann EL. Pathogenesis of salmonella gastroenteritis. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [acceso 30 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
5. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2014. 24a edició. Barcelona: Editorial Antares; 2014. ●

Figura 1. Radiografia d'abdomen



Tratamiento broncodilatador con inhaladores

Tractament broncodilatador amb inhaladors

Bronchodilator therapy with inhalers

María Elia Sastre Barbadillo^a, Jordi Delás Amat^b, Erik Odreman Pascual

^aGestora de casos de Neumología, ^bServicio de Medicina Interna

Palabras clave: Broncodilatadores; asma; enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Keywords: bronchodilator agents; asthma; chronic obstructive pulmonary disease.

Recibido: 10-Septiembre -2015

Aceptado: 1- Octubre - 2015

Correo electrónico: msastre@hscor.com

La farmacología respiratoria de las vías aéreas clásicamente se basa en la estimulación del sistema simpático o adrenérgico a través de los receptores beta-2 selectivos del aparato respiratorio, el bloqueo del sistema parasimpático o colinérgico y los variados efectos de los corticoides.

El tratamiento broncodilatador típicamente se ha basado por tanto en esquemas del tipo de salbutamol o terbutalina, fenoterol, terbasmina), bromuro de ipatropio y beclometasona.

Posteriormente se ha intentado conseguir medicamentos de acción más larga, más potentes y la combinación entre grupos: agonistas beta-2 y anticolinérgicos (1+2), agonistas beta 2 y corticoides (1 +3), si bien no existen combinaciones entre anticolinérgicos y corticoides. (Tabla 1)

Todo ello, en conjunto, ha dado una constelación de fármacos difícil de manejar. A continuación se presenta una tabla de los productos actualmente existentes, que facilita reconocerlos por sus nombres farmacológicos o comerciales.

	De vida media corta:	De vida media larga:
1. Estimulantes de los receptores beta-2	SABA (short-acting β-agonist): agonistas beta-2 de acción corta Salbutamol, Terbutalina,	LABA (long-acting β-agonists): agonistas beta-2 de acción larga a) Inicio rápido: Formoterol Indacaterol Vilanterol (no autorizado en monoterapia) b) Inicio lento Olodaterol H
2. Bloqueantes parasimpático o anticolinérgicos	SAMA (short-acting muscarinic antagonist): anticolinérgicos de acción corta Bromuro de ipatropio	LAMA (long-acting muscarinic antagonist): anticolinérgicos de acción larga a) Inicio lento Bromuro de tiotropio b) Inicio rápido Bromuro de aclidinio Glicopirronio Umeclidinio (no autorizado en monoterapia)
3. Corticoides	Beclometadona	Budesonida Fluticasona Ciclesonida

Su manejo puede consultarse en diferentes guías, como por ejemplo:

- Asma.- Guía Española para el Manejo del Asma 2015. [Disponible en:] <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/Guia%20GEMA%204.0-2015.pdf>
- https://sites.google.com/a/separ.es/separ/areas/asma/documentos_asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.- Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. [Disponible en:] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_Espanola_EPOC_gesEPOC_Actualizacion_2014.pdf

SABA (Agonista B2 de acción corta) LABA (Agonista B2 de acción corta) SAMA (Anticolinérgico de acción corta) LABA (Anticolinérgico de acción larga)



Terapia inhalada

BRONCODILATADORES

LABA	LABA	SAMA	LABA	LABA	LABA	LABA	LABA+LABA	LABA+LABA	SABA	SABA	LABA
Formoterol A. Prolongada I. Rápido 5-10'	Indacaterol A. Prolongada I. Rápido 5'	Br. Ipratropio A. Corta I. Lento 15'	Br. Tiotropio A. Prolongada I. Lento	Br. Acilidinio A. Prolongada I. Rápido	Glicopirronio A. Prolongada I. Rápido	Glicopirronio Indacaterol I. Rápido	LABA+LABA Acilidinio + Formoterol A. Prolongada I. Rápido	LABA+LABA Umeclidinio + Vilanterol A. Prolongada I. Lento	Salbutamol A. Corta I. Rápido	Terbutalina A. Corta I. Rápido	Olodaterol H. A. Prolongada I. Lento
Foradil Neo ICP12mcg	Onbrez Breezhaler 150-300mcg	Atrovent ICP 20mcg	Spiriva HandiHaler 18mcg	Bretaris Genuair 375 mcg	Seebri Breezhaler 44 mcg	Ultibro Breezhaler 85 / 43 mcg	Duaklir Genuair 340/12 mcg	Anoro Ellipta 55mcg/ 22mcg	Salbutamol Ventolin ICP 100mcg	Terbasmin ICP 200 mcg	Srividri 2.5 mcg Respimat
Foradil Aerolizer 12mcg	Osilr Breezhaler 150- 300mcg	Atroaldo ICP 20mcg	Spiriva Respimat 2.5 mcg	Eklixa Genuair 322 mcg	1 Inh c/ 24h	1 Inh c/ 24h	1 Inh c/ 12h	1 Inh c/ 24h		Turbuhaler 500 mcg	2 Inh c/ 24 h
Nebliq Aerolizer 12mcg	Hirobriz 150-300mcg	2 a 4 Inh C/6-8h	2 Inh c/ 24h	1 Inh c/ 12h							
Oxis Turbuhaler 4'5 y 9 mcg	1 Inh c/ 12 h										
Agonista B2 Adrenérgico	Agonista B2 Adrenérgico	Anticolinérgico	Anticolinérgico	Anticolinérgico	Anticolinérgico	Agonista B2 Anticolinérgico	Anticolinérgico Agonista B2	Anticolinérgicos Agonista B2 Adrenérgico	Agonista B2 Adrenérgico	Agonista B2 Adrenérgico	Agonista B2 Adrenérgico

INHALADORES CORTICOIDES Y ASOCIACIÓN DE CORTICOIDES CON BRONCODILATADORES

Ciclesonida	Mometasona	Fluticasona	Salmeterol + Fluticasona	Budesonida	Budesonida	Formoterol	Beclometasona	Beclometasona + Salbutamol	Formoterol + Beclometasona	Formoterol + Fluticasona	Furoato de Fluticasona + Vilanterol
Alvesco ICP 160mcg	Asmanex Twist haler 200 mcg	Flixotide ICP 50 mcg	Seretide 25/50	Pulmicort ICP 100 mcg y 200 mcg	Rilast Turbuhaler 80/4.5 mcg	Becotide ICP 50 mcg	Becotide ICP 50 mcg	Butozol ICP 50 mcg	Foster ICP 6/100 mcg	Flutiform ICP 50/5 mcg	Relvar Ellipta 92/22 mcg
1 Inh c/ 24h	1 Inh c/12h	250 mcg	Inhaladuo 25/125	Turbuhaler 100-200 y 400 mcg	160/4.5 mcg	Blecoforte ICP 250 mcg	Blecoforte ICP 250 mcg	2 Inh c/ 6-8h	Foster Nexthaler 6/100 mcg	125/5 mcg	184/22 mcg
	400 mcg	Accuhaler 100 mcg	Anasma 25/250	200 mcg	320/9 mcg	1-2 Inh c/12h	1-2 Inh c/12h			250/5mcg	1 Inh c/ 24h
	1 Inh c/ 24h	500 mcg	ICP 25/50	Ribujet ICP 200 mcg	Symbicort Turbuhaler 80/4.5 mcg					2 Inh c/ 12h	
		Inhalacor Accuhaler 100 mcg	25/125	Pulmicort ICP 100-200 y 400 mcg	160/4.5 mcg						
		Fluxonal Accuhaler 100 mcg	25/250	200 mcg	320/9 mcg Forte						
		500 mcg	Accuhaler 50/100	Budesonida Easyhaler 100 mcg	1 Inh c/12 h						
		ICP 50 mcg- 250 mcg	1 inh c/12h	Novopulmon Novolizer 200- 400 mcg							
		1 Inh c/12h		Inh c/12h							

Mª Elia Sastre Barbadillo. Enfermera Gestora de Casos de Neumología. Col.nº30964

Recerca

TESI DOCTORAL

Importància clínica dels infarts lacunars i la seva repercussió en la cognició

Importancia clínica de los infartos lacunares y su repercusión en la cognición

Clinical significance of lacunar strokes and its impact on cognition

Doctorat de Psiquiatria (itinerari Neurociència cognitiva)

AUTORA: Lorena Blanco Rojas

DIRECTOR DE TESI: Dr. Adrià Arboix

TUTOR: Dr. Diego Palao

Hospital Sagrat Cor de Barcelona. Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell.

Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina.

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal.



Les llacunes o l'infart cerebral de tipus lacunar és un infart isquèmic petit (penetrants o profundes. Els infarts lacunars (IL) són més freqüents en els pacients hipertensos i/o diabètics. El concepte de síndrome lacunar va ser introduït a la pràctica clínica per a referir-se a aquells quadres clínics que són causats per un infart cerebral de tipus lacunar. En la pràctica clínica, aproximadament un de cada cinc pacients amb un episodi d'isquèmia cerebral va ser un IL. En el Registre de Barcelona de Malalties Vascu-

lars Cerebrals, la freqüència de l'infart lacunar va ser d'un 11%, és a dir, de 399 en un total de 3.577 pacients amb infart agut. En el NINDS Stroke Data Bank un total de 337 de 1.273 pacients amb un infart cerebral van presentar una síndrome lacunar clàssica (27%). S'identifiquen diverses causes de l'origen de la malaltia de petit vas com ara, les arteriopaties trombòtiques, l'oclusió embolica i altres causes.

En l'actualitat la topografia de les llacunes han estat categoritzades com territoris de la circulació anterior que

irriguen les àrees dels ganglis basals, càpsula interna i corona radiata. Per altra banda, es descriu aquelles àrees que corresponen a la circulació posterior (protuberància i el ce-rebel) i el talem.

El pronòstic respecte a les alteracions cognitives després d'un IL es positiu quan es tracta d'un primer IL i en absència d'infarts silencis previs i leucoaraiosi. Aquests dos últims factors determinen un pitjor pronòstic respecte a les funcions cognitives, ja que presenten demència un 5% dels pacients a l'any següent a l'esdeveniment, un 11% al cap de tres anys i un 23% quatre anys després. Els factors de risc associats són la presència d'atròfia cerebral i ictus recurrent. L'estudi de Rotterdam va mostrar que la presència d'infarts silencis clínicament multiplica per dos el risc de desenvolupar una demència, incloent-hi la Malaltia d'Alzheimer. Com ja s'ha mencionat, els IL silencis es consideren un substrat patològic important per a la demència vascular però que també estan relacionats al risc de patir la Malaltia d'Alzheimer. La MPV és considerada com una causa major de deteriorament cognitiu vascular i la causa més comuna de demència vascular. Hi ha factors que contribueixen al deteriorament cognitiu en el MPV com ara els IL silencis, la leucoaraiosi, les microhemorràgies i l'atròfia cerebral. Aquests pacients presenten diferents perfils cognitius on són presents les alteracions de funcions executives, velocitat de processament i alteracions atencionals però la memòria episòdica resta conservada. Els mecanismes responsables del deteriorament cognitiu vascular en la MPV es relaciona amb la desconnexió de les xarxes còrtico subcorticals i còrtico corticals secundàries a la patologia de substància blanca difusa, múltiples IL i microhemorràgies. A continuació detallarem les hipòtesis i objectius de la tesi doctoral.

A. HIPÒTESIS

I. Hipòtesi Primera.

Els IL presenten unes característiques clíniques i demogràfiques diferenciades i pròpies de la resta d'ictus i de la resta d'infarts cerebrals. Així mateix els IL en el sexe femení poden presentar unes característiques clíniques diferenciades en comparació amb els pacients amb IL de sexe masculí.

II. Hipòtesi Segona.

En els pacients amb un primer IL i la presència concomitant d'isquèmia cerebral de petit vas silent clínicament es relaciona amb la presència de deteriorament cognitiu o d'alteracions neurocognitives. El pes dels IL silencis clínicament i de la leucoaraiosi és significatiu en les alteracions neuropsicològiques que potencialment presenten els pacients amb patologia de petit vas.

B. OBJECTIUS*

I. Revisió de la bibliografia científica respecte als aspectes clínics, demogràfics i de tractament secundari dels IL.

II. Analitzar les diferències significatives clíniques i dels factors de risc en homes i dones que han patit un IL.

III. Analitzar la influència dels infarts silencis i la presència de leucoaraiosi en la fase aguda de la malaltia com a factor predictor de les alteracions neuropsicològiques en els pacients que han patit un primer IL.

IV. Realitzar una revisió bibliogràfica sobre el deteriorament cognitiu i les alteracions neuropsicològiques associades als IL.

V. Aquesta tesi doctoral s'ha realitzat a partir de compendi de publicacions i es compon de quatre articles publicats a revistes internacionals de l'especialitat de Neurologia.

Per respondre al primer objectiu, s'ha realitzat una revisió exhaustiva de la literatura dels aspectes clínics, demogràfics, de factors de risc, pronòstic, evolutius i tractaments que fa referència al tema de la malaltia de petit vas cerebral i als infarts cerebrals de tipus lacunar. Per a la recerca bibliogràfica es van incloure els termes 'treatment', 'etiology', 'prognosis', 'cognitive impairment', 'lacunar infarct', 'lacunar stroke', 'i' 'risk factors'.

Aquest article ha estat publicat a la revista Expert Review in Neurotherapeutics, l'any 2014 amb el títol "Advancements in understanding the mechanisms of symptomatic lacunar ischemic stroke: translation of knowledge to prevention strategies". Expert Rev Neurother. Early online 1G16 (2014).

En aquesta publicació es realitza una actualització de l'antiagregació plaquetària i del tractament per a la prevenció secundària dels IL.

Per respondre al segon objectiu, s'analitza una mostra 310 dones (8,1%) i 423 en homes (11,1%) d'un total de 3.808 pacients amb infart inclòs a la base de dades que confirma el registre hospitalari a Barcelona (Catalunya) de L'Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona durant un període de 19 anys. En aquest treball es comparen les dades clíniques i els factors de risc de les dones respecte als homes.

Aquest article ha estat publicat a la revista Acta Neurològica Bèlgica a l'any 2014 que porta el títol "Clinical characteristics of acute lacunar stroke in women: emphasis on gender differences". Acta Neurol Belg. 2014 Jun;114(2):107G12. doi: 0.1007/s13760G013G0257G8. Epub 2013 Nov 6.

Aquesta publicació posa de manifest l'èmfasi del gènere i les seves diferències respecte a les conseqüències clíniques dels IL.

Per respondre al tercer objectiu es va analitzar una mostra consecutiva de 72 pacients amb un primer episodi d'IL visualitzats a partir de la RM cerebral que van ser admesos al Departament de Neurologia de l'Hospital Sagrat Cor de Barcelona entre Gener del 2006 i Desembre del 2011. Tots els pacients van ser valorats mitjançant una bateria extensa de proves neuropsicològiques pròpia de l'hospital.

Aquesta incloïa test de memòria California Verbal Learning Test (CVLT) (CVLT), fluències verbals fonètiques i semàntiques i memòria de treball amb la subprova de Digits del WAIS-III. L'anàlisi estadística es va realitzar amb el pa-

quet informàtic SPSS 18.0. L'anàlisi descriptiva es va fer amb freqüències absolutes i relatives, mitjana i desviació típica (o mediana i rang interquartílic). Les variables contínues van ser analitzades amb t de Student o la Chi quadrat (2) o la prova exacta de Fisher (quan va ser apropiat) per a les variables categòriques. El grau d'associació individual de les variables va ser estimat a partir de la Odds ratio amb un interval de confiança del 95%. L'anàlisi de regressió lineal multivariant es va emprar per valorar l'efecte d'una variable sobre altra ajustant les dades per les covariants de confusió. Per altra banda, per l'anàlisi univariant, la freqüència de cada variable en el grup concret van ser comparats amb altres grups amb l'anàlisi de la variància (ANOVA). Aquest article va estar publicat a la revista BMC Neurology a l'any 2013 amb el títol de 'Cognitive profile in patients with a first-ever lacunar infarct with and without silent lacunes: a comparative study'. BMC Neurology 2013, 13:203.

Per respondre al quart i últim objectiu, es realitza una revisió bibliogràfica dels aspectes neuropsicològics dels IL i el deteriorament cognitiu associat a aquesta malaltia de petit vas cerebral. En la recerca bibliogràfica es van incloure les següents paraules clau; 'lacunar infarct' 'brain atrophy' 'prognosis' 'cognitive impairment' 'neuropsychology' i 'cerebral small vessel disease' en sessions successives.

Després de la lectura crítica dels principals treballs, es va realitzar una exposició narrativa de les dades més rellevants. Aquest article va estar publicat a la revista European Neurological Review a l'Abril del 2013 que porta el títol 'Cognitive impairment in ischaemic lacunar stroke'. European Neurological Review, 2013;8 (2): 144G8.

Les conclusions d'aquesta tesi doctoral són les següents:

1. Existeixen diferències clíniques en els IL en relació al sexe. Les dones tenen una edat més avançada, i obesitat més freqüent, també hipertensió arterial.

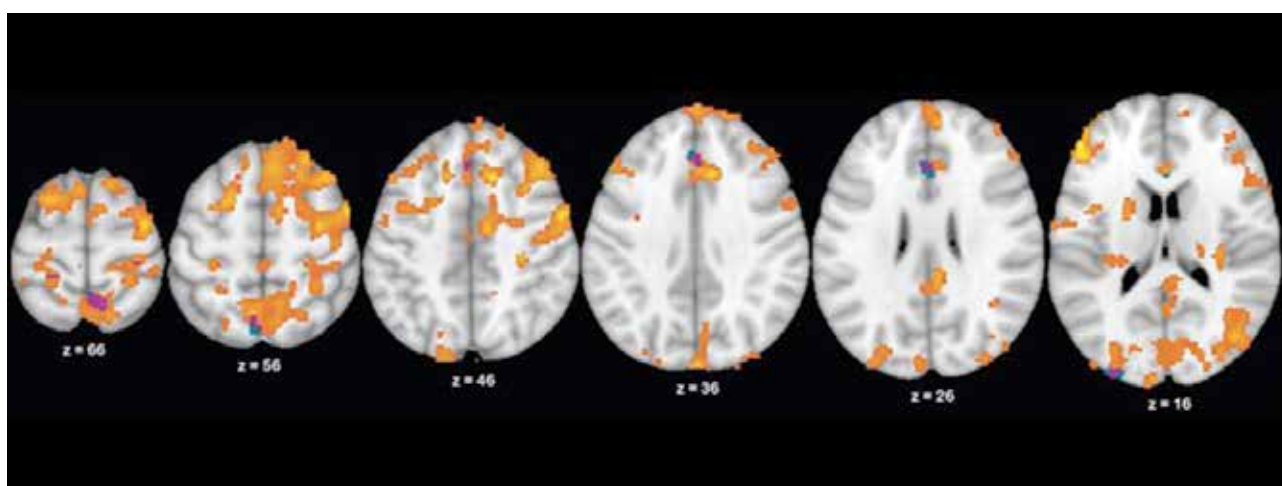
Per altra banda, els homes presenten una major freqüència de malaltia vascular perifèrica, bronquitis crònica, malaltia renal crònica i un consum més elevat de tabac. La intervenció diagnòstica i terapèutica i el control adequat d'aquests factors de risc vascular cerebral constitueix una estratègia preventiva de primera elecció.

2. En la malaltia vascular cerebral de petit vas els factors que contribueixen al deteriorament cognitiu de tipus vascular són els següents:

- Presència i nombre d' IL simptomàtics
- Presència i nombre de IL silenciosos clínicament
- Presència i extensió de la leucoaraiosi o HSB
- Presència i grau d'atròfia cerebral
- Presència i nombre de microhemorràgies.
- Recurrència de nous IL.

3. La presència de IL clínicament silenciosos en pacients amb un primer IL està associat amb alteracions neuropsicològiques lleus, particularment amb disfuncions executives (fluència semàntica) i de la memòria verbal immediata. Aquestes disfuncions cognitives estan relacionades amb les llacunes i no amb les alteracions o hiperintensitats de la substància blanca.

4. La meitat dels pacients amb IL presenten criteris de deteriorament cognitiu lleu sent una complicació clínica tan important com la discapacitat física. El perfil cognitiu associat als IL isquèmics no sols presenten alteracions de les funcions executives i atencionals, sinó que s'evidencien alteracions de memòria episòdica i de les funcions cognitives superiors. Les disfuncions cognitives en els IL han estat infravalorades en la pràctica clínica i són més comuns i clínicament tan rellevants com les seqüeles motores i sensitives. ●



Congreso de la Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI), Zaragoza junio 2015.

COMUNICACIÓN ORAL

Seguimiento de proyectos: evaluación de una herramienta disponible en la intranet del CEIC

Montse Granados Plaza^a, Francisco Javier Ruiz Moreno^b, Montserrat Bielsa Antúnez^c,
Louisa García Bonillo^d, M^a Ángeles Rivas Fernández^e, Màrius Trèmols Esmel^f

CEIC idcsalud a Catalunya.

^aSecretaria CEIC, ^bMedicina Intensiva, ^cJurista, ^dSecretaria Administrativa, ^ePediatra, ^fEnfermero

Justificación: Una de las funciones de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) es realizar un seguimiento de los proyectos evaluados, así lo indica la legislación vigente:

- REAL DECRETO 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, en su artículo 10.
- En la legislación autonómica DECRET 406/2006, de 24 de octubre, por el cual se regulan los requisitos y el procedimiento de acreditación de los comités de ética de investigación clínica, en su artículo 4.2 *Misión y Funciones de los comités*.

También está contemplado en las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95), en *Responsabilidades del CEIC*, en el punto 3.1.4, y como obligación del Investigador en el punto 4.10 *Informes de seguimiento*.

Es por ello que el CEIC ha de realizar un seguimiento de los proyectos evaluados desde su inicio hasta la recepción del informe final. Debe tener información actualiza-

da de la situación de los ensayos clínicos (EC) y del resto de proyectos realizados en su ámbito de actuación, como mínimo una vez al año y, por tanto, es necesario que los investigadores aporten información de los proyectos aprobados.

Objetivos: Evaluar el seguimiento de los proyectos aprobados y la utilidad de un formulario accesible a través de la Intranet del CEIC.

Métodos: Para facilitar esta tarea que supone una sobrecarga para el investigador y para el CEIC, se diseñó una herramienta que permitiera el registro de datos de seguimiento de los proyectos por parte del investigador garantizando la confidencialidad de los mismos, y también que posibilitara el control y seguimiento por parte de la Secretaría del CEIC.

La Intranet del CEIC permitía diseñar un formulario de seguimiento con las siguientes características:

- Facilidad de Acceso
- Posibilidad de edición
- Exportable a programas de gestión de datos
- Garantizar Confidencialidad información

3. Datos específicos de cada centro: Nombre del centro de trabajo, Situación del estudio (No abierto, Reclutamiento, Reclutamiento cerrado, Finalizado), Nombre Investigador Principal, Servicio/Departamento, Fecha inclusión primer paciente, Número de pacientes reclutados, Número de pacientes rechazados y motivo, Número de pacientes abandonados y motivo, Número de Acontecimientos Adversos e información al respecto, Número de pacientes que han completado el estudio, Fecha de finalización, Fecha recepción informe final y Número de Historia Clínica del paciente.
4. Información adicional como publicaciones y seguimiento de novedades en la materia. El procedimiento de seguimiento que en principio se acordó que fuera semestral, o al menos una vez al año, pasa por enviar un correo electrónico a los investigadores comunicándoles la obligación de actualizar información de los proyectos presentados al CEIC y facilitándoles el enlace que les lleva directamente al formulario de la Intranet.

A los centros externos del CEIC sin acceso a la Intranet, se les envía por correo electrónico el mismo formulario en un archivo Word® adjunto que, una vez cumplimentado, reenvían a la secretaría para su introducción en la Intranet.

Además, dentro de la actividad del seguimiento, se contempla la verificación de la existencia del Consentimiento Informado del paciente que participa en la investigación. Cada 3 meses se eligen al azar 10 Historias Clínicas entre los estudios en activo y se revisan para comprobar que todo es correcto. En los EC, también se verifica que en el curso clínico del paciente el investigador haga constar que participa en un ensayo y que firma voluntariamente la aceptación a su inclusión en el estudio. Debido a que en el ámbito de actuación del CEIC hay centros externos a nuestros hospitales, una vez al año, se realiza una visita a los que cuentan con mayor actividad de proyectos para realizar esta actividad de seguimiento. Posteriormente estas revisiones se introducen en un formulario en la intranet del CEIC.

Respecto a la exportación de los datos, como se ha comentado anteriormente, el sistema permite exportar la información, en concreto a un Excel que nos permitirá gestionar los datos para analizarlos y extraer conclusiones de los mismos.

Hay que señalar que este sistema se implantó de forma más o menos sistemática en el Hospital General de Cata-

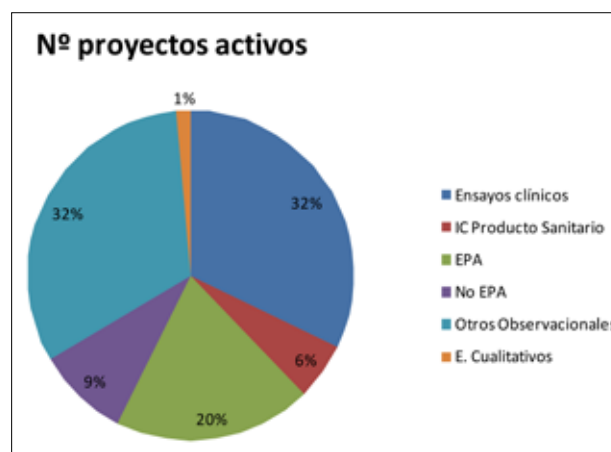
lunya desde 2012 y en vista de los resultados y a raíz de la transversalización y fusión de los CEICs del grupo idcsalud a Catalunya, durante el 2014 también se empezó a aplicar para todos los centros de su ámbito.

Por otro lado, como el resto de CEICs, también se reciben y gestionan las notificaciones de promotores y/o CROs de proyectos que se evalúan en las sesiones del Comité.

Resultados:

En fecha del 31 de diciembre de 2014 se encontraban en situación de activos 143 proyectos de investigación.

El nº de proyectos activos según el tipo de diseño es:



Por especialidad o área de conocimiento, el mayor número de proyectos activos corresponde a Oftalmología, seguido de Neurología, Enfermería, Pediatría y UCI son los siguientes con mayor actividad.

De la información recogida en el Formulario de la Intranet en el 2014, constan registrados 94 informes lo que representa el 65% de cumplimiento por parte de los investigadores. De estos informes, el 19% habían finalizado, el

10,35% estaban pendientes de iniciar, el 51,72% en periodo de reclutamiento, el 17,24% con reclutamiento cerrado y el 1,72% cancelado.

Respecto a información relacionada con el número de pacientes:

- Se han reclutado un total de 2.386 pacientes, de los cuales hasta el momento habían completado el estudio o ensayo 1.080.
- Se han rechazado 267 pacientes, entre los motivos de rechazo, el más frecuente en el formulario: “por no cumplir criterios de inclusión”.
- Respecto a abandonos, se han recogido 141 pacientes. De los que han reportado motivo, el que más se hace constar es “perdidas de seguimiento” (n 25) y le sigue en una proporción mucho más baja (n 10): “a petición del paciente/retirada Consentimiento Informado”.
- Respecto a Acontecimientos Adversos notificados, excepto dos graves que motivaron el abandono de los pacientes, el resto se consideran de carácter leve (nº 47).

Por centros de nuestro ámbito de actuación, el seguimiento realizado varía desde el 0% hasta el 83% siendo los centros externos a idcsalud a Catalunya los que menos informes han reportado.

El 100% de los estudios revisados contenían el Consentimiento Informado y en el 100% de los EC revisados constaba, en la Historia Clínica la participación del paciente en el ensayo clínico. En todos los casos la versión del con-

sentimiento era la correcta y también estaba correctamente firmado. En el 2014 se recibieron por parte del Promotor/CRO un total de 84 notificaciones; 2 fueron debidas a efectos adversos, 3 a desviaciones de protocolo, 17 a finalización del estudio, 14 informes anuales y 32 informes de seguridad.

La evolución del seguimiento desde el 2008 hasta la actualidad es de:

Año	Informes recibidos	Total proyectos activos	%
2008	11	23	48%
2009	17	27	63%
2010	22	39	56%
2011	29	57	51%
2012-1r	41	67	61%
2012-2on	53	68	78%
2013-1r	62	76	81,58%
2013-2on	58	73	79,45%
2014	94	143	65%

CONCLUSIONES

1. El formulario diseñado es una buena herramienta para el seguimiento de los trabajos de investigación.
2. Aun así, es necesario plantear actividades de formación y/o talleres a los investigadores, dirigidas sobre todo a los investigadores de centros externos que son quienes menos reportan. ●

COMUNICACIÓN PÓSTER

Preparándonos para el futuro o lo que hemos aprendido al fusionar 2 comités éticos de investigación clínica

M^a Estrella Barceló Colomer^a, Rafael Azagra Ledesma^a, Jamil Ajram Maksoud^b, José Javier Bara Casaus^c, Olga Manrique Rodríguez^d, Cristina Sagrera Felip^e

CEIC idcsalud a Catalunya.

^aFarmacología clínica, ^bPediatra, ^cCirujano Maxilofacial, ^dFarmacia atención primaria, ^eEnfermera.

JUSTIFICACIÓN

A raíz de la adquisición de hospitales de gestión privada por una compañía líder en servicios sanitarios, se planteó la necesidad de reorganizar y optimizar el funcionamiento de los servicios, comisiones y grupos de trabajo. Entre éstos, se encontraban los dos Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) de los hospitales implicados y se planteó reconvertir los dos CEIC en uno sólo.

OBJETIVOS

Exponer el proceso de fusión de dos CEIC, señalando tanto los aspectos positivos como las iniciativas llevadas a cabo para soslayar las dificultades.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El proyecto de fusión se inició a mediados de 2013 bajo unas

premisas que cabía preservar:

1. Ofrecer a los antiguos miembros la incorporación al nuevo CEIC, siempre y cuando ratificaran el compromiso de permanencia.
2. Velar para que en el CEIC se mantuviera la proporción de personas ajenas a la organización.
3. Mantener la secretaría del CEIC en un nivel competencial alto, tanto en lo referente a agilidad y capacidad de resolución de los trámites habituales del CEIC, cómo en el soporte a investigadores y promotores.
4. Incorporar las nuevas tecnologías al trabajo diario del CEIC cómo la videoconferencia y reducir el uso del papel.
5. Aprobar un nuevo Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) que fuera discutido y consensuado por los nuevos miembros.
6. Aumentar la eficiencia del CEIC tanto en la evaluación como en el de seguimiento de los proyectos de investigación.

RESULTADOS

El nuevo CEIC empezó su andadura en febrero de 2014, después de ser acreditado por la Autoridad Sanitaria competente de la Comunidad Autónoma.



***Resolución Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias, Control Farmacéutico y Productos Sanitarios, a fecha 27 de febrero de 2014**

Cabe señalar lo siguiente:

1. De 11 integrantes (2 no sanitarios, 2 ajenos a la organización) en un CEIC y 13 en el otro (4 no sanitarios, 3 ajenos), se ha pasado a los 16 actuales (3 no sanitarios, 3 ajenos).



2. De los 4 centros tutelados por 1 CEIC y los 11 del otro, se ha pasado a los 42 centros tutelados en la actualidad.

42 centros acreditados

- Centro de Prevención y Rehabilitación ASEPEYO, San Cugat del Vallès.
- idcsalut Clínica del Vallès, Sabadell.
- idcsalut Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès.
- idcsalut Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.
- Policlínica Viladecans, S.L., Viladecans.
- Área Oftalmológica Avanzada, Barcelona.
- Centro Sociosanitari Palau, Barcelona.
- Clínica Bonanova de Cirugía Ocular, Barcelona.
- Clínica Terres de Ponent, Lleida.
- Institut Català de Cirurgia Refractiva, Barcelona.
- Institut Català de Retina, Barcelona.
- MC Mutual (30 centros, Catalunya).
- Reumatek, S.L., Barcelona.

3. El nuevo PNT se aprobó por unanimidad en junio de 2014.
4. En los primeros meses de funcionamiento se dirimieron y resolvieron las discrepancias encontradas, referidas sobre todo a evaluación de nuevos proyectos, presentación de aclaraciones o enmiendas o en la respuesta a consultas de investigadores y promotores.
5. Se ha sistematizado el uso de la Intranet para la gestión de documentos, se dispone de una Base de Datos informatizada para la actividad del CEIC y la mayor parte del trabajo se realiza en soporte electrónico.
6. Las dificultades para realizar videoconferencias se han resuelto con mejoras técnicas en el sistema de conexión.
7. Se ha simplificado la evaluación de los proyectos en qué participan diversos centros.

CONCLUSIONES

La nueva andadura ha representado un cambio importante en la forma de trabajar, incorporando nuevas tecnologías, aumentando las fortalezas y recursos del CEIC y mejorando la eficiencia en el funcionamiento. Ha sido vivida por sus miembros como una oportunidad y un nuevo reto. ●

Memoria histórica del Servicio de Medicina Interna del Hospital Sagrat Cor (1965-1993)

Luis E. Medina Luyo
Medicina Interna

Quienes conocieron al Profesor Dr. José M^a Puigdollers Colás saben bien de su capacidad de trabajo, de su dedicación a la docencia, su gran empeño en hacer las cosas bien y en reconocer la capacidad de trabajo y de investigación de sus colaboradores. Este artículo quiere ser un reconocimiento de su paso por el Servicio de Medicina Interna a la vez que un recuerdo del equipo médico que fue conformando dicho Servicio a lo largo de estos años.

En 1965 presenta su dimisión el jefe de servicio de Medicina Interna del *Sagrat Cor*, el Dr. Moya Blanchart, por motivos de salud. Para ocupar esta plaza se presentan destacadas figuras de la medicina de Barcelona, siendo otorgada al Dr. José María Puigdollers miembro relevante de la escuela de la cátedra de Patología Médica del profesor Pedro Pons. El Dr. J.M. Puigdollers ya presentaba una intensa actividad científica y clínica con gran capacidad didáctica.

El Dr. J. M. Puigdollers llega con 37 años y acompañado de un equipo de médicos conocidos como el Dr. Eudald Gri Espinagosa, internista de gran talante científico, que va a dedicarse a la genética con estudios de dermatoglifos; el Dr. Jordi Gummà y el Dr. R. Sarrias quien ocupa la función de secretario del Servicio.

El conocimiento de la unión Puigdollers-Gummà la tuve en el Paraninfo de la Facultad de Medicina de Valencia en 1966 cuando el profesor Carmena Villarta presentó el libro de *Patología General* alabando a los catedráticos y colaboradores de dicha obra. El profesor Carmena consideraba que era la mejor Semiología escrita, pero que tenía un defecto cuya responsable era la editorial al haber publicado toda la obra (3.000 páginas) en un solo tomo, por tanto dejaba de ser un libro de cabecera por lo peligroso de su peso.



A los pocos meses de su nombramiento el Dr. Puigdollers celebró una reunión con el jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau para solicitarle un endocrinólogo; así pues, se consiguió que el Dr. R. Masoliver fuese nombrado jefe de la Unidad de Endocrinología del Servicio de Medicina Interna del Sagrat Cor. Más tarde llegaría la Dra. Marisa Surroca y posteriormente se uniría a dicha unidad el Dr. Jesús Albarrán, que ya pertenecía al hospital como médico de guardia interna. La dirección de la Unidad de Psicosomática fue otorgada al Dr. Martínez Pina y sucesivamente al Dr. Ganoza y el Dr. Irache. A ella se añadió más tarde un equipo de psicólogas clínicas formado por Maruja Ruiz y Carmen Bagaría. La Unidad de Neumología fue dirigida por el Dr. Batlló. El Dr. Simó, con una cualificada formación en los EEUU, inició la Unidad de Oncología. El Dr. Ordax y González Sanmartín se encargaron de la Medicina General; también el



Dr. López Carafi, componente del anterior equipo del Dr. Blanchart, formó parte de dicha unidad. Los Drs. Sanchís y Casas inauguraron la Unidad de Digestivo (Hepatología).

Todas las Unidades tenían un grupo de internos entre los que encontramos a Pi Bachich, Blanqué, Cardona, Delás, Carbonell, Medina, López, Rodés, Hernández, Rius, Betriu, Aragó, Caballería, Escoda, Balcells, Zaragoza. Así pues, la nueva tónica de estilo que se implanta en el Servicio de Medicina Interna fue la potenciación de Unidades.

El Hospital Sagrat Cor comenzaba una época de renovación y de nuevas estructuras aunque todavía existía la composición antigua: salas de pacientes amplias con 10 camas e identificadas con nombres de santos (Santa Luisa, Nuestra Señora del Carmen). Los dispensarios eran habitáculos que con las nuevas construcciones de quirófanos habían mermado su superficie. Presentaban una deficiente iluminación y apenas cabían el médico, el paciente y un interno (este de pie). El pasillo que unía los dispensarios era de escasas dimensiones y siempre ocupado por pacientes que entraban o salían además de los numerosos internos. La sala de sesiones clínicas era reducida, aunque algunas veces dichas sesiones se realizaban en el oratorio de las hermanas de la caridad por ser este más amplio.

Recordaré como anécdota que una vez pasada las visitas médicas dirigidas por el Dr. Puigdollers un grupo de seis internos nos quedábamos en la sala de curas y organizábamos un pequeño refrigerio con las escasas croquetas que sobra-

ban antes del reparto a los pacientes, aprovechando que las hermanas se retiraban a rezar el *Angelus*.



El 23 de marzo de 1971 se inaugura el edificio de la Policlínica del *Hospital Sagrat Cor* cuyo proyecto comprendía tres sótanos, planta baja y seis plantas, además de ático y sobreaático. En la nueva distribución de los dispensarios el Servicio de Medicina Interna se ubicó en la tercera planta que se completaba con los Servicios de Neurocirugía, Pediatría y Cardiología. El cambio fue muy grande: despachos amplios, de gran luminosidad natural, pasillos anchos y sala de sesiones clínicas espaciosa que a su vez ejercía la función de biblioteca. Se establecieron dos turnos, de 9 a 11, y de 11 a 13; mientras unas Unidades visitaban a los pacientes



ingresados, otras atendían las visitas externas; de esta forma las diversas unidades no coincidían en los despachos; si bien en alguna ocasión se producían pequeños roces si no se cumplía el horario establecido.

En 1974 el Dr. Isamat abandonó el *Hospital Sagrat Cor* para ocupar el puesto de jefe de Servicio de Neurocirugía en la *Residencia Príncipes de España*. Al quedar vacíos los despachos de Neurocirugía fueron ocupados por el nuevo Servicio de Endocrinología. Comenzó así una época de liberalización o desgajamiento de las diversas especialidades o Unidades dentro de Medicina Interna. Así pues, el Dr. Masoliver pasó a ser jefe del recién creado Servicio de Endocrinología. En esa misma época el Dr. Sanchís, que junto con los Drs. Aragó y Caballería había conformado la Unidad de Hepatología en el Servicio de Medicina Interna, entró en conversaciones con el Dr. Recoder, jefe del Servicio de Digestivo, acordando la unión de la Unidad de Hepatología con el Servicio de Digestivo, previa conformidad de la dirección del Hospital. Años después Hepatología pasó a ocupar un despacho en la quinta planta de la Policlínica.

La Unidad de Psicosomática fue dirigida sucesivamente por el Dr. Martínez Pina durante breve tiempo, por el Dr. Ganoza que en 1979 aceptó una vacante en el Psiquiátrico de Sant Boi y por el Dr. Irache. Con el Dr. Irache la Unidad de Psicosomática pasó a llamarse Unidad de Psiquiatría y al separarse del Servicio de Medicina Interna comenzó a funcionar como Servicio de Psiquiatría en el ático del Hospital. Así como algunas Unidades se independizaron del Servicio de Medicina Interna se fueron formando otras como la unidad de Alergología, dirigida por el Dr. Balcells; la Unidad de Nefrología dirigida por el Dr. Cavallé y la Unidad de Hipertensión arterial por el Dr. Castelltort.

Las sesiones clínicas fueron verdaderas clases de do-

cencia y muy concurridas por alumnos y médicos, así cabe destacar las jornadas que se efectuaban durante el curso universitario. Era grato ver y escuchar a profesores como el Dr. Rozman, el Dr. Salvá Miquel, el Dr. Carlos Ballús, catedrático de Psiquiatría y Decano de la Facultad de Medicina en aquella época; al Dr. Balcells Gorina o el Dr. Fabián Isamat. Todos ellos grandes amigos y algunos, compañeros de promoción del Dr. J.M. Puigdollers. Dichas jornadas duraban una semana y se realizaban en el Aula Marqués de Alfarrás generalmente hacia final de invierno o principio de primavera.

En la Policlínica, según cuadro estadístico de 1974, el número de pacientes atendidos fueron 6.000 de los que 2.090 eran primeras visitas (34.84 %) siendo los meses de mayor afluencia abril-mayo (419 pacientes), seguidos por septiembre-octubre (373 pacientes), es decir, los inicios de la primavera y del otoño.

El 7 de julio de 1976 se inaugura el nuevo hospital *Sagrat Cor* totalmente equipado con aparatos modernos. Este hospital constaba de 10 plantas, de la primera a la sexta las habitaciones eran dobles y de la séptima a la décima eran individuales con cama para el acompañante. A Medicina Interna la instalaron en la tercera planta compartida con el Servicio de Cardiología. Los pacientes ingresados del antiguo hospital fueron trasladados a las instalaciones nuevas tras la inauguración. Comienza así el funcionamiento del hospital en tres de las plantas con habitaciones dobles y la octava con habitaciones individuales.

Recuerdo uno de los primeros casos que tuvo el Servicio de Medicina Interna de este hospital fue el de una paciente del Dr. Gri ingresada para una intervención de colecistectomía. Al efectuarle la historia clínica en el apartado de antecedentes patológicos la paciente negó haber sufrido algún caso hemorrágico con anterioridad. Fue operada satisfactoriamente a las 10 a.m.; todo fue normal hasta las 12 de la noche en que presentó un cuadro hemorrágico que movilizó a todo el equipo de guardia, incluso se telefonó al jefe de Hematología, Dr. Vila; finalmente se logró parar el cuadro hemorrágico. El diagnóstico fue un déficit del factor XII. Antes de otorgarle el alta se le realizó una nueva anamnesis comprobándose que hacía varios años que una extracción dentaria le había provocado un cuadro hemorrágico con ingreso en el Hospital Clínico. Este caso sirvió para que semanas después se hiciera una sesión clínica entre el Departamento de Hematología y el Servicio de Medicina Interna.

Era habitual en el Servicio de Medicina Interna impartir cursos de postgrado para la formación permanente de los médicos. Destacaré aquí el impartido el 23 de febrero de 1981 en el Aula del Marqués de Alfarrás, el XIV curso para Postgraduados: “Conductes Clínico-Terapèutiques en Medicina General” por un acontecimiento político que coincidió casualmente con dicho curso: el intento de golpe de estado de el coronel Tejero. Todo esto ocasionó cierta intranquilidad entre los asistentes al curso que al terminar la primera conferencia se apercibieron del suceso. Los participantes se agruparon para escuchar las palabras del presidente de la Generalitat quien hablaba en nombre del Rey



dando por abortado el intento golpista. El curso continuó sin novedad aunque algunos abandonaron esa noche el aula temerosos de algún otro suceso. Al día siguiente con la presentación de un caso clínico de un paciente con broncopatía crónica que enmascaraba una neo pulmonar se clausuró el curso que estuvo a punto de irse al traste por el mencionado acontecimiento.



También había tiempo para la diversión ¡Cómo no recordar los concursos de pintura, poesía, novela, campeonatos de dominó o fútbol con otros hospitales u otros Servicios! Pero la entrega de premios casi siempre era monótona, los mejores siempre eran los mismos; era casi imposible que en pintura no ganara el Dr. González San Martín con sus óleos; o que en novela o poesía siempre obtuviera premio el Dr. Puigdollers, aunque en 1972 el premio de Poesía fuera para Medina con su poema *América y libertad*. En el concurso de dominó la pareja Sarrias-Masoliver siempre quedaba invicta, con la excepción en el año 1973 porque la pareja Medina-Puigdollers, sin tener demasiado conocimiento del juego, les ganó una partida de tres.

Todas estas actividades culturales y deportivas se hacían en los diversos salones de los Laboratorios Sandoz, Almirall y otros. El fútbol se jugaba en el campo del Club Deportivo Alella.

El Dr. J.M^a Puigdollers era amante de la cultura, de las Bellas Artes. También tenía una amplia vida social y una gran curiosidad por la política en época de elecciones. Después de algunas sesiones clínicas le gustaba saber la intención de voto de cada uno de los presentes; cuando llegó mi turno y observó que mi voto sería socialista se movió de su asiento y me dijo: “Tú qué vas a ser socialista, si eres de corbata diaria”; le contesté amablemente que mi voto no tenía nada que ver con mi corbata, era más bien un hábito creado por los años de estudios en colegio religioso, aunque yo por aquel entonces todavía no tenía derecho a voto.

La tristeza nos invadió en otros momentos como cuando la muerte segó las vidas de compañeros en pleno servicio de su profesión: Dr. López Carafí, Dr. Gri, Dr. Izquierdo (mientras practicaba alpinismo en Montblanc), la enfermera Carmen Pla y la secretaria del Servicio, Rita Arco.

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

En abril de 1985 se incorpora al Servicio de Medicina Interna el examen preoperatorio instalándose en el ático de la Policlínica; de esta manera el paciente que iba a ser intervenido quirúrgicamente efectuaba en una sola mañana toda la metódica exploratoria evitándose nuevos desplazamientos muy molestos para los pacientes no residentes en el área no sanitaria del hospital.

El estudio preoperatorio comenzaba a las 8 de la mañana con la extracción de sangre en el laboratorio del hospi-

tal. Luego se realizaba la visita del médico y la práctica de ECG. Por último en el Servicio de Radiología se llevaba a cabo una radiografía de tórax.

El protocolo de la exploración física consistía en la toma de datos personales, haciendo constar un número de teléfono por si fuera conveniente contactar con el paciente; antecedentes patológicos y quirúrgicos; antecedentes alérgicos e intolerancia medicamentosa y drogodependencia; exploración física habitual y morfométrica; valoración global del estudio preoperatorio e información al cirujano.

Este informe preoperatorio tenía una validez de tres meses. En los hallazgos de laboratorio de nuestro hospital sobre la revisión de 10.500 preoperatorios observamos que las alteraciones en la analítica fueron de escasa incidencia, todas ellas inferiores al 7%, siendo la de mayor presentación la hiperglucemia con un 6,64%.

La información sobre el Riesgo Quirúrgico se realizaba según las pautas clásicas de la *American Society of Anesthesiologists* de 1963. A pesar de la amplia aceptación de esta clasificación no hallamos una excesiva aplicación práctica. Por todo ello no descartamos en un futuro concluir el informe preoperatorio con una nueva clasificación que recogiese la necesidad o no de efectuar modificaciones previas antes de la cirugía electiva.

En la valoración del Riesgo Quirúrgico relacionado con el paciente en los 2.000 primeros exámenes preoperatorios efectuado en nuestro en nuestro hospital encontramos:

Riesgo Quirúrgico	Nº de pacientes	%
Nada que añadir al riesgo propia intervención	1.029	51.45
Enfermedad leve o mayor de 60 años	670	33.50
Enfermedad grave no incapacitante	139	6.95
Enfermedad incapacitante con riesgo para la vida	14	0.70
No consta por determinados conceptos	148	7.40

En el estudio estadístico sobre 10.500 valoraciones de preoperatorios hallamos que las alteraciones radiológicas varían en función de la edad. En general, las cardiomegalias, HVI, tórax enfisematoso y restos fibroesclerosos de antiguos procesos específicos ocupan los primeros lugares en uno u otro orden dependiendo de la década de edad del paciente.

A la vista del informe médico del internista, el cirujano decide intervenir o posponer la intervención. Con el ingreso del paciente el informe preoperatorio es revisado por el anestesista quien decide sobre la realización de la anestesia y el procedimiento más adecuado. El número de preoperatorios efectuados por el Servicio de Medicina Interna fue el siguiente:

Año	Pacientes
1985	2.500
1986	3.200
1987	4.500
1988	4.800
1989	5.000

Año	Pacientes
1990	5.500
1991	5.000
1992	5.000
1993	5.000

Las principales intervenciones quirúrgicas fueron: varices (Cirugía Vascular), cataratas (Oftalmología) y coleditiasis (Cirugía A y B). Cada médico internista realizaba una media de 6 a 8 exámenes preoperatorios al día.

Este estudio preoperatorio de los pacientes desde 1985 a 1993 nos proporcionó multitud de datos estadísticos que hizo posible la presentación de numerosas comunicaciones en los congresos de Medicina Interna, Geriátrica y Gerontología. Así tenemos:

Alternativas a la hospitalización (1987. Colegio de Médicos de Barcelona); *Riesgo Quirúrgico para los pacientes mayores de 80 años sometidos a una intervención con anestesia general y cirugía mayor* (1988. XVII Congreso de Geriátrica y Gerontología. Barcelona); *La obesidad como factor de riesgo grave pluripotencial* (1992. Congreso de la Sociedad de Medicina Interna. Barcelona); *Actitud del internista ante la medicación preoperatoria* (1993. V Congrès Català de Medicina Interna. Barcelona); *Incidencia del hábito de fumar en la edad de aparición del tumor vesical* (1997. Congrès Català de Medicina Interna); *Antecedentes familiares y otros factores de riesgo en la litiasis biliar* (1993. V Congrès Català de Medicina Interna); *Estudio preoperatorio en 1027 pacientes propuestos para una intervención quirúrgica oftalmológica 1991-1993* (Universidad Autónoma de Barcelona: Cátedra de Oftalmología); *Monografías Médicas JANO. Cuidados preoperatorios* (Vol. 3, Nº 9, Noviembre 1989).

Cabe mencionar también un trabajo inconcluso (1992) que de haberlo terminado nos hubiera proporcionado determinado nº de Síndrome X o Síndrome metabólico: *Estudio preoperatorio de 1027 pacientes mayores de 60 años*. En el inicio de dicho estudio sobre los antecedentes patológicos encontramos:

Nº de pacientes	Antecedentes patológicos	%
365	Obesidad	35.63
211	Diabetes Mellitus	20.64
105	HTA	10.27

Faltaba averiguar de los 1.027 pacientes cuántos padecían 2 o 3 de los procesos patológicos indicados cuya suma de factores de riesgo vendrían a dar lugar al Síndrome X o Síndrome metabólico, tema de actualidad en 2012.

Con respecto al estudio postoperatorio se solicitó permiso a todos los Servicios del Hospital para la utilización de las historias clínicas de los pacientes intervenidos, sin embargo solo fueron obtenidos de los Servicios de Traumatología (Dr. Santos Palazzi), Digestivo (Dr. Recoder) y Cirugía B (Dr. Prat). Solo conseguimos revisar 500 postoperatorios, la gran mayoría pacientes de 80 años, lo que sirvió para presentar años después una comunicación al Congreso de Psiquiatría en Oviedo: Incidencia de las complicaciones psiquiátricas en el postoperatorio de 390 pacientes mayores de 80 años (1999).

1990 fue un año de gran movimiento de exámenes preoperatorios, algo más de 5.500, y también de cierto número de pacientes que venían a hacerse el examen de exploración física con escasa colaboración por parte de los pacientes quienes finalmente terminaban presentando

do sus quejas a la dirección hospitalaria. Como Medicina Interna era quien recibía las peticiones de los exámenes preoperatorios se consideró que dicho Servicio era el responsable de las mencionadas quejas. Fue entonces cuando el Dr. Puigdollers nos pidió revisar todos los preoperatorios de 1990 y nos encontramos con la sorpresa de que 126 pacientes se habían hecho 4 preoperatorios cada uno en un año; por lo que consideramos que el problema radicaba en los Servicios que enviaban varias veces al mismo paciente a hacerse el preoperatorio que tenía una validez de tres meses. Así descubrimos la falta de coordinación entre los Servicios que posteriormente llegaría a subsanarse.

ACTIVIDAD DOCENTE

Con respecto a la actividad docente podemos decir que ya en 1970 se inicia una colaboración entre la cátedra de Patología General dirigida por el profesor Balcells Gorina y el Servicio de Medicina Interna dirigido por el Dr. J.M. Puigdollers realizándose sesiones científicas de los diversos Servicios Médicos, entre las que mencionaré las sesiones clínicas de Medicina Interna.

Para ello se contó con la nueva sala de conferencias, dependencia que el antiguo hospital nunca había tenido. Por lo que las actividades de los cursos nacionales o internacionales se tenían que celebrar fuera del hospital.

En 1980 al contar el hospital del *Sagrat Cor* entre sus recursos humanos con un profesor titular (Dr. J.M. Puigdollers) y cuatro profesores asociados consigue mantener un contrato con la Universidad Central de Barcelona como hospital docente colaborador, impartiendo la enseñanza clínica a alumnos de 4º, 5º y 6º curso de Medicina.

Recordaré siempre el primer día que llegaron dichos estudiantes al hospital. Eran 48 alumnos quienes tenían que entrar por la Policlínica, subir a la 5ª planta donde, en la sala Marqués de Alfarrás, el director médico dirigiría unas palabras de bienvenida y se haría el reparto de alumnos por especialidades. Resultó que el encargado de esta acogida estuvo desde las 10 de la mañana en la puerta de la Policlínica esperando a dicho grupo, que no se presentó, para conducirlos a la 5ª planta. El problema fue que la Secretaría de la Facultad de Medicina había dado a los estudiantes un volante con la dirección del hospital y la especialidad a la que debían dirigirse, cosa que no coincidía con el reparto que había establecido el cuerpo docente del hospital. En fin, un pequeño laberinto que se resolvió llamando a las diversas plantas del hospital para que los estudiantes se dirigieran a la Policlínica donde les esperaba el director médico. Al finalizar la estancia de rotación de los estudiantes se les pidió un memorándum sobre su estancia en el hospital, sugerencias y autoevaluación. Curiosamente todos criticaron el día de la llegada donde se encontraron desorientados, y no sabían dónde se encontraba la cafetería del Hospital (lógico, no estaba instalada dicha cafetería, sólo funcionaba la de la Policlínica).

El paso siguiente de la comisión de docencia fue conseguir que el *Hospital Sagrat Cor* fuera un hospital universitario. Esta labor fue encomendada al profesor J.M. Puigdollers quien recibió un gran apoyo del Dr. J. Delás además de todo el Servicio de Medicina Interna. Así pues, la acreditación de hospital universitario para la formación de médicos especialistas (MIR) se consiguió en 1992. Este mismo año el *Hospital Universitario Sagrat Cor* recibe los primeros médicos MIR en Medicina Familiar-Comunitaria y Medicina Interna con mucho afecto e ilusión ante el nuevo reto de contribuir a la formación de postgraduados, como ya venía haciendo con eficacia y esfuerzo, el Servicio de Dermatología.

Mencionaré aquí únicamente el primer grupo de MIR que llegó en 1992: MIR en Medicina de familia (7), Medicina Interna (1), Dermatología (1). La Dra. Lidia Creus, residente R3 en Dermatología fue designada jefa de residentes y cada uno de los residentes recibió un Programa de actividades que incluía información sobre la estructura y ubicación del hospital y la policlínica, guía de guardias y rotaciones, programa de doctorado, etc.

PARA CONCLUIR

Hasta noviembre de 1993 podemos decir que el *Hospital Universitario del Sagrat Cor* tuvo un servicio de Medicina Interna que fue una continuación de la antigua institución y dirigida por un gran médico y profesor, J.M. Puigdollers. Cierta día de dicho mes los nuevos propietarios clausuraron el Servicio. Los pacientes de Medicina Interna fueron derivados a la *Quinta de Salud La Alianza*; solo tres médicos de Medicina Interna se incorporaron a la plantilla de la *Quinta de Salud La Alianza*. Las nuevas condiciones de trabajo determinaron que otros médicos abandonaran el *Sagrat Cor*. El Dr. J.M. Puigdollers continuó como jefe de docencia universitaria hasta su jubilación en 1998.

La relación posterior de todo el personal del antiguo *Hospital del Sagrat Cor* se mantuvo durante los primeros años en cenas llenas de recuerdos y vivencias de tiempos pasados. En la primera participaron 250 profesionales de todas las ramas sanitarias.

En 1996 volvió al *Hospital Sagrat Cor* un nuevo Servicio de Medicina Interna formado por la *Quinta de Salud La Alianza* cuya historia será relatada por otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Joan Agustí i PeyPOCH. Història de l'Hospital del Sagrat Cor (1879-1980). Fundació Uriach1838.
2. MIR 1992. Universidad de Barcelona. Quinta de Salut l'Aliança- Hospital Sagrat Cor.
3. Conversaciones con el Dr. Albarrán del Servicio de Endocrinología del Hospital Sagrat Cor. ●

Índex

volum 22, 2015

A

Aguas Compaired, M. 100, 111
Agudo Fernández, C. 75
Ajram Maksoud, J. 145
Aldunce Soto, MJ. 86
Alsina Estallo, L. 132
Aracil Xarrié, AM. 119
Arboix Damunt, A. 16, 20
Azagra Ledesma, R. 145

B

Balcells Riba, M. 74, 100, 118
Bara Casaus, JJ. 145
Barceló Colomer, ME. 145
Barnadas Sole, C. 132
Barrera Aguilera, N. 57
Bassegoda Guardia, O. 97
Basilio Bonet, E. 96
Bielsa Antúnez, M. 143
Blanco Rojas, L. 140

C

Campos Marmol, MC. 24
Capsada Bardés, MP. 60
Catalan i Borràs, JM. 27
Coll Colell, R. 128

D

De Sanctis Briggs, V. 13, 68
Delás Amat, J. 15, 24, 100, 138
Delisau Puig, O. 97

F

Fernández Bigorra, P. 7
Fornés March, S. 135

G

Galvany Rossell, L. 87
García Bonillo, L. 143
Garrido Garrido, C. 119
Ginés Fabrellas, M. 81
Granados Plaza, M. 143
Grivé Isern, E. 21, 91,
Gutiérrez Herraiz, A. 69
Guzmán Barredo, A. 114

I

Irache Esteban, E. 100, 109

L

Làzaro Simó, A. 97, 128
Loscos Romacho, S. 97
Lozano Miñana, A. 113

M

Malveyh Guilera, J. 87
Manrique Rodríguez, O. 145
Marín Suárez, A. 21
Marqueño Ellacuría, A. 58
Martí García, L. 70
Martín i Ezquerro, G. 84
Mata Haya, L. 100
Medina Luyo, L. 110, 147
Molins López-Rodó, L. 5
Morcillo Serra, C. 12
Morínigo Maldonado, R. 133

O

Odreman Pascual, E. 138
Olarte Tobon, Ana M. 91
Orient López, F. 75

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2015.
Volum 22, Número 1. Publicació trimestral

EDITORIAL..... 4

- Passat i present

DEBAT..... 5

- Crisi econòmica: retallades o racionalització? *Laura Molins, Mariana Riera*

ORIGINAL..... 7

- Características de los pacientes noagenarios hospitalizados. *Patricia Fernández Riquena, Mª José Sánchez*
- Comentaris i perspectives. Noagenarios.
 - Jóvenes de la tercera edad. *Guar Morilla*
 - Mis adorables noagenarios. *Galdina Vall*
 - El dolor en el paciente geriátrico. *Vianet De Santis*
 - 25 años atrás. *Jordi Dalís*

CASOS CLÍNIC DEL SERVEI DE MEDICINA INTERNA..... 16

- Ictus en territorios vasculares cerebrales posteriores: a propósito de dos casos clínicos. *Rosana Rosin Marques, Rosario Salas, Adrià Arbores*
- Comentaris i perspectives.
 - Ictus de territorio vascular cerebral posterior i la seva heterogeneïtat clínica i semiològica. *Adrià Arbores*

DIAGNOSTIC PER IMATGES DEL SERVEI DE RADIOLOGIA..... 21

- Osteomas de seno paranasal: a propósito de un osteoma naso-etmoidal. *Angel Martín, Eleanora Gort*

ARTICLE ESPECIAL..... 24

- La enfermedad por el virus del Ébola. *Mª Concepción Campos Maimón, Jordi Dalís*

L'HOSPITAL ES HISTÒRIA..... 27

- Pasejada per la cirurgia ortopèdica i la traumatologia des dels 135 anys de l'Hospital del Sagrat Cor (1879 – 2014). *Josip Mª Catalán i Borrás*

PUBLICACIONS..... 34

- Hospital Universitari Sagrat Cor. Publicacions de l'any 2014



Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2015.
Volum 22, Número 2. Publicació trimestral

SUMARI..... 56

EDITORIAL..... 56

DEBAT..... 57

- Vacunes. *Núria Barreira Aguilera, Ana Marquillo Elizacua, Anna Riera*

ORIGINAL..... 60

- Hipotermia en el paciente quirúrgico urológico - geriátrico. *Maria Párraga Capadell, Anna Pérez Morillo*
- Comentaris i perspectives. *Vianet De Santis, Antonio Galbarrà*
- Cálculo en el paciente anciano: análisis desde el punto de vista neurológico. *Laura Martí*
- Comentaris i perspectives. *Miguel Roldán*
- Cálculos i les seves conseqüències en gent gran: un perill evitable? *Dolores Sánchez Cornejo, Carlos Agudo Fernández, Felipe Oriol López*
- Comentaris i perspectives. *Galdina Vall*

CAS CLÍNIC..... 81

- Amiloidosis diagnòstica per sospita en ecocardiograma. *Marta Gini i Faldutius*

ACTUALITZACIONS EN DERMATOLOGIA..... 84

- I Curso de Patología Ungueal. *Gemma Martín i Figueras, Paula Calvo Melé, María José Albornoz San, Manuel Sánchez Regalado, Rosamery Soto Paredes, Montserrat Salazar Redondo, Susana Puig, Josep Miquel, Lluís Galvany Rosell, Cristina Soriano Falcón*

DIAGNOSTIC POR IMAGEN..... 91

- Angiomas cavernosos: revisión de una patología con hallazgos típicos en resonancia magnética. *Ana María Olarte Tobón, Eleanora Gort*

ESPECIAL..... 94

- Rol de la enfermera de Educación al Paciente y Familia. *Marta - Ángela Ramos Tallada*

E-ARTICLES..... 97

L'HOSPITAL ES HISTÒRIA..... 98

- Un singular cas de pell a l'Hospital del Sagrat Cor. *Josip Pabst Margó*
- Medicina d'avanguardia l'any 1905. *Vianet De Santis*
- Un mes... *Consell Editorial*

CALENDARI..... 102

- Sessions hospitalières



P

Padró Margó, J. 98

Pérez Morales, A. 60

Pons Bussom, M. 127

Puig Sarda, S. 87

R

Raboso Fidalgo, A. 59

Ramos Tallada, MA. 94

Reig García, A. 97

Rivas Fernández, MA. 143

Roca Rossellini, N. 127

Ros Canto, V. 100

Rouco Marques, R. 16

Rovira Mateu, AM. 119

Ruiz Moreno, FJ. 143

S

Sagrera Felip, C. 145

Salas Campo, R. 16

Salleras Redonet, M. 86

Sánchez Corretger, D. 75

Sánchez López, MJ. 7, 100

Sánchez Regaña, M. 86

Sanjaume Feixas, M. 135

Sastre Barbadillo, ME. 138

Serrano Falcón, C. 88

Soto Paredes, R. 86

T

Trèmols Esmel, M. 143

U

Umbert Millet, P. 85

V

Valera Melé, M. 97

Valls Borrue, G. 13, 80

CITACIONS :

Per citar les vostres publicacions als Annals del Sagrat Cor, haureu d'utilitzar :
Autor/s. Títol (...). Ann Sagrat Cor 2015; 22: pàg. Inicial-final.

Sessions segon semestre

Calendari de sessions hospitalàries per als residents de l'HUSC 2016

Horari: dimarts, 13h30m

Lloc: sala d'actes 7a planta hospital

Coordinació: Núria Barrera i Adrià Arboix

GENER 2016

Dimarts 12 VMNI. *Dra. Marina Galdeano*, Servei de Pneumologia

Dimarts 26 Via Aèria. *Dr. A. Montes*, Servei d'Anestesiologia

FEBRER 2016

Dimarts 2 Actuació inicial del pacient crític. *Dra. R. Corcuera*, Servei de Medicina Intensiva

Dimecres 3 Tarda. **16 hores.** Aula Marquès d' Alfarràs. Taller de sutures. Servei de Cirurgia, *Dra. M. Cáceres* i *Dra. C. Miñambres*

Dimarts 9 Infecció del Tracte Urinari. *Dr. A. Cárdenas*, Servei de Medicina Interna

Dimarts 16 Patologia vascular, *Dr. E. Roche*, Servei de Cirurgia Vascular

Dimarts 23 *Dra. C. Fornós*

MARÇ 2016

Dimarts 1 Ús racional de medicaments. Servei de Farmàcia

Dimarts 8 Fugas, sociopatía y consumidores de drogas en urgencias. *Dr. J. Delàs*, Servei de Medicina Interna

Dimarts 15 Pneumònia. *Dr. A. Cardenas*, Servei de Medicina Interna

Dimarts 22 Patologia urològica a urgències: prostatitis, hematúria i còlic nefrític. *Dr. A. Gutiérrez*, Servei d'Urologia

Dimarts 31 Artrosi, *Dr. A. Malik*, Servei de Traumatologia

Curs-Taller Ventilació Mecànica No Invasiva (VMNI)

17 de març 2016

Hospital Universitari Sagrat Cor

Carrer Viladomat 288
08029 Barcelona
Tel. 933 221 111

Curs-Taller Ventilació Mecànica No Invasiva (VMNI)

El curs-taller de ventilació mecànica no invasiva (VMNI) neix de la necessitat d'apropar la VMNI al dia a dia de l'hospital.

El creixent interès i indicacions fa que cada vegada siguin més els pacients que se'n beneficien, però a banda de tenir-ne clares les indicacions cal fer-ne un bon ús.

Aprofitant la posta en marxa (just en fa un any) de la nostra **UNITAT DE CURES RESPIRATÒRIES INTERMÈDIES (UCRI)** volem convidar a pneumòlegs, intensivistes, urgenciòlegs, internistes... a entendre la VMNI des d'un punt de vista més proper. La part teòrica del curs parla sobre fonaments, funcionament d'un respirador, modes ventilatoris i funcionament d'una UCRI; la segona part (pràctica) són corbes de monitorització en temps real amb un simulador, diferents situacions clíniques i com adaptar-hi la ventilació.

Dr. M. Luján, pneumòleg del Hospital Parc Taulí és un dels referents de la VMNI, i coordinador de SEPAR de monitorització del grup de ventilació mecànica no invasiva.

Dra. M. Galdeano, la coordinadora de la UCRI, del Hospital Universitari Sagrat Cor.

Sra. Lorena Ezquerro, infermera de la UCRI del Hospital Universitari Sagrat Cor.

17 de març 2016

SESSIONS TEÒRIQUES

Sala d'actes 7a. planta

9.30h a 9.45h Presentació del curs

10.00h a 10.45h Fonaments sobre VMNI. Funcionament dels ventiladors a pressió positiva. Conceptes de variable limitant, trigger i ciclat. *Dra M. Galdeano*

10.45h a 11.30h Modalitats utilitzades a la VMNI (inclosos modes no convencionals) *Dr. M. Luján*

11.30h a 12.00h Pausa cafè

12.00h a 12.45h Indicacions i contraindicacions VMNI en casos concrets. *Dra. M. Galdeano*

12.45h a 13.30h Com iniciar i monitoritzar la VMNI. *Dr. M. Luján*

13.30h a 14.15h Paper de la enfermeria especialitzada a les UCRI. *Sra. L. Ezquerro*

SESSIÓ TEÒRICO-PRÀCTICA

Aula Marquès d'Alfarràs

15.15h a 16.15h Introducció a la monitorització de la VMNI mitjançant gràfiques de pressió i fluxe-temps. Comportament de les gràfiques en diferents situacions. Simulador. *Dr. M. Luján*

16.15h a 16.30h Conclusions