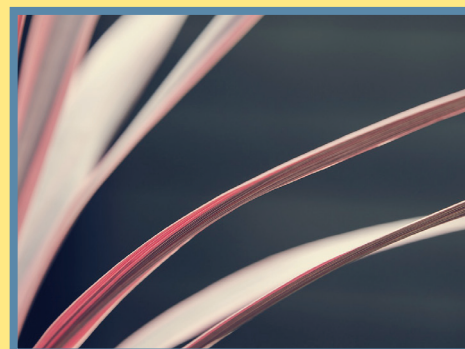


Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2016.
Volum 23. Número 1. Publicació trimestral

EDITORIAL.....	4
• Semiologia y semiótica.	
DEBAT. Universitats.....	5
• Les noves tecnologies estan canviant les nostres Universitats? <i>Adrià Arboix</i>	
• Sobre el voluntariat en docència. <i>Olga Parra</i>	
• El teu futur i la Universitat <i>Raquel González</i>	
ORIGINAL.....	7
• Anàlisis del tractament amb agents estimuladors de l'eritropoesi en pacients amb malaltia renal crònica i processos neoplàsics. <i>Nuria Jorba, Elvira Ramió, Pilar Modamio, Margarita Aguas, Eduardo Mariño</i>	
• Voluntades anticipadas. <i>Carmen Lombardía, Esperanza Arellano, Gloria Palacín</i>	
– COMENTARIS I PERSPECTIVES. El documento, mi médico mi gente. <i>Eduardo Irache</i>	
DIAGNÒSTIC PER IMATGES DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC.....	18
• Necrosis grasa (liponecrosis) de la mama. <i>Ana María Olarte, María José Conde, Anna María Martínez</i>	
25 ANYS DE FARMACÈUTICS INTERNS RESIDENTS (FIR)	23
• Introducció	
• 25 años formando residentes en Farmacia Hospitalaria. <i>Margarita Aguas</i>	
• Treballar amb residents.	
• Ser un resident. <i>Maria Jaume</i>	
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. PUBLICACIONS DE L'ANY 2015.....	27
• Ciències mèdiques	
– Neurologia	
– Patologia respiratòria	
– Pediatria	
– Rehabilitació	
– Reumatologia	
• Cirurgia	
– Cirurgia General	
– Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia	
– Cirurgia Toràcica	
• Dermatologia	
• Urologia i Nefrologia	
• Dolor	
• Farmàcia	
• Infermeria	





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://www.annalsdelsagratcor.org)
[http://issuu.com/
annals_sagrat_cor/](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

Margarita Aguas

Miquel Balcells

Jordi Delàs

Enric Gil de Bernabé

Eduardo Irache

Lucía Mata

María José Sánchez

CONSELL EDITORIAL

Rosa Antón (Cirurgia)
José Aragón (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 El Hilali (Farmàcia)
Francesc Fernández (Medicina interna)
Juanjo Fibla (Cirurgia toràctica)
Javier Foncillas (Cirurgia)
Caterina Fornós (Medicina interna)
Rosa García-Penche (Infermeria)
Elisenda Grivé (Radiologia)
Maribel Iglesias (Dermatologia)
Albert Isidro (Traumatologia)

Joan Carles Jordà (Infermeria)
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)
Antonio Segade (Cirurgia)
Joan Seguí (Psiquiatria)
Ricard Solans (Medicina intensiva)
Juanjo Sopeña (Pneumologia)
Dolors Sort (Medicina interna)
Ignasi Valls (Ginecologia)

CONSELL ASSESSOR

Jamil Ajram
Marta Grau
Luis Hernández
Fani Labori
Gemma Martín

Eduard Mauri
Luis Medina
Laure Molins
César Morcillo

Luis M. Pérez Varela
Carles Pons
Manuel Sánchez Regaña
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, 2016; Volume 23, Issue 1

EDITORIAL	4
DISCUSSION	5
• Universities	
ORIGINAL	7
• Analysis of treatment with erythropoiesis-stimulating agents in patients with chronic kidney disease and neoplastic processes. <i>Nuria Jorba, Elvira Ramió, Pilar Modamio, Margarita Aguas, Eduardo Mariño</i>	
• Advanced directives. <i>Carmen Lombardía, Esperanza Arellano, Gloria Palacín</i>	
– Commentaries and perspectives. <i>Eduardo Irache</i>	
DIAGNOSTIC IMAGING. RADIODIAGNOSIS DEPARTMENT	15
• Fat necrosis (liponecrosis) of the breast. <i>Ana María Olarte, María José Conde, Anna María Martínez</i>	
25 YEARS OF INTERNAL PHARMACIST RESIDENTS	23
• Introduction	
• 25 years training residents in Hospital Pharmacy	
• Working with residents	
• Being a resident. <i>Maria Jaume</i>	
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR. PUBLICATIONS 2015	27
• Medicine	
– Neurology	
– Respiratory diseases	
– Pediatrics	
– Rehabilitation	
– Rheumatology	
• Surgery	
– General Surgery	
– Orthopedic Surgery	
– Thoracic Surgery	
• Dermatology	
• Urology & Nephrology	
• Pain	
• Pharmacy	
• -Nursing	

Editorial

Semiología y semiótica

El 19 de febrero falleció, a los 84 años, el escritor y semiólogo italiano, Umberto Eco. Famoso por sus trabajos de semiótica, novelas como *El Nombre de la Rosa* o *El Péndulo de Foucault* y por un maravilloso librito, delicia de doctorandos, titulado *Cómo se hace una tesis*.¹

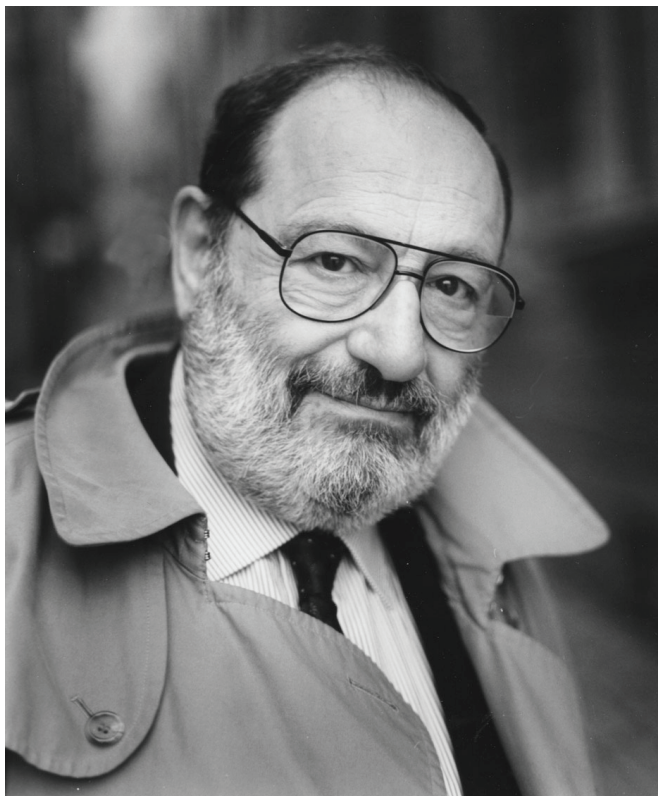
En sus voluntades anticipadas, Eco manifestó que no quería homenajes ni celebraciones en los 10 años siguientes a su muerte, con lo cual el análisis sobre su obra habrá de ser mucho más reposado.

En la vecindad de las ciencias, semiótica es a filosofía y comunicación lo que semiología es a la medicina. Umberto Eco consideraba la semiótica como una escuela, una red interdisciplinaria, que estudia los seres humanos en la medida que producen signos y no únicamente los verbales.

Continúa, “el estudio de un sistema específico de signos es usualmente llamado semiótica de”. Así pues el estudio de los signos que aparecen en la enfermedad podría denominarse semiótica de la enfermedad. Lo que sencilla y habitualmente denominamos semiología médica.

En medicina, buena parte de nuestro cometido es percibir lo que es diferente de la normalidad y entenderlo y a ello dedicamos nuestro tiempo. Aprendemos y enseñamos a reconocer los signos de la enfermedad. Alarmas de que está ocurriendo algo diferente y a poner nombre, identificarlo. Pasar del síndrome a la enfermedad. De lo general a lo concreto e intentar encontrar un tratamiento que haga desaparecer el signo.

No se trata de contravenir la voluntad de Umberto



Eco con un reconocimiento desde otra ciencia. Sino de reflexionar sobre nuestro papel en el lenguaje de los signos. La capacidad y necesidad de observar con calma, de integrar cautelosamente las señales en una profesión que a veces requiere notable paciencia.

En este número de *Annals del Sagrat Cor* tratamos también las voluntades anticipadas, con textos y comentarios que facilitan asumir esta importante decisión. Así como un debate sobre cómo las nuevas tecnologías cambian nuestras universidades.

25 años ya de residentes de Farmacia. Muchas generaciones que han pasado por el segundo só-

tano del Hospital y de allí han irradiado a todo él. Han contribuido con sus inquietudes, publicaciones, proyecto FIS a mejorar nuestro Hospital y a tener a muchos amigos y amigas por farmacias hospitalarias y comunitarias de todo el país. Destacar la gran tarea realizada por todo el equipo docente y el discreto y colosal papel de la Dra. Margarita Aguas en el mantenimiento en primera línea en publicaciones, docencia y asistencia, del Servicio de Farmacia que asumió en sustitución de la querida Dra. Begoña Eguileor.

Completan este ejemplar las habituales secciones de originales y el de diagnóstico por la imagen que coordina la Dra. Grivé.

Como en cada último número del año, presentamos la relación de publicaciones de los servicios del Hospital. Reconocimiento al esfuerzo en tiempos de ingentes cargas de trabajo y el deseo de que puedan dotarse al global de nuestros servicios del tiempo y herramientas necesarias para seguir aportando conocimiento a la comunidad científica. ●

¹ Eco U. *Como se hace una tesis*. Editorial Gedisa. Barcelona, 2003. http://www.upv.es/laboluz/master/seminario/textos/umberto_eco.pdf

Educació

Les noves tecnologies estan canviant les nostres Universitats?

Adrià Arboix

Vivim moments socials de canvi i d'esperança en un context on predomina la immediatesa per damunt de la reflexió, i a on moltes de les noves tecnologies semblen tòtems imprescindibles per a la nostra vida diària.

Aquestes noves tecnologies es postulen també -la majoria de les vegades i de forma totalment acrítica- com a una alternativa a l'ensenyament universitari tradicional, que es veu desprestigiats per antiquat.

Malgrat aquest corrent de pensament actual que sembla majoritari, cal reivindicar sense complexos els avantatges francs que comporta el seminari clàssic entre professor

i alumne, amb el benefici incommensurable del diàleg directe establert entre la veu de l'experiència i la il·lusió de l'aprenent, i amb el benefici que comporta la relació directa entre el mestre i l'alumne.

Si fem compatibles i en peu d'igualtat, les noves tecnologies amb el pòsit de l'ensenyament clàssic del coneixement -amb el seu contacte humà i professional directe-, millorarem la docència universitària. Recordem que en la nostra professió assistencial, tampoc el millor dels ordinadors no pot substituir de cap de les maneres el ca-liu directe i imprescindible de la relació entre el metge i el malalt. ●

Sobre el voluntariat en docència

Olga Parra

Hi ha professions, i la de metge n'és una, que en la seva missió de servei, duen implícit un efecte model del qual cal ser-ne conscients i tenir-ne cura. Model, en aquest cas, d'actituds promotores de la salut davant de la societat en general, però també model per als futurs professionals de la medicina. I en aquest sentit, i en la necessitat de la transmissió de l'experiència, crec que la docència és inherent al metge.

Tanmateix, es pot tenir, a més, una actitud pro-activa en vers aquesta tasca docent. Al nostre hospital anem plens, d'exemples. Per bé que el nostre és un hospital docent i universitari, no només per als estudiants o residents en formació de medicina, sinó en diverses disciplines relacionades amb Ciències de la Salut, en general la major part dels professionals han assumit la tasca docent amb

gust i sense incentius específics més enllà de la satisfacció compartida entre docent i discent. I d'això en podem dir en certa manera "voluntariat", perquè malgrat les directrius laxes, el grau d'implicació en la docència, que és alt en el nostre hospital, depèn de la voluntat de cadascú. Implicació, aquesta, que genera un aprenentatge i estímul compartit, font de satisfacció tant per al metge com per a l'estudiant.

Menció a banda, mereix el banc de coneixement i experiència que suposen els professionals que arriben a l'edat de jubilació però no necessàriament de retir i que, naturalment si ho volen, un cop alliberats de la sovint abassegador tasca assistencial poden desenvolupar una tasca docent impagable. Algú se n'hauria d'adonar i gestionar amb encert aquestes doctes voluntats. ●

El teu futur i la Universitat

Raquel González, Infermera i estudiant d'Antropologia Social i Cultural.

«Tu que pots, has d'anar a la Universitat», a quants i quantes ens han repetit els nostres pares aquestes paraules? Des de ben petita aquestes paraules han estat sinònimes d'una vida millor a la que han tingut els teus pares, i durant un temps segurament hagi estat així. Arribes a la Universitat amb 18 anys, entres amb por perquè durant els teus anys de secundària te l'han venut com que tu mateixa t'hi has d'espavilar, has de ser crítica, activa i discutir el teu aprenentatge. La veritat, però, és una altra: amb la vergonya d'arribada et fan asseure, obeir i escoltar, característiques que no s'allunyen al procés estudiantil que has viscut fins aleshores. Després de dotze anys a la universitat realitzant dues especialitats i un màster veus que l'evolució ha estat poca: segueixen les classes presencials amb un temari repetitiu cada curs, exàmens escrits, treballs per a disciplinar, especialitats separades per fronteres. Tot això queda lluny si pensem que avui dia, dins del mercat laboral es valoren més les competències finals que el procés pel qual hi has arribat. Obtenir una titulació final no et garanteix una competència laboral, ja que es valoren més les habilitats i l'experiència com a professional que no pas els colzes que hagi pogut dedicar per aconseguir-ho.

Un aprenentatge més personalitzat i actiu ens venia el fracassat Pla Bolonya, on tot alumnat i professorat va predir una sèrie de conseqüències que avui es fan paleses: manca de finançament per seguir els estudis, alumnat que no pot accedir o seguir amb els seus estudis, i una dedicació a «temps complet» per a l'estudi, impeding compaginar estudis i feina. Ara arriba la reestructuració dels graus 3+2: tres anys de grau i dos anys de màster per afavorir l'especialització i les competències internacionals, diuen. Recorregut necessari per a poder optar al mercat laboral. El que no es diu, però, és que aquesta reestructuració suposarà un (encara més) encariment dels estudis, a més d'encaminar-se a cercar un model Universitat - empresa i seguir amb la mercantilització i la privatització encoberta de l'educació pública, i a seguir amb la precarització laboral dels joves professionals universitaris. Interessar-te per aprendre, per seguir el teu cuc crític i per aprofundir en el teu coneixement és cada vegada més impossible, arribant fins i tot a ser penalitzat (m'ho recorda l'increment del 40% de la meua matrícula cada any, per tenir una primera carrera). Tot es regeix per les ordres del mercat convertint-se en un atac a l'educació pública i al dret a l'educació. ●



Anàlisi del tractament amb agents estimuladors de l'eritropoesi en pacients amb malaltia renal crònica i processos neoplàsics

Análisis del tratamiento con agentes estimuladores de la eritropoiesis
en pacientes con enfermedad renal crónica y procesos neoplásicos

Analysis of treatment with erythropoiesis-stimulating agents in
patients with chronic kidney disease and neoplastic processes

Nuria Jorba^a, Elvira Ramió^b, Pilar Modamio^a, Margarita Aguas^{a,b}, Eduardo Mariño^a

^a Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universidad de Barcelona;

^b Servicio de Farmacia. Hospital Univeristari Sagrat Cor. Barcelona

RESUM

Introducció. Les diferents formes d'eritropoetina humana recombinats (rHuEPO) s'han utilitzat sobretot per tractar anèmies associades a malaltia renal crònica (MRC) i anèmies en pacients amb càncer i, en alguns casos, per tractar anèmies causades per certs fàrmacs antiretrovirals. L'objectiu del tractament de l'anèmia amb agents estimulants de l'eritropoesi (AEE) és l'augment de la qualitat de vida i el millor seguiment del tractament terapèutic en casos d'anèmia induïda per quimioteràpia. A més, també s'intenta reduir al màxim el nombre de transfusions d'eritròcits.

L'objectiu d'aquest treball és descriure i analitzar l'ús d'AEE en pacients tractats amb aquests medicaments per anèmia secundària a MRC, o per anèmia secundària a

ABSTRACT

Introduction. Several formulations of recombinant human erythropoietin (rHuEPO) are available for treating anaemia in people with chronic kidney disease (CKD), with cancer, and, in some cases, for treating anemia caused by some antiretroviral drugs. The goal of treating anemia with erythropoiesis-stimulating agents (ESA) is to increase the quality of life and better monitoring the therapeutic treatment in cases of anemia induced by chemotherapy. In addition, we also try to minimize the number of red blood cell transfusions.

The aim of this study is to describe and analyse the efficacy of ESA to treat anemia secondary to CKD or to cancer, also including anemia resulting from chemotherapy.

processos oncològics, incloent-hi també l'anèmia derivada del tractament amb quimioteràpia.

Material i mètodes: estudi retrospectiu sobre les històries clíniques d'un total de 51 pacients de l'Hospital Sagrat Cor de Barcelona.

Resultats: El canvi de dosi o posologia dels AEE és una estratègia utilitzada freqüentment per adaptar la teràpia a les necessitats de cada pacient. Gràcies al control i a l'estabilitat dels nivells d'Hb, les transfusions sanguínies van ser necessàries en un grup reduït de pacients. En pacients que presenten processos oncològics, tot i l'administració d'AEE van ser necessàries transfusions. En tots els casos els nivells d'Hb en sang van ser inferiors a 11 g/dl.

Conclusions: l'administració d'AEE aconsegueix mantenir constants els nivells d'Hb en pacients amb anèmia secundària a MRC, tot i que en la majoria d'ells no s'aconsegueixen les concentracions d'Hb en sang establertes.

Material and methods. Retrospective study based on data from medical records for a total of 51 patients at the Sacred Heart Hospital in Barcelona.

Results. The changes in dose or dosage schedule of ESA are a strategy frequently used to tailor therapy to the changing needs of each patient. Through the stability and control of the Hb levels, blood transfusions were needed in a small group of patients. In those patients with oncological processes transfusions were needed despite the administration of ESAs. In all cases, blood hemoglobin levels were lower than 11 g./dl.

Conclusions. ESAs administration are intended to keep Hb levels more consistent in patients with anemia secondary to CKD, although most of them fail to reach the haemoglobin requirements.

Paraules clau: eritropoetina; anèmia; insuficiència renal crònica; biofàrmacs similars

Keywords: erythropoietin; anemia; renal insufficiency, chronic; biosimilar pharmaceuticals.

Rebut: 10-gener-2016

Aceptat: 4-febrer-2016

Correspondència: maguas@hscor.com

INTRODUCCIÓ

L'eritropoetina (EPO) és una hormona que participa en l'estimulació del procés de síntesi de glòbuls vermells o eritròcits, també anomenat eritropoesis. La seva acció té lloc a través de l'activació de receptors específics per a l'EPO situats a les cèl·lules progenitores d'eritròcits, que es troben a la medulla òssia. La síntesi d'aquesta hormona es produeix a nivell renal com a resposta a situacions d'hipòxia tissular.[1]

Diverses formes d'EPO humana recombinats (rHuEPO) s'utilitzen en el tractament de les anèmies, que poden ser degudes a diferents causes. L'anèmia es defineix com a una reducció del nombre d'eritròcits i de la concentració d'hemoglobina (Hb), que provoca una disminució de la capacitat de la sang a transportar oxigen als teixits. Segons l'OMS, podem definir anèmia quan les xifres d'Hb en adults són inferiors a 13 g/dl en homes i 12 g/dl en dones. [2]

ANTECEDENTS

La primera vegada que es va utilitzar el nom d'EPO va ser l'any 1949, quan els nefròlegs Bonsdorff i Jalavisto el van utilitzar per designar l'hormona que secreten els mamífers en situacions d'hipòxia. Tot i diversos estudis i hipòtesis anteriors, no va ser fins a l'any 1953 que es demostrava sense cap mena de dubte l'existència de la recent anomenada EPO gràcies a un experiment dur a terme per Erslev. [3]

El 1978, Miyake i Goldwasser [4] van aïllar i purificar EPO humana a partir de l'orina de pacients anèmics i van definir la seva estructura; composta per 165 aminoàcids i un 40% de sucres.

La identificació de la seqüència d'aminoàcids i posteriorment la identificació del gen va portar al 1985 a la seva clonació en cèl·lules d'ovari d'hàmsster per Lin et al.[5] El mateix any es va desenvolupar la primera rHuEPO: l'epoetina alfa, de característiques immunològiques i bioquímiques iguals a l'EPO humana. Quatre anys més tard es va sintetitzar l'epoetina beta, que presenta poques diferències amb la primera.[6]

L'any 2002 es va aprovar l'ús d'una altra forma de rHuEPO, l'epoetina delta, així com la darbepoetina alfa: un anàleg hiperglicosilat de la rHuEPO, que també estimula l'eritropoesi de la mateixa manera que l'hormona endògena però presenta una semivida d'eliminació més llarga.[7]

Per últim, l'any 2007 es va autoritzar l'ús de metoxipoli-etilenglicol epoetina beta, caracteritzada per una associació més lenta i una dissociació més ràpida del receptor i també un augment de la semivida d'eliminació; capaç d'activar el receptor de l'EPO de manera continua.[7]

Avui en dia existeixen medicaments dels anomenats agents estimulants de l'eritropoesi (AEE): l'Eprex®, Epopen® (epoetina alfa), el Neorecormon® (epoetina beta), Aranesp® (darbepoetina), Dynepo® (epoetina delta) i Mircera® (metoxi-poliètilenglicol epoetina beta).

També existeixen medicaments biosimilars que han sigut aprovats per la UE en els últims anys i que presenten a

l'epoetina alfa com l'agent de referència: Binocrit®, Abseamed®, Epoetina alfa Hexal® i Retacrit®.

Actualment, a Espanya disposem de l'epoetina alfa i beta, la darbepoetina alfa i metoxi-poliètilenglicol epoetina beta (EpoBM). A la taula 1 es mostren diferents característiques d'aquests medicaments comercialitzats:

Taula 1. Comparació entre els diferents AEE actualment disponibles [8]

	Epoetina alfa	Epoetina beta	Darbepoetina	EpoBM
Presentació	2000, 10000 i 40000 UI	6000, 10000 i 30000 UI	20, 30, 40, 50, 80, 150, 300 i 500 mcg	75, 100, 150, 200 i 250 mcg
Posologia en malaltia renal	Inici: 50 UI/kg iv 3 cops/setmana o sc 2 cops/setmana en diàlisi peritoneal, titulant segons la resposta. Manteniment: 75-300 UI/kg/setmana (en 3 dosis) u 11-33 UI/kg x 2 cops/setmana sc. La presentació de 40000 (setmanal) no aprovada en malaltia renal.	Inici: 20 UI/kg (sc) o 40 UI/kg (iv) 3 vegades/setmana, titulant segons resposta. Manteniment: amb dosis setmanal la meitat de dosis total que la titulada a l'inici. Després d'aconseguir els objectius, es pot administrar dosis doble a la titulada però cada dues setmanes.	Inici: 0.45 mcg/kg iv/setmana; 0.75 mcg/kg sc en no dialitzats, titulant segons resposta. Manteniment: cada setmana o cada dues setmanes. En no dialitzats, després d'haver assolit els objectius es pot utilitzar una dosi doble a la titulada però una vegada al mes.	Inici: 0.6 mcg/kg iv o sc/2 setmanes, titulant segons la resposta. Manteniment: després d'haver assolit els objectius es pot administrar una dosi doble de la titulada però 1 cop al mes.
Característiques diferencials	Altres indicacions: Oncologia, hematologia, predonació autòloga i precirurgia traumatològica	Altres indicacions: Oncologia, hematologia i predonació autòloga	Altres indicacions: oncologia	Només indicada en malaltia renal. No indicada en menors de 18 anys. Farmacodinàmia diferent.

Usos de la rHuEPO

L'EPO s'utilitza per al tractament d'alguns casos d'anèmia. Com s'ha esmentat anteriorment, l'OMS[2] defineix aquesta patologia com el descens dels nivells d'Hb per sota els valors de referència, que en el cas dels adults són de 12 g/dl en dones i 13 g/dl en homes. És important tractar-la quan aquests afecten la qualitat de vida del pacient. Alguns dels símptomes que poden presentar les persones anèmiques són: fatiga, debilitat muscular, taquicàrdies, dificultat respiratòria, marejos o desmaïs, pell i mucoses pàl·lides, cefalees, dificultat per concentrar-se, dificultat per a mantenir la temperatura corporal adequada, insomni i problemes de coagulació; a llarg termini, pot provocar atròfia cognitiva i cardíaca[9].

Les diferents formes de rHuEPO s'han utilitzat sobretot per tractar anèmies associades a malaltia renal i anèmies en pacients amb càncer; també en alguns casos per tractar anèmies causades per certs fàrmacs antiretrovirals. Actualment els seus usos s'estan expandint i també s'utilitza per al tractament d'anèmies ferropèniques que no responen a tractament amb ferro oral ni endovenós, anèmies en prematurs o pacients prequirúrgics.[10]

Anèmia en pacients amb malaltia renal

La malaltia renal crònica (MRC) és una condició mèdica en la qual els ronyons perden progressivament la seva capacitat funcional i no són capaços de realitzar correctament les seves funcions fisiològiques. Podem classificar la MRC en 5

estadis diferents segons la taxa de filtració glomerular (FG) dels pacients.

Taula 2. Classificació dels estadis de la malaltia renal crònica (MRC) segons les taules K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation. [11]

Estadi	Descripció	FG (ml/min/1,73m²)
1	Dany renal amb FG normal	≥ 90
2	Dany renal amb FG lleugerament disminuït	60-89
3	FG moderadament disminuït	30-59
4	FG greument disminuït	15-29
5	Fallada renal	<15 o diàlisi

L'aparició d'anèmia normocítica normocrònica és bastant freqüent en pacients amb malaltia renal. Aquesta es comença a fer present als estadis més primerencs de MRC (70 ml/min en homes i 50 ml/min en dones) i sovint s'agreuja a mesura que el ronyó va perdent la seva funcionalitat.[12]

Una de les causes principals de la disminució dels nivells d'Hb en els pacients que pateixen MRC és la disminució de la producció d'EPO per part dels ronyons. Com s'ha explicat anteriorment, aquesta hormona estimula la producció d'eritròcits per part de la medulla òssia, i per tant, una insuficient síntesi d'eritropoetina es tradueix a un menor nombre d'eritròcits circulant en sang.

A més a més, s'ha de tenir en compte la possible deficiència de ferro, àcid fòlic o vitamina B12 com a

agreujants de la síndrome anèmica; aquestes deficiències poden ser degudes a una pèrdua de gana associada a la mateixa malaltia o malalties concomitants, pèrdues gastrointestinals, anàlisis de sang freqüents. En pacients amb graus greus de MRC (estadi 5) també poden ser degudes a pèrdues per l'hemodiàlisi.[13] L'administració d'AEE, conjuntament amb suplementes de ferro orals o intravenosos i en alguns casos amb suplementes d'àcid fòlic i vitamina B12, és el tractament d'elecció pels pacients anèmics.[14]

Actualment, està indicada l'administració d'AEE en tots els pacients amb MRC que presentin anèmia simptomàtica. També s'aconsella la monitorització dels nivells d'Hb en tots els pacients amb MRC. Aquestes anàlisis s'han de dur a terme de manera periòdica més o menys espaiades en el temps segons la variabilitat que presentin els valors del pacient; amb una periodicitat mínima anual per pacients no tractats amb AEE o de manera més freqüent en el cas dels pacients que reben tractament amb AEE. [14] La finalitat d'aquest tractament és la millora de la qualitat de vida del pacient. De totes maneres, no s'ha demostrat que nivells adequats d'Hb aconseguixin reduir la mortalitat o que frenin la progressió de la MRC. [12]

Els valors diana d'Hb en aquests pacients se situen per sobre de 11g/dl, [14] però no haurien de sobrepassar mai els 12 g/dl, ja que certs estudis han demostrat que per sobre d'aquests nivells augmenta el risc de patir malalties cardiovasculars en pacients diabètics i, no suposen cap millora en la resta de pacients.[12]

El tractament amb AEE sol ser un tractament llarg que, en pacients amb MRC, no acostuma a suspendre's una vegada s'ha iniciat, a causa de la progressió de la malaltia i de la consegüent anèmia. Qualsevol dels AEE disponibles al nostre país són utilitzats per als tractaments de l'anèmia en la MRC: epoetina alfa i beta, darbepoetina i metoxipolietilenglicolepoetina beta; que es diferencien pel que fa a la seva posologia.

La fase inicial del tractament té com a objectiu l'augment de l'Hb fins a concentracions establertes prèviament, augmentant un màxim de 1-2 g/dl d'Hb al mes; la dosi i freqüència d'administració depenen de la resposta de cada pacient i el seu efecte comença a aparèixer després de 2-6 setmanes. [14]

En la fase de manteniment s'intenta que els valors d'Hb restin constants, sense variacions durant la resta del tractament. [14]

Pel que fa a la forma d'administració d'aquests medicaments, la via subcutània és la més comuna a causa de la seva major facilitat d'administració i deixant la intravenosa per pacients dialitzats. [7]

S'ha de tenir en compte que sovint és necessària l'administració de ferro per aconseguir els nivells desitjats d'Hb. Aquest element es pot administrar tant per via oral com per via intravenosa, encara que la intravenosa ha demostrat ser més eficaç. Per avaluar els nivells de ferro, es té en compte la concentració de ferritina, que hauria de trobar-se per sobre de 100 mg/d i no superar els 500 mg/dl. [12]

Anèmia en pacients amb càncer

L'anèmia és la complicació hematològica més freqüent en els pacients oncològics. S'ha determinat que el 40% dels pacients oncològics presenten anèmia en el moment en què es detecta el càncer, mentre que aquesta proporció es veu incrementada fins al 75% durant el tractament de quimioteràpia i/o radioteràpia. [15]

Aquesta anèmia és d'origen multifactorial i les seves causes més comunes són:

- Quimioteràpia: alguns tractaments quimioteràpics danyen la medul·la òssia, de manera que aquesta no és capaç de produir els eritròcits suficients, que causen el dèficit d'Hb. A més, hi ha alguns fàrmacs utilitzats en quimioteràpia, anomenats fàrmacs de platí (cisplatí i carboplatí), que lesionen els ronyons; provocant una reducció de la síntesi d'EPO.
- Neoplàsies que afecten directament a la medul·la òssia (leucèmies, limfomes i mieloma múltiple) o bé càncers que hagin fet metàstasi als ossos i que impedeixin la correcta formació de glòbuls vermells.
- La radioteràpia també pot ser una causa de dany de medul·la òssia, segons la part del cos on aquesta s'apliqui.
- La cirurgia a què són sotmesos alguns dels pacients oncològics per extirpar tumors poden provocar hemoràgies excessives que també contribueixen a l'aparició d'anèmia.
- El creixement del tumor pot ser causa també d'alguna hemorràgia interna.
- Alguns efectes secundaris del tractament amb quimioteràpia, com les náusees, vòmits o bé pèrdua de la gana poden produir una manca de nutrients com ara ferro, àcid fòlic o vitamina B12; tots ells necessaris per a la formació de nous eritròcits. [9]

L'objectiu del tractament de l'anèmia amb AEE en aquests pacients és l'augment de la qualitat de vida i el millor seguiment del tractament terapèutic en casos d'anèmia induïda per quimioteràpia. A més a més, també s'intenta reduir al màxim el nombre de transfusions d'eritròcits necessàries. No s'ha demostrat que l'increment de la concentració d'Hb augmenti la resposta al tractament ni que disminueixi la mortalitat d'aquests pacients. [16]

Es considera necessari el tractament amb AEE a tots els pacients que estiguin rebent quimioteràpia i que presentin una concentració d'Hb inferior a 10 g/dl a l'inici d'aquest[15]. A concentracions per sota de 9g/dl s'ha de considerar la realització de transfusions d'eritròcits. Els nivells diana d'Hb en aquests pacients es situen entre 10-12 g/dl, no sobrepassant mai els 12g/dl. [12]

Segons el tipus de càncer que presenta el pacient, està recomanat l'ús d'un AEE o d'un altre. Així, l'epoetina beta està indicada en casos de mieloma múltiple, limfoma no-Hodking i leucèmia limfocítica crònica; l'epoetina alfa en mieloma múltiple i limfoma maligne i la darbepoetina s'utilitza en els casos de tumors no mieloides. [12]

La durada i posologia d'aquest tractament dependrà de la durada del tractament quimioteràpic i de l'estat del pacient. Igual que passa en els casos de MRC, la forma d'administració utilitzada majoritàriament és la injecció subcutània, ja que presenta més facilitat per al pacient.

Considerant que el pacient respon al tractament quan el valor de la concentració d'Hb en sang augmenta en $>1\text{g/dl}$, la resposta al tractament hauria de tenir lloc entre 4-6 setmanes des del seu inici. De totes maneres, s'estima que el 30-50% dels pacients oncològics no responen als AEE, en els quals el tractament s'ha de suspendre a les 6-8 setmanes. [12]

Està indicada l'administració de suplementes de ferro per via intravenosa en pacients que mostrin concentracions de ferritinang/ml per intentar augmentar la resposta a aquest tractament. [15]

Tot i els avantatges de l'ús dels AEE en pacients oncològics, alguns estudis han demostrat un augment de fenòmens trombòtics així com un possible augment del creixement tumoral relacionat amb l'ús d'AEE. [12]

OBJECTIUS

L'objectiu d'aquest treball és descriure i analitzar l'ús d'AEE en pacients tractats amb aquests medicaments per anèmia secundària a MRC o per anèmia secundària a processos oncològics, incloent-hi també l'anèmia derivada del tractament amb quimioteràpia.

MATERIAL I MÈTODES

Per a la realització d'aquest estudi retrospectiu s'ha dut a terme una recollida de dades extretes de les històries clíniques d'un total de 51 pacients de l'Hospital Sagrat Cor de Barcelona. Aquest hospital compta amb una titularitat privada que ofereix servei al Servei Català de la Salut (CatSalut) i a diverses mútues i té capacitat per a 300 pacients; a més, també és un dels hospitals universitaris al servei de la Universitat de Barcelona.

La recollida de dades ha tingut lloc durant el juliol del 2014 i s'ha pogut dur a terme gràcies a la informació disponible en el programa de dispensació de pacients externs utilitzat al Servei de Farmàcia de l'Hospital. Les dades obtingudes se situen en el període de temps comprès entre el març del 2013 (moment en el qual es va iniciar l'aplicació del programa informàtic actual) i el juliol del 2014.

En tot moment s'ha garantit la confidencialitat dels pacients i en la recollida de la informació no consta cap dada que pugui relacionar-se amb cap dels pacients.

Per a la recollida de la informació s'ha utilitzat la base de dades Microsoft Excel i les variables recollides van ser les següents:

1. Edat i sexe
2. Diagnòstic: s'han classificat els pacients segons presentin malaltia renal, processos neoplàsics no hematològics o processos neoplàsics hematològics.

3. Indicació: s'han identificat els diferents tipus d'anèmia per a la qual s'ha dut a terme la administració d'AEE. Així, trobem que les indicacions són: anèmia secundària a MRC, anèmia secundària a tractament quimioteràpic o anèmia secundària a síndromes mielodisplàsics.
4. Servei: s'ha indicat el servei hospitalari que ha prescrit l'administració d'AEE en aquests pacients. Poden ser el servei de Nefrologia, d'Oncologia o d'Hematologia.
5. Concentració de creatinina en plasma: s'ha obtingut dels anàlisis clínics dels pacients. Ens permet calcular la taxa de FG i per tant, el grau de MRC que presenta el pacient. Està expressada en mg/dl
6. Índex de filtració glomerular (IFG): ens serveix per saber quin és el grau de MRC que presenten els pacients. S'ha calculat seguint l'equació MDRD: $IFG_{estimada} = 186 \times Creatinina \text{ en plasma}^{-1.154} \times Edat^{-0.203} \times 0.742$ si és dona. S'expressa en ml/min/1.73m².
7. Grau de MRC: segons el IFG de cada pacient, es pot establir el seu grau. Aquesta classificació presenta valors de 1 a 5, i s'ha fet seguint les indicacions de les taules K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation (taula 2).
8. Tipus de rHuEPO i unitats utilitzades: s'ha tingut en compte el tipus utilitzada pels pacients (epoetina alfa, darbepoetina alfa o combinació d'ambdues) així com també el nombre d'unitats utilitzades.
9. Canvi de dosis: s'ha identificat si els pacients han experimentat o no un canvi en la dosis d'AEE administrada al llarg del tractament.
10. Transfusions i unitats utilitzades: s'ha registrat si els pacients han rebut o no transfusions sanguínies i, en cas afirmatiu, el nombre d'unitats injectades.
11. Ús de ferro: s'ha indicat l'ús de ferro per via oral o intravenosa, utilitzat com a tractament de l'anèmia.
12. Concentracions d'Hb: s'han anotat les diferents concentracions d'Hb que corresponen al període en el qual s'ha administrat els AEE. Aquestes concentracions s'expressen en g/dl.
13. Hematòcrit: expressa el percentatge del volum total de sang que ocupen els glòbuls vermells. Està expressat en tant per cent.
14. Ferritina: és la proteïna principal encarregada de l'emmagatzematge del ferro en els vertebrats. Està expressada en µg/dl.

Anàlisi estadístic

S'ha realitzat un anàlisi quantitatiu mitjançant el càlcul de les mitjanes, desviacions estàndard per les variables quantitatives i el percentatge per les variables qualitatives (nominals o ordinals).

Per la comparació d'una variable quantitativa per dos o més subgrups s'han utilitzat la t-Student i l'Anàlisi de la Variança (ANOVA), respectivament, i per les variables qua-

litatives s'ha utilitzat el test de 2 i el test exacte de Fisher. S'ha considerat un valor de $p < 0,05$ com estadísticament significatiu.

En el tractament estadístic de les dades s'ha utilitzat l'aplicació estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTATS

Nefrologia

S'han recollit dades d'un total de 38 pacients que presentaven diferents graus de MRC, en els quals la teràpia amb AEE estava indicat per al tractament de l'anèmia secundària a aquesta patologia.

El percentatge d'homes dins d'aquest grup va ser del 42,1% amb una mitjana d'edat del grup de 83,39 anys (DE 10,04).

L'IFG mitjana d'aquests pacients es va calcular amb l'equació MDRD en funció dels valors de la concentració de creatinina en sèrum, l'edat i el sexe del pacient, obtenint un valor de 22,96 ml/min/1,73m² (DE 12,89). A partir dels valors d'IFG obtinguts, es va poder classificar la MRC que presentaven els malalts en 5 estadis (taula 3).

Taula 3. Grau MRC segons IFG

	MRC	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Vàlid	3	7	18,4	18,9
	4	21	55,3	56,8
	5	9	23,7	24,3
	Total	37	97,4	100,0
Sense dades	-	1	2,6	
Total		38	100,0	

El 18,4% dels pacients presentaven una MRC de grau 3, el 56,8% una MRC de 4t grau i el 24,3% mostraven el grau més gran de MRC.

L'AEE més utilitzat en aquests pacients va ser la darbepoetina alfa, utilitzada en el 92,1% dels casos. En la resta, l'AEE utilitzat va ser l'epoetina alfa. Només un pacient va utilitzar els dos tipus d'AEE al llarg del tractament.

En el 50% dels pacients es va realitzar un canvi de dosi durant el tractament per intentar aconseguir la resposta clínica desitjada en cada cas i també assolir el seu objectiu terapèutic. Tot i així, es van observar diferències estadísticament significatives entre els dos grups en els nivells d'Hb mitjana durant el període: els valors corresponents als pacients que no havien experimentat canvis de dosi van ser de 10,7g/dl i de 9,8g/dl en els que sí en van experimentar ($p=0,035$).

Es van trobar pacients amb concentracions d'Hb mitjana en sang amb valors inferiors a 11 g/dl en el 73,0%

dels casos, en el 24,3% dels pacients els nivells es trobaven entre 11 i 12 g/dl i només 1 pacient (2,7%) presentava un valor d'Hb mitjana superior a 12g/dl (taula 4).

Taula 4. Valors de la concentració d'Hb

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Hb entre 11 i 12	9	23,7	24,3
Hb < 11	27	71,1	73,0
Hb > 12	1	2,6	2,7
Total	37	97,4	100,0
Sense dades	1	2,6	
Total	38	100,0	

La comparació de les concentracions mitjanes d'Hb a l'inici del període (10,30 g/dl, DE 1,18) i al final (10,48 g/dl, DE 1,32) va demostrar que les concentracions es mantien estables perquè no existeixen diferències estadísticament significatives entre els dos valors ($p=0,476$).

El tractament coadjuvant de ferro oral o intravenós també sol ser freqüent en aquests pacients. Tot i així, només s'han pogut identificar 3 pacients que feien ús de ferro intravenós i 8 que prenién ferro per via oral a causa de limitacions a l'hora de fer la recollida de dades.

L'administració de transfusions va ser necessària en un 8,1% dels pacients.

Oncologia

Es van recollir dades d'un total de 13 pacients que presentaven anèmia relacionada amb processos neoplàsics. La mitjana d'edat d'aquests pacients va ser de 68,69 anys (DE 11,20) i el 53,8% d'ells eren homes.

En el 69,2% dels casos, l'anèmia es presentava en pacients tractats amb quimioteràpia; mentre que en el 30,8% restant, l'anèmia era secundària a processos hematològics malignes.

Els valors d'Hb mitjans al llarg del període van ser inferiors a 11g/dl en la totalitat dels pacients.

Es va produir un increment de 0,725 g/dl (DE 2,17) en els nivells d'Hb mitjos inicials(8,74g/dl DE1,67) i finals (9,47g/dl DE 1,99) del període de recollida de dades ($p=0,272$).

En el 23,1% dels casos els pacients van experimentar canvis en la dosi d'AEE administrada i en tots els casos, l'AEE utilitzat va ser l'epoetina alfa.

En el 53,8% dels pacients es van realitzar transfusions sanguínies amb una mitjana de 10 transfusions per persona (rang 1-31). Es va observar que els valors de la concentració d'Hb mitjana en sang durant tot el període eren lleugerament inferiors en els pacients que van rebre transfusions(8,82g/dl) que en aquells que únicament van rebre AEE (9,28g/dl) tot i que sense diferències estadísticament significatives ($p=0,564$).

Pel que fa al tractament amb suplementes de ferro, 6 dels 13 pacients prenen ferro oral mentre que només 1 d'ells rebia ferro intravenós.

Discussió

L'ús de rHuEPO en l'Hospital Sagrat Cor és un tractament utilitzat en el tractament d'anèmies secundàries a MRC i processos oncològics.

Nefrologia

Els pacients tractats amb AEE per anèmia secundària a MRC solen ser pacients d'edat avançada i no s'han observat diferències pel que fa al sexe.

És important destacar que els nivells d'Hb d'aquests pacients van romandre estables durant el període de recollida de dades. Tot i així, la majoria de pacients presentaven concentracions d'Hb inferiors a 11g/dl, no aconseguint així el seu objectiu terapèutic. [14]

En la meitat dels casos, els pacients van experimentar un canvi en la dosi o posologia dels AEE administrats per tal d'ajustar el tractament el millor possible a les necessitats dels pacients i intentar que els seus nivells d'Hb romanessin estables al llarg del temps.

Tot i això, perquè la Hb mitjana durant el període del grup de pacients que experimenten canvis de dosis és més baixa, podem interpretar que el control de la Hb d'un percentatge de pacients és més complicat i per aquest motiu cal realitzar les modificacions de dosis necessàries. [12]

Gràcies a l'estabilitat dels nivells d'Hb i el seu bon control, l'administració de transfusions va ser necessària en un percentatge molt baix dels pacients.

Cal remarcar que per limitacions a l'hora de fer l'estudi, no es disposa d'un nombre gaire elevat de dades sobre l'administració de ferro oral com a tractament coadjuvant en els pacients tractats amb AEE.

Oncologia

Els pacients tractats amb AEE per anèmies secundàries a processos oncològics o al seu tractament quimioteràpic són més joves que el grup amb MRC i la distribució entre sexes és similar.

Com que en cap cas es van assolir valor d'Hb mitjos superiors a 11 g/dl, tot i que la meitat van rebre transfusions durant el període d'estudi, es confirma la informació trobada a la bibliografia [12] en la que s'explica que fins a un 50% d'aquest grup de pacients no responen als AEE i s'ha de recórrer a l'administració de transfusions.

Aproximadament un quart dels pacients van experimentar canvis en la dosi d'AEE administrat.

Si es compara amb l'apartat anterior, veiem que en aquest cas es produeixen canvis en la dosi en menys casos. Aquest fet pot ser degut a la utilització inicial de dosis altes per la necessitat prioritària d'incrementar els nivells d'Hb tan ràpidament com es pugui, en comptes d'intentar mantenir uns nivells estables com passa a la MRC. [15]

Tot i això, els pacients als quals se'ls va administrar aquestes transfusions presentaven concentracions d'Hb en sang, inferiors als pacients en els quals aquestes transfusions no van ser necessàries, evidenciant les dificultats per mantenir l'Hb.

CONCLUSIONS

Nefrologia

L'administració d'AEE aconsegueix mantenir constants els nivells d'Hb en pacients amb anèmia secundària a MRC, tot i que en la majoria d'ells no s'aconsegueixen les concentracions d'Hb en sang establertes. El canvi de dosis o posologia dels AEE és una estratègia utilitzada freqüentment per adaptar la teràpia a les necessitats de cada pacient. Gràcies al control i a l'estabilitat dels nivells d'Hb, les transfusions sanguínies van ser necessàries en un grup reduït de pacients.

Oncologia

El control de l'anèmia és difícil en els pacients que presenten processos oncològics, ja que en molts casos no responen als AEE. Tot i l'administració d'AEE, van ser necessàries transfusions en la meitat de pacients d'aquest grup. En tots els casos els nivells d'Hb en sang van ser inferiors a 11 g/dl.

BIBLIOGRAFIA

1. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS; 2011.
3. Tanne JH, Allan J, Erslev (Obituary). BMJ. 2004;328:52.
4. Miyake T, Kung CK, Goldwasser E. Purification of erythropoietin. J Biol Chem. 1977;252:5558-64.
5. Lin FK, Suggs S, Lin CH et al. Cloning and expression of the human erythropoietin gene. PNAS. 1985;82:7580-4.
6. Viquipèdia. Eritropoetina [Internet] Wikipedia® (Viquipèdia™) [actualitzat 14-97-104-consultat 08-2014]. Disponible a: <http://ca.wikipedia.org/wiki/Eritropoetina>
7. European Medicine Agency (EMA). [Internet] © 1995-2015 EMA [consultat 09-2014]. Disponible a: <http://www.ema.europa.eu/>

8. García Rueda A, Rodríguez Mateos ME, Alegre del Rey EJ. Metoxi-polietilenglicol-Epoetina- en insuficiencia renal crónica. Informe de evaluación. Guía Farmacoterapéutica de Hospitales de Andalucía.2009
9. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Anemia [Internet] Alexandria, VA: ASCO; 2005-2014 [actualitzat 03-2012 - consultat 08-2014]. Disponible a: <http://www.cancer.net/node/25926>
10. Medline Plus [Internet] The American Society of Health-System Pharmacists; © 2014. [actualitzat 21-08-2014 - consultat 08-2014]. Disponible a: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a692034-es.html>
11. Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología. 2004;24(Suppl6):24-34.
12. Cabrera García L, Ruiz Antorán B, Sancho López A. Eritropoyetina: revisión de sus indicaciones. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009;33:3-9.
13. National Kidney Foundation. Managing Anemia [Internet] NY: National Kidney Foundation; © 2013 [consultat 15-08-2014]. Disponible a: http://www.kidney.org/atoz/pdf/anemia_sp.pdf
14. López Gómez JM. Manejo de la anemia en la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2008;3:63-6.
15. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). *Consenso sobre el uso de agentes eritropoyéticos en pacientes anémicos con cáncer*. Madrid: [Prodrug Multimedia](#); 2007.
16. Engert A. Recombinant human erythropoietin in oncology: current status and further developments. Ann Oncol. 2005;16:1584-95. ●

Agenda

VIII Jornada d'Atenció compartida en Cirurgia Vascular. Aneurisma d'aorta abdominal

15 Abril 2016

Organitzat: Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra (AIS-BE)

Lloc: Sala d'actes, Hospital Clínic.

Jornada Dia Internacional de la Infermera. Sin enfermer@s no hay hospitales

11 Maig

Organitzat: UGT

Curs de canalització de vies venoses amb ecografia

8 i 10 juny

Organitzat: SATSE

Original

Voluntades anticipadas

Voluntats anticipades

Advanced directives

C. Lombardía, E. Arellano, G. Palacín

Enfermeras CEA, HUSC.

Comité de ética del Hospital Universitari Sagrat Cor y Hospital Quirónsalud del Vallès

INTRODUCCIÓN

El DVA es el documento en el que se puede explicar por adelantado el tratamiento que se desea recibir en situaciones especiales, como pueden ser enfermedades incurables o que generen discapacidad, y en el que se puede designar a una persona que represente al paciente en dicho momento. El DVA está regulado por la Ley 21/2000, del 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente.

¿QUIÉN?

Cualquier persona, mayor de edad y capacitada, que pueda expresar de manera libre y anticipada las instrucciones a tener en cuenta para cuando las circunstancias se lo impidan. Una persona capacitada es la que tiene el entendimiento suficiente para comprender su diagnóstico así como las alternativas de tratamiento.

¿CUÁNDO?

El mejor momento es hacerlo cuando la persona conserva todas sus facultades y capacidades, tanto cuando está sano, como delante de circunstancias especiales.

¿CÓMO?

Por escrito, fechado y firmado. Las instrucciones escritas son más efectivas porque disminuyen malos entendidos y la posibilidad de dudas por parte de los médicos, familiares u otras personas próximas. Además es conveniente que esté formalizado legalmente. Siempre que la persona conserve sus capacidades si expresa una voluntad de viva voz, después de haber realizado el DVA, lo que tendrá validez es la voluntad expresada de viva voz.

¿Cómo formalizar o validar el DVA?

- Una vez realizado el DVA no tiene caducidad, por tanto es efectivo hasta la muerte, pero es conveniente que se revise y renueve periódicamente si se desea modificar o añadir alguno de los puntos. Esto será posible siempre y cuando la persona continúe capacitada.
- Si el documento se cambia, se ha de destruir el anterior y las copias del anterior.
- No es necesaria la presencia de un abogado.
- El DVA se puede formalizar delante de un notario o con la presencia de tres testigos (mayores de edad), como mínimo dos de ellos no tendrán relación de parentesco hasta el segundo grado y no estarán vinculados patrimonialmente.

¿Qué contenidos se pueden hacer constar en el DVA?

- **Descripción** de los tipos de tratamientos médicos que la persona aceptaría o rechazaría al final de la vida.

Ejemplos:

- Solicitud de cuidados paliativos.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Quimioterapia.
- Reanimación cardio pulmonar.
- Medidas de soporte vital (ventilación mecánica, alimentación parenteral, diálisis etc.).

- **Designar un representante**

¿Quién puede ser representante?

Una persona adulta mayor de edad que conserve sus facultades y capacidades.

¿Se recomienda un representante sustituto?

Es muy recomendable ya que podría darse el caso que el primer designado se imposibilitara para ejercer como representante.

¿Quién no puede ser un representante?

La persona que puede tener conflicto de intereses y no respete los deseos del paciente. El representante debe tener una copia del DVA.

¿Cómo registrar el DVA?

- Si el documento está validado por un notario, este se encargará de registrarlo.
- Si el documento está validado delante de tres testigos, la responsabilidad de registrarlo recae sobre el interesado.
- El departamento de salud dispone de un registro centralizado situado en Travessera de les Corts 131-159 (Pavelló Ave Maria).

¿Hay un DVA que sea oficial?

No hay ningún modelo oficial de DVA. Existen diferentes modelos que pueden servir de guía. Las partes básicas de un DVA podrían ser:

- Los criterios fundamentales que se han de tener en cuenta: la jerarquía de valores, las creencias y las expectativas de una vida digna para el autor del DVA.
- Las situaciones sanitarias concretas en las cuales se han de tener en cuenta estos criterios fundamentales.
- Las instrucciones y límites concretos en relación a la actuación médica delante de decisiones previstas en función de las posibles evoluciones.

El Departament de Salut tiene un modelo orientativo.

Cómo hacer un DVA en el Hospital Universitari Sagrat Cor y en el Hospital Quirónsalud el Vallès.

- El Departamento de Atención al paciente dispone de documentos de solicitud y les dará información de dicho registro en la Generalitat.
- Para cualquier duda, dirigiros al CEA del Hospital Universitari Sagrat Cor y Hospital del Vallès.

BIBLIOGRAFÍA

www.eutanasia.cat ●

MATERIAL SUPLEMENTARIO

https://analsdelsagratcor.wordpress.com/VOLUNTADES_ANTICIPADAS

Hospital Universitari Sagrat Cor
Hospital del Vallès

quirónsalud
La salud persona a persona

VOLUNTADES ANTICIPADAS

C. Lombardía, E. Arellano, G. Palacín (Enfermeras CEA, HUSC)
Comité de ética del Hospital Universitari Sagrat Cor y Hospital Quirónsalud del Vallès

El documento, mi médico y mi gente

Eduardo Irache

El documento de voluntades anticipadas (DVA) sirve para preservar y garantizar nuestra autonomía, que se cumpla nuestra voluntad, cuando no podamos ejercerla debido a la incapacidad que pueda producir la enfermedad. El documento evita que pasemos la patata caliente a nuestros familiares o al médico que nos asista. Es un asunto tan delicado como trascendente.

El criterio más extendido en la población general es que en estas circunstancias, el médico y la familia harán lo que más convenga. “Ya se encargarán ellos que querrán lo mejor para mí”, pensamos. Esto es lo que se ha hecho casi siempre. Pero si delegamos exclusivamente en ellos, aplicarán los valores que crean que son nuestros, o aplicarán los suyos propios, que pueden, o no, coincidir con los nuestros. Por tanto el DVA es un documento que ayuda al médico y la familia a tomar decisiones según nuestros deseos y criterios, que nos los respeten. No dejarlos solos en situación tan peliaguda.

Las enfermedades terminales comportan muchas variables y el DVA no puede preverlas todas. Hay momentos en que el documento no se puede seguir estrictamente el pie de la letra. ¿Se puede dejar de intubar a un paciente accidentado, no terminal, aunque haya escrito que no se le intube? ¿O dejar de poner antibióticos en una infección intercurrente y curable, en un paciente inconsciente pero no terminal?

El DVA es más necesario cuando precisamente no suele estar. En episodios agudos y graves, por accidentes o ictus en personas sin enfermedades previas, o en jóvenes, que no han oído hablar del DVA, o ni se les ha pasado por la cabeza firmarlo. O que lo han dejado para más adelante. Familiares y médicos están solos ante el peligro; no tienen la información sobre cómo actuar para una previsible muerte digna: el médico aportando los criterios clínicos, y el familiar intentando ponerse en el lugar del paciente. Intentando no hacer lo que haríamos nosotros, sino lo que haría él.

En enfermedades crónicas graves, ha habido tiempo y circunstancias para que de forma directa o indirecta sepamos los valores y preferencias del paciente, qué quiere que sea cumplido. Bien porque el paciente las exprese o insinúe, bien porque de forma indirecta y afectuosa nos vamos enterando.

Por esto es muy importante que en el DVA se nombre un representante, que conozca la voluntad del paciente, para que valore el documento en la posible etapa final incapacitada del enfermo. Por el mismo motivo, el médico que lleve el proceso de la enfermedad grave y previsiblemente terminal, o el médico de confianza, ha de tener la oportunidad de hacer una *planificación anticipada de cuidados*. Esto es, ir informando al enfermo de las etapas de la enfermedad y recapitulando los deseos de cómo el paciente quiere ser atendido en cada una de ellas y, a ser posible, en la etapa de los últimos días. Esta planificación nos la explicó muy claramente nuestro compañero Dr. Baigorri, en la sesión clínica hospitalaria del CEA el curso pasado.

Por supuesto, en esta etapa, la colaboración de enfermería con el equipo médico es lo que más datos va a proporcionar. Enfermería suele tener un alto grado de confianza con el paciente, con el trato diario y próximo. Puede ser un gran receptáculo de inquietudes y deseos del paciente en cuanto al qué hacer. “¿Usted qué haría si fuera su madre?”

Según informe de octubre 2015, habían firmado el DVA 4’13 cada mil españoles. En Catalunya, 7’73. Más porcentaje de mujeres 65%, predominan las personas mayores y con estudios progresivamente superiores. Así está el panorama. Es un tema difícil.

Si no queremos que decidan por nosotros, hay que firmar el DVA. Sin embargo, no hay que dejar de confiar en nuestros familiares y representantes y en nuestros médicos y enfermeros. Tendríamos que ayudarles con el DVA y con nuestras preferencias. Quizás sea cuestión de firmar el documento, archivarlo, y que tarde mucho en ser utilizado. *Carpe Diem.* ●

Necrosis grasa (liponecrosis) de la mama

Necrosi grassa (liponecrosi) de la mama

Fat necrosis (liponecrosis) of the breast

Ana María Olarte, María José Conde, Anna María Martínez

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: Tejido adiposo; mama; mamografía; necrosis.

Keywords: Adipose tissue; breast; mammography; necrosis.

Correspondencia: anaolarte87@hotmail.com

La necrosis grasa de la mama es una condición benigna que afecta con mayor frecuencia a mujeres peri-menopáusicas. La importancia de sospecharla y reconocerla es que puede simular un cáncer tanto clínica como radiológicamente. En otros casos puede ocultar lesiones malignas.

Presentamos el caso de una paciente de 55 años de edad que consulta por palpación indurada y nodular del cuadrante interno de la mama izquierda (MI) de nueva aparición. La paciente no relata antecedentes familiares de cáncer de mama.

Al examen físico, se palpa una extensa área de induración y nodularidad en la zona referida por la paciente; relata antecedente traumático importante hace 12 meses en dicha localización.

Tras las pruebas de imagen, se procede a la realización de biopsia guiada por ecografía, con resultado final de AP: necrosis grasa. Es un proceso inflamatorio benigno no supurativo del tejido adiposo que fue inicialmente descrito en la mama en 1920.

La incidencia está estimada en un 0,6% en la mama, representando 2,75% de todas las lesiones benignas. Se halla en un 0,8% de los tumores de mama y 1% de los casos de

reducción mamaria. La edad promedio de las pacientes es de 50 años.

La etiología está relacionada con traumatismo (21-70%), radioterapia, anticoagulación, aspiración de quistes biopsia o reducción mamaria.

Características de imagen

Mamografía: Los hallazgos incluyen desde la normalidad (9%), a una radiolucencia ovalada por la presencia de quistes oleosos (27%), engrosamiento y deformidad de la piel tejido subcutáneo (16%), masa focal (13%) o masa espiculada mal definida (fig 1 y 2).

La necrosis grasa de la mama puede cambiar con el tiempo y calcificarse por lo que es fundamental comparar con los estudios previos de imagen.

Ecografía: Los hallazgos ecográficos varían desde nódulos sólidos con sombra posterior hasta masas complejas intraquisticas que evolucionan con el tiempo (fig. 3 y 4). La ecografía que se realiza en caso de sospecha de necrosis grasa, siempre debe interpretarse en correlación con los hallazgos de la mamografía.

Resonancia magnética: La necrosis grasa genera un amplio espectro de hallazgos en resonancia magnética (MR). Los hallazgos pueden ser indistinguibles de una neoplasia y pueden simular una recidiva tumoral después de un tratamiento conservador de la mama (fig.5)

Los hallazgos en resonancia magnética se correlacionan bien con la histología de la necrosis grasa.

CONCLUSIÓN

El manejo de la necrosis grasa continúa siendo un reto en la práctica clínica; incluso con las técnicas diagnósticas modernas, la necrosis grasa de la mama también puede ser difícil de diagnosticar. En pacientes que se han sometido a cirugía conservadora de la mama o reconstrucción por cáncer de mama, la necrosis grasa debe diferenciarse de una recurrencia. Es por esto que en casos específicos es necesaria la biopsia para confirmar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harvey JA, Moran RE, Maurer EJ et al. Sonographic features of mammary oil cysts. J Ultrasound Med. 1997;16:719-24.
2. Bargum K, Nielsen SM. Case report: fat necrosis of the breast appearing as oil cysts with fat-fluid levels. Br J Radiol. 1993;66:718-20.
3. Pope TL. Aunt Minnie's Atlas and Imaging-Specific Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins. (2008)
4. Soo MS, Kornguth PJ, Hertzberg BS. Fat necrosis in the breast: sonographic features. Radiology. 1998;206:261-9.
5. Taboada JL, Stephens TW, Krishnamurthy S et al. The many faces of fat necrosis in the breast. AJR Am J Roentgenol. 2009;192:815-25.
6. Bilgen IG, Ustun EE, Memis A. Fat necrosis of the breast: clinical, mammographic and sonographic features. Eur J Radiol. 2001;39:92-9.
7. Kinoshita T, Yashiro N, Yoshigi J et al. Fat necrosis of breast: a potential pitfall in breast MRI. Clin Imaging. 2002;26:250-3. ●

Fig 1 y 2: Mamografía proyección CC y Oblicua de la MI, que muestra la presencia de densidades nodulares en el cuadrante interno (CI) tributarias de completar estudio mediante ecografía.

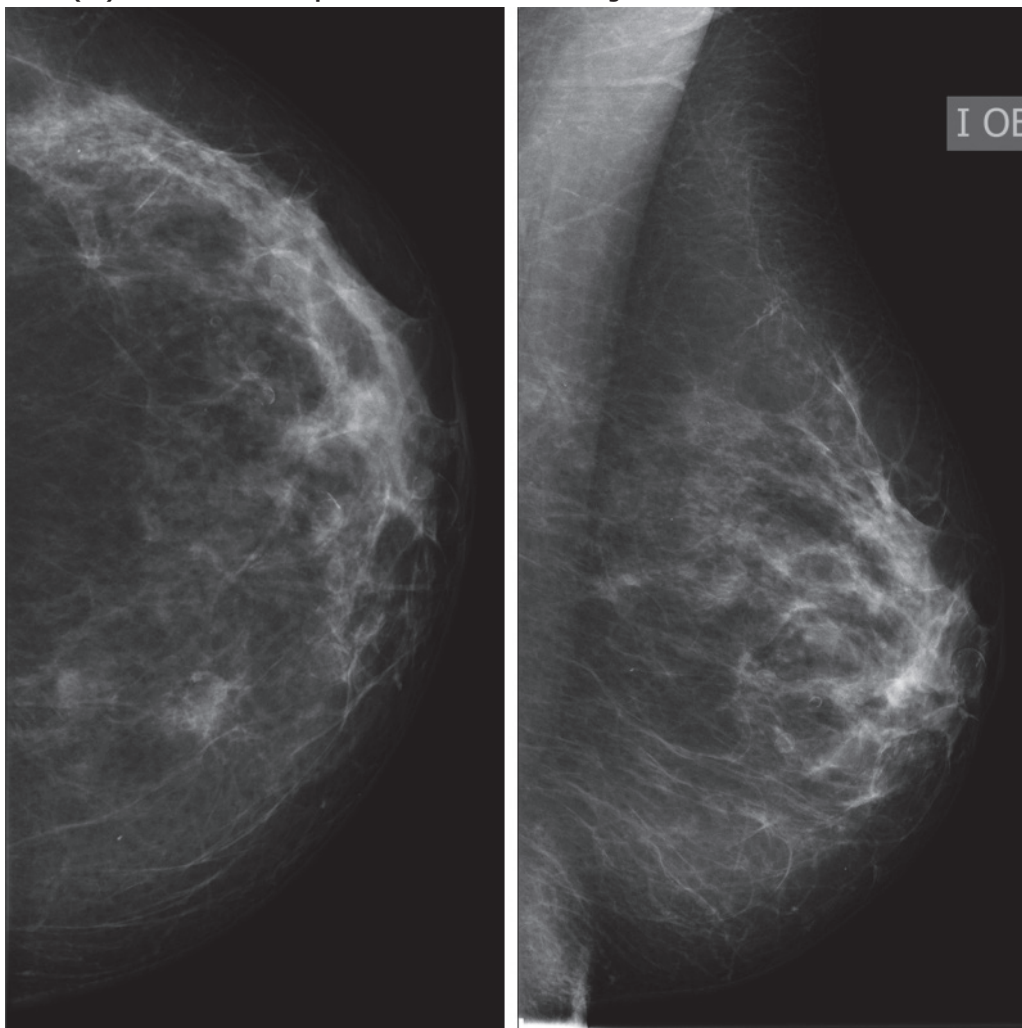


Fig 3 y 4: Ecografía centrada en CI de la MI, objetivando un área heterogénea de aumento de ecogenicidad de la grasa, asociado a la presencia de imágenes nodulares quísticas (quistes oleosos).

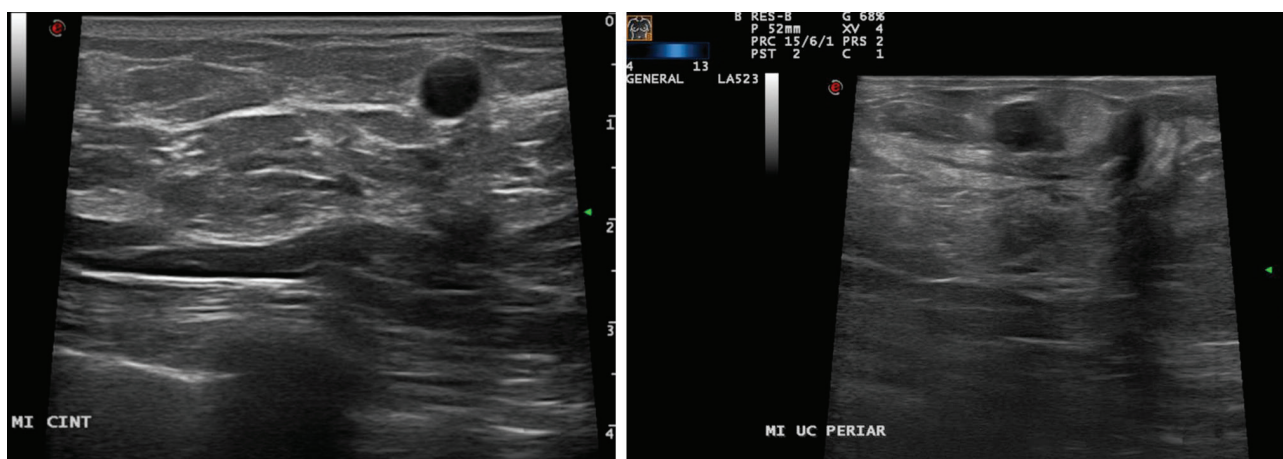
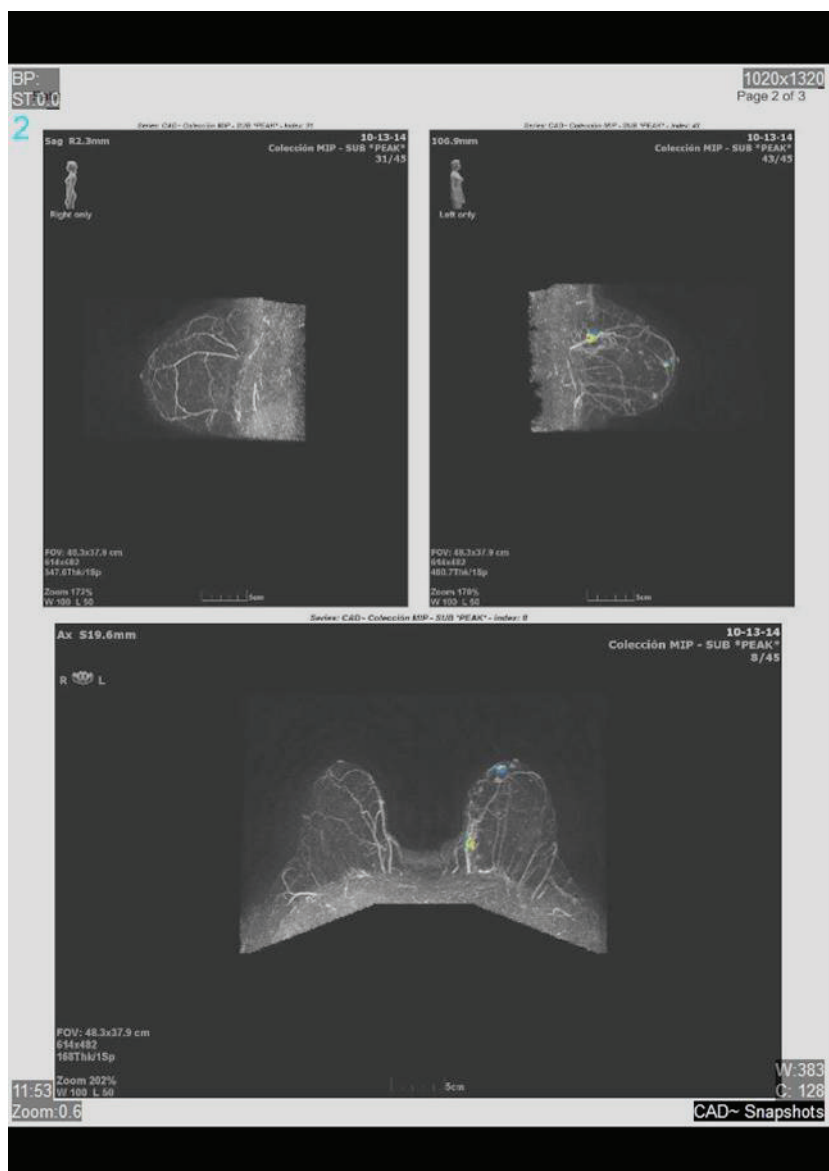
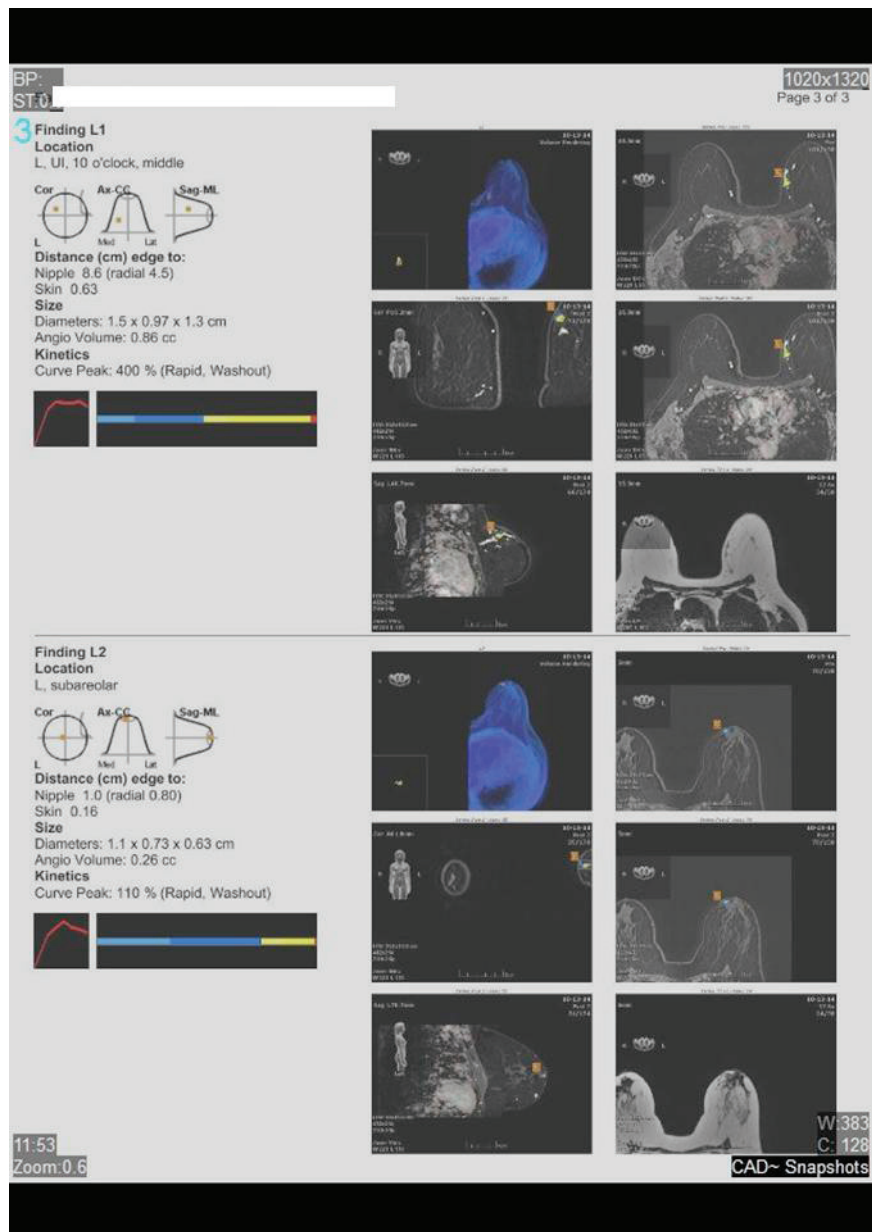


Fig 5: Imagen de resonancia magnética (resumen CADstream), que muestra captaciones nodulares en el CI de la MI que son indistinguibles de una neoplasia.







MATERIAL SUPLEMENTARIO



https://analsdelsagratcor.wordpress.com/25_ANYS_FIR

25 anys de Farmacèutics Interns Residents (FIR)

El 19 de març de 2015, en el marc de les Sessións clíniques Generals del Hospital, se celebraren els 25 anys de formació de residents en Farmàcia Hospitalària del Hospital Universitari Sagrat Cor.

El acte lo inaugurà la Dra. Pou, Directora Mèdica del HUSC, junt amb el Dr. Muñoz, Jefe de Docència de IDC Salut i la Dra. Nuria Parra, Jefe de Docència del HUSC. La Dra. Pons actuà com a moderadora del acte.

Núria Pi Sala (R4 actual del HUSC) presentà un vídeo resum de aquests 25 anys. En ell se mencionava a tots els residents que havien passat pel Servei de Farmàcia: Pilar Alemany Masgrau: 1990; Antonio Boix Montañes: 1991; M^a Teresa Barrera Puigdollers: 1992; Eduard Mascarell Canet: 1993; Eva Martínez Bernabé: 1996; Àngels Peller Jacomet: 1997; M^a Teresa Vidal Massanet: 2000; Míria Martínez Sagues: 2002; M^a Francisca Aguilar Pérez: 2004; Inés Gozalo Esteve: 2006; Cristina Latre Gorbe: 2007; Elvira Ramió Montero: 2008; Ivan Javier Castro: 2009; Guadalupe Inés Ballesteros Cabañas: 2010; Núria Pi Sala: 2011; Marina de Temple Pla: 2012; Maria Jaume Gayà: 2013; Paula Montoliu Alcon: 2014.



La Dra. Aguas feu una presentació de l'evolució de la especialitat de Farmàcia Hospitalària, així com la evo-

lució de la formació dels residents durant aquests 25 anys. Feu una menció especial a les tutoras que han tingut els residents durant aquests anys: Dra. Maria Dolores Torres Pons, Dra. Begoña Eguileor Partearroyo i Dra. Montserrat Pons y Busom. Finalitzà la seva exposició explicant els resultats obtinguts professionalment pels residents que han passat pel servei. Seguidament, Rosa Triplana (Administrativa del Servei) explicà la experiència del personal Tècnic de la Farmàcia amb els residents que han passat pel Servei. A continuació parlaren diferents representants dels residents:

Els més antics, Dra. Pilar Alemany, Dr. Antonio Boix i Dra. Maite Barrera explicaren la formació que rebien en els anys 90, destacant el paper innovador que tenia la Farmàcia del Hospital Central de la Aliança en aquella època. Els actuals: Marina del Temple, Maria Jaume i Paula Montoliu feren un resum de les seves experiències personals sobre tot en els primers dies en el Servei. Per acabar l'acte se passà un vídeo que es gravà en el Servei de Farmàcia per a la despedida del resident Iván Javier. ●



25 años formando residentes en Farmacia Hospitalaria

Margarita Aguas

Consultor Senior, Servicio de Farmacia

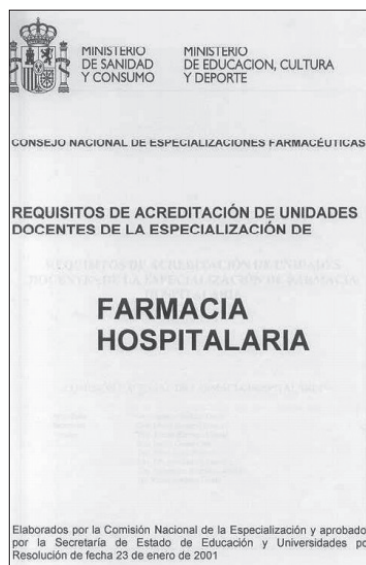
Sesión sobre la evolución de la especialidad de Farmacia Hospitalaria y de la formación de los residentes durante 25 años en la Farmacia del Hospital que tuvo lugar el 19 de marzo en el salón de actos.

En España, desde 1977 se estructura la especialidad profesional de Farmacia Hospitalaria a través del sistema FIR ([Farmacéutico interno residente](#)) del sistema sanitario público. Un examen a nivel nacional (prueba FIR, al igual que las pruebas para médicos –MIR–, biólogos –BIR– y químicos –QIR–) que selecciona anualmente los candidatos a cursar esta especialización.

Con una duración de cuatro años (inicialmente se cursaban tres años al que posteriormente se añadió un cuarto año de rotaciones por servicios médicos), los farmacéuticos residentes adquieren conocimientos y habilidades para desarrollar actividades cada vez más complejas y sofisticadas, que van desde la moderna logística de medicamentos a la monitorización farmacoterapéutica en pacientes individuales.

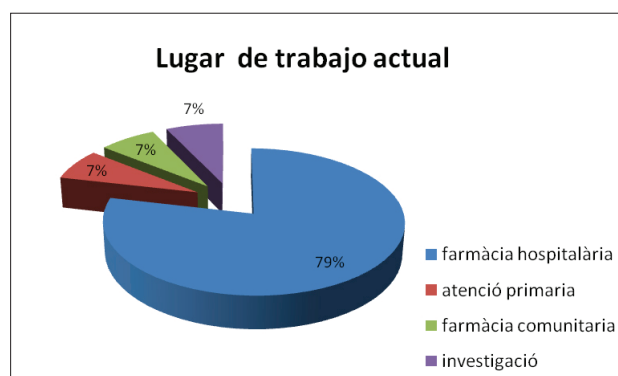
Aunque la historia podríamos remontarla a muchos años antes, comenzaremos con los datos de las fechas más significativas para la especialidad:

- **1955** Se constituye en Madrid la Asociación Nacional de Farmacéuticos de Hospitales Civiles (AEFH) que está integrada por farmacéuticos al servicio de las instituciones benéficas, sanitarias y asistenciales.
- **1967** La Seguridad Social crea en sus hospitales sus propios Servicios de Farmacia.
- **1971** La Junta Directiva de la asociación decide abrir el grupo a todos los profesionales tanto civiles como militares, en su XVI Asamblea celebrada en Rosas (Gerona).
- **1972** La Asociación pasa a denominarse, Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales.
- **1977** Se publican dos OM importantes para la especialidad:
 - OM de 1 de febrero por la que se regulan los Servicios de Farmacia de los hospitales donde se especifica:
 - los mínimos requeridos.
 - las funciones.
 - formación especializada.
 - OM de 1 de diciembre por la que se regula la formación de postgraduados contemplándose por primera vez la figura de los farmacéuticos residentes (FIR).
- Se constituye la primera Comisión para seleccionar hospitales que puedan impartir la docencia de especialistas.
- **1978** Primera convocatoria FIR (21 plazas en 12 centros acreditados). Los residentes obtienen al final de su residencia un certificado del ministerio, pero aun no existe la especialidad de Farmacia Hospitalaria.
- **1980** La AEFH elabora un programa de formación denominado “Guía para la formación de especialistas en farmacia hospitalaria”.
- **1982** RD 2708/1982 de 15 de octubre que regula la especialización farmacéutica y la obtención del título de farmacéutico especialista.
- **1984** OM del 10 de diciembre que desarrolla el RD y crea la Comisión Nacional de la Especialidad. Su misión es el establecimiento de los requisitos para la acreditación docente de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- **1986** Se conceden los primeros títulos de especialista, los Farmacéuticos que desarrollaron su trabajo en hospitales con anterioridad a 1978 y que cumplían unos determinados requisitos pudieron acceder al título de especialista con la realización de una memoria. Aquellos farmacéuticos que no reunieron los requisitos mencionados, optaron al título de especialista a través de la realización de un examen.
- **1988** Se cambia el nombre de la Asociación; la nueva denominación pasa a ser Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- **1990** El Parlamento Español aprueba la Ley del Medicamento, que consolida la estructura del servicio de Farmacia hospitalaria como unidad básica para el uso racional del medicamento y la especialización como acceso a dicha unidad.
- **1991** La SEFH publica uno de los documentos más importantes para la especialidad “Requisitos de acreditación de Unidades Docentes y Programa para la formación de especialistas en Farmacia Hospitalaria” elaborado por la Comisión Nacional de Farmacia Hospitalaria.



De los 12 centros acreditados en la formación de Residentes en Farmacia Hospitalaria en 1978 se pasó a 104 Servicios de Farmacia acreditados en toda España en el 2011. El número de especialistas en el 2012 es de:

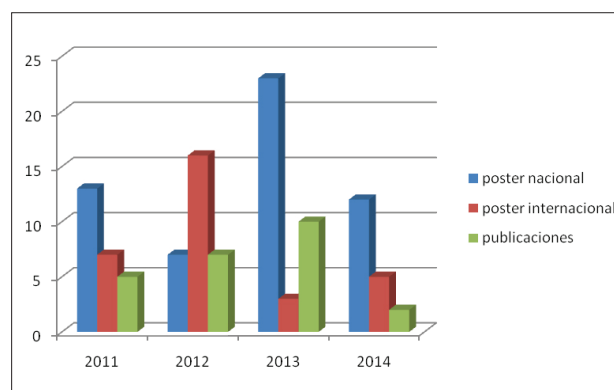
<i>España 2012</i>	
<i>Forma de obtención del título</i>	<i>Nº de especialistas</i>
• <i>Acceso directo</i>	<i>337</i>
• <i>Baremo y memoria</i>	<i>27</i>
• <i>Examen</i>	<i>122</i>
• <i>FIR 1978-2012</i>	<i>2.930</i>
• <i>Segundos títulos</i>	<i>27</i>
<i>Total</i>	<i>3.443</i>



En el 1991 entró la primera residente de Farmacia Hospitalaria en la Farmacia del Hospital Central de la Alianza, siendo tutora la Dra. María Dolores Torres Pons.

Posteriormente con la unificación de los hospitales, los residentes pasaron al Hospital Universitari Sagrat Cor, siendo tutora la Dra. Begoña Eguileor Partearroyo y posteriormente la Dra. Montserrat Pons i Busom. En estos 25 años se han formado 18 residentes en Farmacia Hospitalaria en nuestro Servicio.

El 79% han seguido trabajando en Farmacia Hospitalaria, siendo el 67% de ellos Jefes de Servicio. Además de las actividades propias de su formación (rotaciones internas, externas) durante sus años de residencia asisten a cursos, jornadas y se les inicia en áreas de investigación, lo que da por resultado la realización de comunicaciones, pósters, publicaciones. ●



Treballar amb residents

Equip de personal administratiu i tècnics

Quan els residents van arribar a Farmàcia, a l'aliança, nosaltres, ja hi érem. Al principi no ho vàrem notar gaire, ja que es passaven quasi tota la jornada a fabricació. El normal era veure a la responsable amb un resident darrere, ella sí que devia notar la seva presència.

Ja fa 25 anys que treballem junts, fa vertígen pensar-hi. Els que arriben avui són igual de joves que els d'ahir. I nosaltres, en canvi, ja estem en una edat madura. Ja hi érem quan tot això van començar.

Potser és cosa de vells, però recordo el dia que van arribar els primers residents, tenien ganes de fer canvis, renovar fins i tot el format i els colors de la pantalla de

l'ordinador. Eren els principis de l'era informàtica, la Dra. Torres deia que hauríem de pagar per poder aprendre.

Esperem que a vosaltres, residents, també us hagi servit l'experiència de compartir tantes hores amb nosaltres. Suposo que la heu valorat com a positiva, perquè dels 3 anys que havia de durar es va ampliar a 4. Una vivència inoblidable.

A més de la docència, hi ha hagut moments d'esbarjo, celebracions, sopars... ens ho hem passat bé. Parlo en nom de tots quan dic, recordant la dita "cada un té el que es mereix", que hem tingut sort. Estem contents de "treballar" amb vosaltres, els qui heu "escollit" els nostres hospitals, perquè sabíeu que seria on us tractarien millor. ●

Ser un resident...

Maria Jaume

Bon dia,
Sóc na Maria, l'actual R2, i avís pels que no ho sapigueu que sóc de Mallorca. Intentaré que m'entengueu. Xerro en representació de ses 4 residents de farmàcia del Sagrat Cor. Na Montse i na Marga ens van proposar que expliquéssim la nostra vivència com a residents que tot i que no ha estat molt llarga, anècdotes i experiències no ens en falten!

El primer dia de residència, et presentes amb un paper del ministeri que posa que ets el nou resident esperant que et facin cas, que aprenguis molt i surtis preparat per assumir qualsevol repte. És una mescla d'inseguretat, il·lusió i incertesa on l'únic que saps és que estaràs 4 anys a un lloc nou.

Com no pot ser diferent, el primer dia et tornes boig buscant la farmàcia per acabar a un pàrquing del soterrani 2 de l'hospital, demanant ajuda a qualsevol que passi per allà. Quan aconseguixes arribar a l'entrada, t'espera una reixa no gaire agradable. Te presenten a tothom, sense retenir absolutament cap nom i et deixen amb en Luis perquè intentis ser la seva ombra. Te n'adones que per desgràcia el decorat no és el que més t'agradaria i que les vistes des del soterrani 2 de l'hospital no són precisament vistes al mar.

El primer mes estàs perdut entre els tècnics intentant entendre que és un fora de torn i perquè no para de sonar el telèfon. No te fan gaire cas, a jo en especial sent de Mallorca sempre em quedava el dubte de si era perquè no

m'entenien o perquè no podien... però ràpidament intueixes que el ritme serà frenètic. A més s'hi suma la sensació de no saber res!! És curiós que després de 5 anys de carrera i 1 any de preparar el FIR, no saps res de pautes ni dosis màximes i molt menys de marques comercials.

A poc a poc, comences a entendre els circuits, què toca fer i quan, comences a saber què és la guiafarmacoterapèutica, vas fent intercanvis, aprens a transcriure o ara ja a validar perquè per fi tenim prescripció electrònica!! I quan te n'adones ets un més de l'equip amb les teves responsabilitats i la falta de temps constant. Na Paula diu que li recordem a una sèrie d'advocats que no paren en tot el dia i quan es creuen per l'oficina i just just poden parlar i per desgràcia sovint ens hi pareixem molt.

A més, els teus resis grans súper motivats, t'arrossegueu a infinits cursos, xerrades i conferències i són els que a poc a poc et van introduint a la bona vida de resident, per descomptat també ens ho passem molt bé!!

Entre el que absorbeixes de les teves residents i els constants consells de les adjuntes, en especial a na Montse Pons com a tutora i na Marga Aguas com a cap de servei, ens tornem més proactius, més lluitadors i més insistents fins al límit de ser pesats. Com sempre diu una Montse no formen arxius de coneixements, formen persones i maneres de fer. I això és el que ens emportarem posat el dia de demà: l'actitud de com afrontar nous reptes, com relacionar-te amb respecte cap als companys dins i fora de l'equip, a tenir mà esquerra quan cal i imposar-te quan és necessari i per descomptat molts coneixements!

Però gràcies al fet que el lloc és petit i la gent és molt bufona, et sents part de la família. Quan te n'adones el cim ja és com la taula de casa teva i quan marxés una setmana de curs i per descomptat quan vas 1 mes a rotar a fora, trobes a faltar el servei i et demanes que haurà passat amb allò que vàrem parlar l'altre dia, quines novetats m'hauré perdut, etc.

Tenim unes adjuntes que ens valoren, ens cuiden i ens deixen formar part de quasi totes o totes les decisions del servei. Ens sentim una més de l'equip i ens agrada perquè s'escolta la nostra opinió. Les nostres queixes i suggeriments no queden al fons del calaix.

Abans d'acabar, no volem desaprofitar l'oportunitat de manifestar la nostra indignació a què aquest curs vinent ens han deixat sense plaça i és una vertadera llàstima que no tindrem R1.

És veritat que ens agradaria tenir temps per publicar més, per fer més estudis, per revisar guies de pràctica clínica i a vegades tenir pau interior però no ho canviaríem per res. A farmàcia som una gran família amb les manies i virtuts de cada un amb qui rius, fas bromes, t'ajuden i fins i tot t'enfades però sobretot estimes molt!

MOLTES GRÀCIES!! ●



Publicacions

Hospital Universitari Sagrat Cor. Publicacions de l'any 2015



CIÈNCIES MÈDIQUES - MEDICINE

NEUROLOGÍA -NEUROLOGIA - NEUROLOGY

Articles totals: 12 | Indexats: 7 | Factor d'impacte (IF): 9.402

Arboix A, Estevez S, Rouco R, Oliveres M, García-Eroles L, Massons J. Clinical characteristics of acute lacunar stroke in young adults. Expert Rev Neurother 2015;15(7):825-831. doi: 10.1586/14737175.2015.1049997.

Indexada: Pubmed (PMID: 26004806), Scopus, Web of Science
Impact Factor: 2.783 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Clinical neurology	71/192	Q2
Pharmacology & Pharmacy	96/255	Q2

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737175.2015.1049997>

Introduction: Acute lacunar stroke in subjects under 55 years of age has been poorly characterized.

Methods: We assessed the clinical features of lacunar stroke in 51 patients aged ≤55 years (84.5% men, mean

standard deviation [SD] age 49.8 [5.2] years) collected from a prospective hospital-based stroke registry in Barcelona, Catalonia, Spain.

Results: This subset of young lacunar stroke patients accounted for only 5.2% of all lacunar strokes, 1.2% of all ischemic strokes, and 1.1% of all acute strokes included in the registry over a 24-year period. In the multivariate analysis, factors independently associated with acute lacunar stroke in patients aged ≤55 years were alcohol consumption (>60 g/day) (odds ratio [OR] = 6.67), heavy smoking (>20 cigarettes/day) (OR = 3.02), obesity (OR = 2.81), essential etiology (OR = 2.73), and headache at stroke onset (OR = 2.45).

Conclusion: Characterization of the clinical profile of acute lacunar stroke in younger patients contributes to a better knowledge of the full clinical expression of this ischemic stroke subtype.

Arboix A, Massons J, García-Eroles L, Oliveres M. Ictus en adultos jóvenes: rasgos clínicos y frecuencia de presentación en 280 pacientes según el subtipo etiológico: [Stroke in young adults and incidence rate in 280 patients according to their aetiological subtype]. Med Clin (Barc) 2015 Dec 22. pii: S0025-7753(15)00633-8. doi: 10.1016/j.med- cli.2015.10.032.

Indexada: Pubmed (PMID: 26726109), Scopus, Web of Science
Impact Factor: 1.417 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Medicine, General & Internal	69/154	Q2
------------------------------	--------	----

[http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025-7753\(15\)00633-8-S100](http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025-7753(15)00633-8-S100)

Fundamento y objetivo: Analizar los rasgos clínicos y la frecuencia de presentación de los ictus en adultos jóvenes (55 o menos años de edad). **Métodos:** Estudio hospitalario de 280 pacientes jóvenes consecutivos ingresados por presentar un ictus durante un período de 24 años. Se efectúa una comparación con los 4.312 pacientes restantes ingresados con ictus. **Resultados:** Los ictus en adultos jóvenes representan el 6,1% del total de los ictus, el 5,7% de los ataques isquémicos transitorios, el 5,8% de los infartos cerebrales y el 8,4% de las hemorragias cerebrales. Su frecuencia fue mínima en los infartos cardioembólicos (2,1%) y en los aterotrombóticos (3,4%). Se observó en el 5,9% de los lacunares y en el 10,7% de los infartos esenciales, y su frecuencia fue máxima en los infartos de causa inhabitual (36%). Las variables asociadas a los ictus jóvenes de forma independiente fueron el tabaquismo (OR 4,23; IC del 95% 3,02-5,93; p=0,000), la etiología inhabitual (OR 4,97; IC del 95% 3,15-7,84; p=0,000), la cefalea (OR 4,57; IC del 95% 2,59-8,07; p=0,000), el abuso de alcohol (OR 3,93; IC del 95% 2,46-6,29; p=0,000), los anovulatorios (OR 14,07; IC del 95% 2,37-83,40; p=0,004), la fibrilación auricular (OR 0,15; IC del 95% 0,08-0,28; p=0,000), la hipertensión arterial (OR 0,43; IC del 95% 0,33-0,57; p=0,000), la EPOC (OR 0,20; IC del 95% 0,09-0,44; p=0,000), el infarto aterotrombótico (OR 0,51; IC del 95% 0,34-0,77; p=0,001), el sexo femenino (OR 0,71; IC del 95% 0,52-0,97; p=0,029), la diabetes mellitus (OR 0,66; IC del 95% 0,46-0,98; p=0,030), la cardiopatía isquémica (OR 0,56; IC del 95% 0,33-0,95; p=0,032) y la claudicación intermitente (OR 0,48; IC del 95% 0,24-0,94; p=0,033). **Conclusiones:** Los ictus en adultos jóvenes son infrecuentes (6,1% del total), pero representan el 36% de los infartos de causa inhabitual. Los ictus en adultos jóvenes presentan un perfil clínico propio y diferenciado.

Arboix A. Cardiovascular risk factors for acute stroke: Risk profiles in the different subtypes of ischemic stroke. World J Clin Cases. 2015 May 16;3(5):418-29. doi: 10.12998/wjcc.v3.i5.418.

Indexada: Pubmed (PMID: 26726109), Pubmed Central (PMCID: PMC4419105), Web of Science

DESCARGAR

<http://www.wjnet.com/2307-8960/full/v3/i5/418.htm>

Timely diagnosis and control of cardiovascular risk factors is a priority objective for adequate primary and secondary prevention of acute stroke. Hypertension, atrial fibrillation and diabetes mellitus are the most common risk factors for acute cerebrovascular events, although novel risk factors, such as sleep-disordered breathing, inflammatory markers or carotid intima-media thickness have been identified. However, the cardiovascular risk factors profile differs according to the different subtypes of ischemic stroke. Atrial fibrillation and ischemic heart disease are more frequent in patients with cardioembolic infarction, hypertension and diabetes in patients with lacunar stroke, and vascular peripheral disease, hypertension, diabetes, previous transient ischemic attack and chronic obstructive pulmonary disease in patients with atherothrombotic infarction. This review aims to present updated data on risk factors for acute ischemic stroke as well as to describe the usefulness of new and emerging vascular risk factors in stroke patients.

Camps-Renom P, Delgado-Mederos R, Martínez-Domeño A, Prats-Sánchez L, Cortés-Vicente E, Simón-Talero M, et al. Clinical characteristics and outcome of the capsular warning syndrome: A multicenter study. Int J Stroke 2015;10(4):571-575. doi: 10.1111/ijss.12432.

Indexada: Pubmed (PMID: 25523826), Web of Science
Impact Factor: 3.833 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Peripheral vascular disease	15/80	Q2
-----------------------------	-------	----

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijss.12432/abstract>

Background: The capsular warning syndrome is defined as recurrent transient lacunar syndromes that usually precede a capsular infarction. Several aspects regarding the clinical management are controversial. We report the clinical and radiological characteristics of a multicenter series of patients with capsular warning syndrome, as well as their functional outcome during the follow-up.

AIMS: We sought to describe the clinico-radiological spectrum of the capsular warning syndrome and to report the functional outcomes and recurrences of these patients during the follow-up.

Methods: We conducted a multicenter study that collected clinical and radiological data from patients with capsular warning syndrome during 2003-2013. Capsular warning syndrome was defined as the succession of three or more motor or sensory-motor lacunar syndromes within a period of 72h, with complete recovery between them. We recor-

ded the functional outcome (favorable when Rankin scale score ≤ 2) and recurrences during follow-up.

Results: Our study included 42 patients whose mean age was 66.4 ± 10 years; 71.4% of them were men. The mean number of episodes before a permanent neurological impairment occurred or before a complete recovery of symptoms was 5.1 ± 2.3 . Up to 30 patients (71.2%) had an acute infarct visible on the neuroimaging (computed tomography/magnetic resonance imaging). The internal capsule was the most frequent infarct location (50%), but other locations were noted. Twelve patients (28.6%) received thrombolysis in the acute phase. A favorable outcome was observed in 39 patients (92.9%). After a mean follow-up of 35 ± 29 months, only one patient suffered a recurrent ischemic stroke.

Conclusions: Capsular warning syndrome preceded an ischemic infarction in 71.2% of patients. In addition to the internal capsule, other locations were noted. The most effective treatment remains unclear. The functional prognosis is favorable in most patients and recurrences are rare.

Arboix A, Tello C, Grivé E, Sánchez MJ. Isolated facial sensory loss due to thalamic lacunar infarction. Acta Neurol Belg 2015 Dec 14. [Epub ahead of print]

Indexada: Pubmed (PMID: 26668016), Scopus, Web of Science Impact Factor : 0.894 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Clinical Neurology	167/192	Q2
Neurosciences	229/252	
http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13760-015-0581-2		

Pure sensory stroke is one of the classical lacunar syndromes, together with pure motor hemiparesis, sensorimotor stroke, ataxic hemiparesis and dysarthria-clumsy hand. It is characterized by a hemibody sensory deficit disorder (hypoesthesia) and/or irritation (paresthesia): global (involving the superficial and deep sensitivity) or partial (involving solely one of them). Typically, it has a facio-brachial-crural distribution. Cheiro-oral (homolateral perioral and hand involvement) or cheiro-oral-pedal (homolateral perioral, hand, and foot involvement) distributions are less frequent; instead, the isolated oral or facial involvement is exceptional. We present a rare case of isolated facial sensory loss following a lacunar infarction in the contralateral ventro-posterior nucleus of the thalamus. In conclusion, our case shows that isolated facial sensory loss can be associated with cerebral ischemia due to lacunar etiology, which represents an unusual and paucisymptomatic presentation of pure sensory stroke.

Arboix A, García-Eroles L, Oliveres M, Comes E, Sánchez MJ, Massons J. Malignant middle cerebral

artery infarction: a clinical study of 32 patients. Rev Invest Clin. 2015; 67:64-70.

Indexada: Pubmed (PMID: 25857586), Web of Science
Impact Factor: 0.475 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Medicine, General & Internal	129/154	Q4
------------------------------	---------	----

DESCARGAR 
http://clinicalandtranslationalinvestigation.com/files/RIC_2015_67_1_064-070.pdf

Background and objective: Malignant middle cerebral artery infarction is a devastating type of ischemic stroke whose clinical predictors remain scarcely known. The present study aims to improve the knowledge about the prognosis factors through an analysis of a malignant middle cerebral artery infarction sample of patients from our stroke registry.

Material and methods: From a total of 1,396 patients with ischemic stroke in the middle cerebral artery included in the "Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry", we identified 32 patients with malignant middle cerebral artery infarction (2.3%). Demographic, anamnestic, clinical, and outcome variables in this subgroup of patients were compared with those of the middle cerebral artery. The independent predictive value of each variable on the development of malignant middle cerebral artery infarction was assessed with a logistic regression analysis.

Results: The mean age was 74.7 (SD, 11.4) years and 50% were males. In-hospital death was observed in eight patients (25%) and early bad prognosis (in-hospital death or severe residual focalicity at discharge) was present in 16 patients (50%). Decreased consciousness (OR: 4.17; 95% CI: 2.02-8.61), presence of nausea or vomiting (OR: 3.65; 95% CI: 1.40-8.49), and heavy smoking (> 20 cigarettes/day; OR: 2.62; 95% CI: 1.03-6.64) appeared to be independent prognostic factors for malignant middle cerebral artery infarction in the multivariate analysis.

Conclusions: Malignant middle cerebral artery infarction is an infrequent clinical condition associated with poor prognosis and high mortality rate. In our sample, decreased consciousness, nausea or vomiting, and heavy smoking are the main clinical factors associated.

Arboix A, Massons J, Alió J. Current perspectives on cardioembolic ischemic stroke in very old patients. Res Rep Clin Cardiol 2015;6: 1-10. <http://dx.doi.org/10.2147/RRCC.S45809>

Indexada: DOAJ

DESCARGAR 
<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=22997>

The oldest old population (85 years of age) represents the faster growing segment of the elderly in developed countries. Cardioembolic infarction (CI) accounts for 14%–30% of all cerebral infarcts and is the most severe ischemic stroke subtype with the highest in-hospital mortality. Also, CI is associated with a low frequency of symptom-free patients at hospital discharge and presents a non-negligible risk of early embolic recurrence. Moreover, cardioembolic stroke is the acute cerebrovascular event most commonly found in very old subjects. However, some clinical aspects of the natural course of the disease in very old patients are still poorly defined. The present report presents an updated review of relevant aspects of CI related to clinical manifestations, biological characteristics, prognostic implications, and treatment strategies, which may contribute to improving the quality of care and outcome of acute cardioembolic stroke in very old patients. The most relevant aspects of CI are discussed based on the data published in the literature and the authors' experience in the management of stroke patients, collected from the hospital-based "Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry". The following aspects are commented on: epidemiologic data and risk factors, clinical characteristics, cardiac workup studies, special cardioembolic clinical features, outcome, thrombolytic therapy, antithrombotic treatment, and indications for future research lines. Cardioembolic stroke is an important topic in the frontier between cardiology and vascular neurology. The impact of CI on the patients' health and quality of life, health care systems, and society in general merits an in-depth review of current clinical issues, advances, and controversies.

Arboix A, Pizarro M, Fonatna S, Massons J, García-Eroles L, Comes E, Oliveres M. Changing profiles of acute stroke in very old patients: Results from the Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry over a 24-year period. *Curr Trends Neurol* 2015; 9: 27-35.

<http://www.researchtrends.net/tia/abstract.asp?in=0&vn=9&tid=47&aid=5725&pub=2015&type=3>

Effective preventive strategies are increasingly needed to reduce the burden associated with acute cerebrovascular events. Assessment of secular trends in stroke patients helps to identify aspects susceptible to improvement in the care of these patients. The aim of this study was to determine changes in clinical characteristics and early outcome of very old patients (aged 85 years or above) with acute stroke attended in our hospital between the period of 1986 and 2009. Data from very old patients with first-ever stroke ($n = 764$) included in the Sagrat Cor Hospital of Barcelona Stroke Registry were analyzed. Changes during the periods of 1986-1992, 1993-1998, 1999-2004 and 2005-2009 were compared. A statistically significant increase ($P < 0.001$) in the age of patients (87.9 years in 1986-1992 *vs* 88.9 years in 1999-2004) was observed. The percentage of patients with ischemic heart disease increased from 4.7% to 19.5% ($P = 0.001$).

Also there was an increase in the percentage of patients with atrial fibrillation (25.2% to 35.6%), lacunar infarcts (11% to 15.7%) and cardioembolic stroke (16.5% to 35.4%). The use of echocardiography also increased significantly during the study period. The in-hospital mortality decreased from 29.1% to 15.5% ($P = 0.011$), length of hospital stay from 21 to 13.4 days ($P = 0.001$) and prolonged hospital stay (> 12 days) from 55.1% to 35.8% ($P = 0.002$). Acute stroke in very old patients, in contrast to younger stroke patients continues to be a severe subtype of stroke with high risk of death in the immediate post-stroke phase (20.3%) and low probability of full neurological recovery at the time of hospital discharge (9%). Very old patients showed a poorer outcome compared with acute stroke patients younger than 85 years of age. Significant changes over a 24-year period included an increase in patients with ischemic heart disease, atrial fibrillation and lacunar and cardioembolic stroke, whereas the in-hospital mortality and the length of hospital stay decreased.

Rivera-Zambrano M, Arboix A, María-José S. Chronic kidney disease and cerebral small vessel disease: A casual or causal cerebrorenal relationship? *Int J Case Rep Images* 2015;6(8):526-529. doi:10.5348/ijcri-201503-ED-10003

DESCARGAR

<http://www.ijcasereportsandimages.com/archive/2015/008-2015-ijcri/ED-10003-08-2015-rivera-Zambrano/ijcri-1000308201503-rivera-zambrano.pdf>

Arboix A, Sánchez MJ. Definitions for Lacunar Syndromes, Lacunar Strokes, Lacunar Infarcts and Lacunes: from Clinical to Neuroimaging. *Int J Neurol Res* 2015; 1(2): 68-71.

DESCARGAR

<http://www.ghrnet.org/index.php/ijnr/article/download/1026/1264>

A rational use of nomenclature concerning lacunar infarcts is necessary. The term "lacunar syndrome" involves a clinical and semiological aspect; the definition "lacunar stroke" entails a clinical, semiological and neuroimaging aspect; the term "lacunar infarct" implies a particular subtype of ischemic stroke and the definition of "lacune" relates to neuroimaging findings. It would be suitable to use a precise nomenclature when we talk about the cerebral small vessel diseases and, specifically, about cerebral strokes of lacunar type, since this will result in a more accurate, appropriate and wise definition and will improve the quality of studies and investigations.

Arboix A, García-Batanero M. Complex Atheromatosis of the Aortic Arch: An Emerging Diagnosis in

Cerebral Ischemia of Unknown Cause. Int J Cardiol Lipidol Res 2015; 2: 1-4.

DESCARGAR

<http://www.cosmoscholars.com/phms/index.php/ijclr/article/download/253/160>

Abstract: Complex atheromatosis of the aortic arch has been increasingly recognized as a cause of cerebral infarction in patients with stroke of uncertain etiology. The incorporation of transesophageal echocardiographic studies in routine clinical practice allows direct visualization of cardiac and vascular structures previously inaccessible, including atherosclerotic plaques in the aortic arch. Large atheromatous plaques, which protrude strikingly into the aortic arch lumen and have obvious mobile components are associated with a high probability of being the etiology of embolism. Aortic arch atheromatosis should be considered a dynamic process entailing a non-negligible risk of recurrent cardiovascular events. Therefore, adequate diagnosis and optimal treatment is mandatory for secondary prevention of cerebral ischemic infarction and progression of aortic arch atheromas.

Arboix A. The life's work of Dr Luis Barraquer Ferré and its impact on the emerging Catalan school of neurology. Neurosci History 2015; 3(2): 85-88.

http://www.edicionessen.es/en/store/neurosciences-and-history/vol-3/num-2-v3/nahv3n2201585_88en-detail

Dr Luis Barraquer Ferré (1887-1959) was the son and most brilliant student of Dr Barraquer Roviralta, the father of clinical neurology in Catalonia and Spain. As the highest authority on clinical neurology in his time, Barraquer Ferré was both a founding member and first president of the Spanish Society of Neurology. He wrote the first neurology textbook to be published in Spanish, *Tratado de enfermedades nerviosas*. The first volume was made available in 1936, and the second appeared in 1940. Barraquer Ferré's best-known contributions were imparting his father's discoveries and consolidating the Catalan school of neurology through the clinical, paedagogical, and research activities he undertook at Hospital de la Santa Creu i Sant Pau in Barcelona. ●



PATOLOGÍA RESPIRATORIA – PATOLOGIA RESPIRATÒRIA – RESPIRATORY DISEASES

Articles totals: 3 | Indexats: 3 | Factor d'impacte (IF): 13.46

Isetta V, Negrín MA, Monasterio C, Masa JF, Feu N, Álvarez A, et al. A Bayesian cost-effectiveness analysis of a telemedicine-based strategy for the management of sleep apnoea: a multicentre randomised controlled trial. Thorax 2015;70(11):1054-1061.

Indexada: Pubmed (PMID: 26310452), Web of Science, Scopus
Impact Factor: 8.290 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Clinical Neurology	3/58	Q1
--------------------	------	----

<http://thorax.bmj.com/content/70/11/1054.abstract>

Background: Compliance with continuous positive airway pressure (CPAP) therapy is essential in patients with obstructive sleep apnoea (OSA), but adequate control is not always possible. This is clinically important because CPAP can reverse the morbidity and mortality associated with OSA. Telemedicine, with support provided via a web platform and video conferences, could represent a cost-effective alternative to standard care management.

AIM: To assess the telemedicine impact on treatment compliance, cost-effectiveness and improvement in quality of life (QoL) when compared with traditional face-to-face follow-up.

Methods: A randomised controlled trial was performed to compare a telemedicine-based CPAP follow-up strategy with standard face-to-face management. Consecutive OSA patients requiring CPAP treatment, with sufficient internet skills and who agreed to participate, were enrolled. They were followed-up at 1, 3 and 6 months and answered surveys about sleep, CPAP side effects and lifestyle. We compared CPAP compliance, cost-effectiveness and QoL between the beginning and the end of the study. A Bayesian cost-effectiveness analysis with non-informative priors was performed.

Results: We randomised 139 patients. At 6 months, we found similar levels of CPAP compliance, and improved daytime sleepiness, QoL, side effects and degree of satisfaction in both groups. Despite requiring more visits, the telemedicine group was more cost-effective: costs were lower and differences in effectiveness were not relevant.

Conclusions: A telemedicine-based strategy for the follow-up of CPAP treatment in patients with OSA was as effective as standard hospital-based care in terms of CPAP compliance and symptom improvement, with comparable side effects and satisfaction rates. The telemedicine-based

strategy had lower total costs due to savings on transport and less lost productivity (indirect costs).

Trial register number: NCT01716676.

Parra O, Sánchez-Armengol A, Capote F, Bonnin M, Arboix A, Campos-Rodríguez F, et al. Efficacy of continuous positive airway pressure treatment on 5-year survival in patients with ischaemic stroke and obstructive sleep apnea: A randomized controlled trial. J Sleep Res 2015;24(1):47-53. doi: 10.1111/jsr.12181. Epub 2014 Jul 21.

Indexada: Pubmed (PMID: 25040553), Scopus, Web of Science
Impact Factor 3.347 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Clinical Neurology	53/192	Q2
Neurosciences	97/252	Q2



<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.12181/epdf>

The main purpose of the present analysis is to assess the influence of introducing early nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) treatment on cardiovascular recurrences and mortality in patients with a first-ever ischaemic stroke and moderate-severe obstructive sleep apnea (OSA) with an apnea-hypopnea index (AHI) ≥ 20 events h(-1) during a 5-year follow-up. Patients received conventional treatment for stroke and were assigned randomly to the nCPAP group (n = 71) or the control group (n = 69). Cardiovascular events and mortality were registered for all patients. Survival and cardiovascular event-free survival analysis were performed after 5-year follow-up using the Kaplan-Meier test. Patients in the nCPAP group had significantly higher cardiovascular survival than the control group (100 versus 89.9%, log-rank test 5.887; P = 0.015). However, and also despite a positive tendency, there were no significant differences in the cardiovascular event-free survival at 68 months between the nCPAP and control groups (89.5 versus 75.4%, log-rank test 3.565; P = 0.059). Early nCPAP therapy has a positive effect on long-term survival in ischaemic stroke patients and moderate-severe OSA.

Almirall J, Serra-Prat M, Bolívar I, Palomera E, Roig J, Boixeda R, Bartolomé M, de la Torre M, Parra O, Torres A. Professions and Working Conditions Associated With Community-Acquired Pneu-

monia. Arch Bronconeumol. 2015 Dec;51(12):627-631. doi: 10.1016/j.arbres.2014.10.003.

Indexada: Pubmed (PMID: 25544548), Scopus, Web of Science Impact Factor 1.823 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Respiratory system	40/58	Q3
http://www.archbronconeumol.org/es/relacion-las-profesiones-las-condiciones/articulo/S0300289614004311/		

Introduction: Community-acquired pneumonia (CAP) is not considered a professional disease, and the effect of different occupations and working conditions on susceptibility to CAP is unknown. The aim of this study is to determine whether different jobs and certain working conditions are risk factors for CAP.

Methodology: Over a 1-year period, all radiologically confirmed cases of CAP (n=1,336) and age- and sex-matched

controls (n=1,326) were enrolled in a population-based case-control study. A questionnaire on CAP risk factors, including work-related questions, was administered to all participants during an in-person interview.

Results: The bivariate analysis showed that office work is a protective factor against CAP, while building work, contact with dust and sudden changes of temperature in the workplace were risk factors for CAP. The occupational factor disappeared when the multivariate analysis was adjusted for working conditions. Contact with dust (previous month) and sudden changes of temperature (previous 3 months) were risk factors for CAP, irrespective of the number of years spent working in these conditions, suggesting reversibility.

Conclusion: Some recent working conditions such as exposure to dust and sudden changes of temperature in the workplace are risk factors for CAP. Both factors are reversible and preventable. ●

PEDIATRÍA – PEDIATRIA - PEDIATRICS

Articles totals: 2 | Indexats: 2 | Factor d'impacte (IF): 2.272

Borrás Pérez V, López-Siguero JP, Martínez G, Corripio R, Fernández JM, Labarta JI, Ferrer M, Cabriety N, et al. A Follow-up Study to Monitor Adult Height Among Spanish Children with Growth Hormone Deficiency Who Received Biosimilar Human Recombinant Growth Hormone (Omnitrope®) During a Phase III Clinical Trial. Adv Ther 2015;32(2):148-156. doi: 10.1007/s12325-015-0181-9.

Indexada: Pubmed (PMID: 25667132), Pubmed Central (PMCID: PMC4349959), Scopus, Web of Science Impact Factor 2.272 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Medicine research & experimental	66/123	Q3
Pharmacology & Pharmacy	132/255	Q3
 http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12325-015-0181-9.pdf		

Introduction: An initial Phase III clinical trial has evaluated the efficacy and safety of biosimilar recombinant human growth hormone (rhGH; Omnitrope®), Sandoz in Spanish children with growth hormone deficiency (GHD).

At the end of the study, those patients still growing were offered to remain on treatment (as in usual clinical practice), and continued to be monitored. The aim of this study was to determine the adult height achieved by the Spanish children who participated in the initial Phase III clinical trial, and to evaluate the long-term safety of rhGH treatment.

Methods: This study was a multicenter, observational, retrospective follow-up study of patients who participated in the Phase III clinical trial (70 patients recruited). Auxological parameters [including height, height velocity, and their associated height standard deviation scores (HSDS)] were obtained from 39 patients. Safety was assessed by recording any adverse events (AEs).

Results: In total, 27 men and 12 women provided auxological data. At the start of the follow-up study, the mean age of the patients was 12.5 ± 2.7 years, mean height was 144.8 ± 13.9 cm and mean HSDS was -1.16 ± 0.63 . By the end of the follow-up period, mean height had increased to 163.1 ± 7.6 cm (n = 36; men 165.5 ± 7.8 cm, women 157.6 ± 3.2 cm) and mean HSDS also increased to -1.01 ± 0.59 (n = 36; men -1.07 ± 0.52 , women -0.86 ± 0.72). In terms of safety, no treatment-related AEs were reported during the study.

Conclusion: This cohort of Spanish patients with GHD showed a positive response to rhGH treatment, achieving adult height within the local normal ranges. In addition, rhGH treatment was well tolerated, with no new or additional safety concerns.

Doménech FC, Maksoud JA, Gracia MLL, Cornejo CE, Orleans AS. Estudio EPOCA sobre el impacto de los problemas de conducta en niños menores de 12 años y sus familias. Acta Pediatr Esp 2015;73(9):219-228.

Indexada: Scopus

<http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1160-estudio-epoca-sobre-el-impacto-de-los-problemas-de-conducta-en-ninos-menores-de-12-anos-y-sus-familias>

Impact of behavioral problems in children under 12 and their families: The EPOCA study.

Introducción: El objetivo del estudio EPOCA fue conocer el impacto de los problemas de conducta en el estado de salud y la calidad de vida (CV) de la población pediátrica, así como el tipo de recomendaciones no farmacológicas que realiza el pediatra en este tipo de consultas.

Métodos: Estudio multicéntrico y observacional de niños de entre 6 y 12 años de edad, sin patología neurológica y/o psiquiátrica conocida, que acudieron a la consulta del pediatra y refirieron problemas de conducta. Se compararon los datos basales de la muestra con los de población infantil de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011),

los resultados basales frente a los obtenidos al cabo de 3 meses, y también las diferencias a los 3 meses según las medidas recomendadas por el pediatra, en un grupo al que se le recomendó un suplemento alimentario a base de ácidos grasos (AG) omega-3 y otro grupo sin esta recomendación.

Resultados: Las puntuaciones basales mostraron que el 67,8% de los participantes presentaban «probables» problemas de salud mental, además de una puntuación menor en la calidad de vida (CV) respecto a la muestra de la ENSE. La CV de los padres también se vio afectada en función de la presencia o no de problemas de conducta en sus hijos. Entre las medidas recomendadas por el pediatra, la complementación con AG omega-3 durante 3 meses se asoció a un porcentaje de mejora significativamente mayor en las puntuaciones de salud mental (el 35,1 vs. 25,5%; $p = 0,019$), de problemas de conducta (el 40,9 vs. 29,3%; $p = 0,017$) y de hiperactividad (el 35,9 vs. 24,1%; $p = 0,017$). La misma tendencia se observó en los resultados sobre «prestar atención» y «sentirse lleno de energía» ($p < 0,05$; $79,7 \pm 103,6$ vs. $65,2 \pm 98,3$, y $20,1 \pm 80$ vs. $13,3 \pm 94,5$, respectivamente).

Conclusiones: En general, los niños con problemas de conducta presentan un peor estado de salud y una peor CV que los de la población general. La CV de los padres también se ve notablemente afectada por los problemas de conducta de sus hijos. La suplementación de la dieta con AG omega-3 parece tener efectos positivos en distintos factores relacionados con el estado de salud de los niños que refieren problemas de conducta. Las medidas no farmacológicas recomendadas por el pediatra, incluido el uso de un suplemento a base de omega-3, muestran un efecto positivo y sumatorio en la mejoría de tales problemas. ●

REHABILITACIÓN – REHABILITACIÓ – REHABILITATION

Articles totals: 1

Orient López F, Sánchez Corretger MD, Agudo Fernández C. Nuestra especialidad tras la crisis... Rehabilitación 2015.

[http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-pdf-S0048-7120\(15\)00099-7-S100](http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-pdf-S0048-7120(15)00099-7-S100)



REUMATOLOGÍA – REUMATOLOGIA – RHEUMATOLOGY

Articles totals: 3 | Indexats: 3 | Factor d'impacte (IF): 5.685

Salman-Monte TC, Torrente-Segarra V, Muñoz-Ortego J, Mojal S, Carbonell-Abelló J. Prevalence and predictors of low bone density and fragility fractures in women with systemic lupus erythematosus in a Mediterranean region. Rheumatol Int 2015;35(3):509-515. doi: 10.1007/s00296-014-3087-y

Indexada: Pubmed (PMID: 25030324), Scopus, Web of Science Impact Factor 1.516 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Rheumatology	22/32	Q3
http://dx.doi.org/10.1007/s00296-014-3087-y		

Studies have found an increase in bone loss and fracture in individuals with systemic lupus erythematosus (SLE) compared with general population. The aim of this study was to describe the prevalence of osteopenia, osteoporosis, and fragility fractures and to find potential predictors of bone loss in our cohort of SLE patients. We performed a cross-sectional study and collected 67 bone density measurements (BMD) of our SLE patients. We also collected sociodemographic data, 25-OH-vitamin D levels, serological markers, activity index, SLE cumulative damage index, and pharmacologic treatment. Sixty-seven consecutive BMD from SLE patients were assessed. Osteopenia was found in 28-46% of SLE patients. Osteoporosis ranged from 3 to 6%[corrected]. The only statistically significant correlation we found was between weight and height with total hip and femoral neck BMD ($p < 0.05$). The most frequent BMD-affected site was at the femoral neck, showing osteopenia in 40.3% [corrected] of SLE patients. Osteoporosis was found in up to 6% [corrected] of SLE patients. We found no predictors of bone loss in relation to the disease activity or its treatment. Fragility fractures were seen in 4.4% of SLE patients. All patients with fragility fractures showed osteopenia at BMD. There is a high prevalence of bone loss in SLE patients, since up to 40% [corrected] of SLE patients showed low BMD. Total hip and femoral neck osteopenia were the most frequent findings correlated with low BMI. We found a lower prevalence of fragility fractures compared with other series.

García-Miguel J, Lamas-Doménech N, Barceló-García P. Dermatitis alérgica de contacto en profesionales médicos por exposición a gel ecográfico Reumatol Clin 2015Jun 29. pii: S1699-258X(15)00080-7. doi: 10.1016/j.reuma.2015.05.006.

Indexada: Pubmed (PMID: 26139378)	
	http://www.reumatologiaclinica.org/es/pdf/S1699258X15000807/S200/

Prieto-Alhambra D, Munoz-Ortego J, De Vries F, Vosse D, Arden NK, Bowness P, Cooper C, Diez-Perez A, Vestergaard P. Ankylosing spondylitis confers substantially increased risk of clinical spine fractures: a nationwide casecontrol study. Osteoporos Int 2015; 26: 85-91. DOI: 10.1007/s00198-014-2939-3

Indexada: Pubmed (PMID: 25341971), Scopus, Web of Science Impact Factor 4.169 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Endocrinology & Metabolism	33/128	Q2
http://dx.doi.org/10.1007/s00198-014-2939-3		

Abstract: Ankylosing spondylitis (AS) leads to osteopenia/osteoporosis and spine rigidity. We conducted a case-control study and found that AS-affected patients have a 5-fold and 50 % increased risk of clinical spine and all clinical fractures, respectively. Excess risk of both is highest in the first years and warrants an early bone health assessment after diagnosis. Ankylosing spondylitis (AS) is related to spine rigidity and reduced bone mass, but data on its impact on fracture risk are scarce. We aimed to study the association between AS and clinical fractures using a casecontrol design.

From the Danish Health Registries, we identified all subjects who sustained a fracture in the year 2000 (cases) and matched up to three controls by year of birth, gender and region. Clinically diagnosed AS was identified using International Classification of Diseases, 8th revision (ICD-8; 71249), and International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10; M45) codes. We also studied the impact of AS duration. Conditional logistic regression was used to estimate crude and adjusted odds ratios (ORs) for non-traumatic fractures (any site, clinical spine and non-vertebral) according to AS status and time since AS diagnosis. Multivariate models were adjusted for fracture history, socio-economic status, previous medical consultations, alcoholism and use of oral glucocorticoids.

We identified 139/124,655 (0.11 %) AS fracture cases, compared to 271/373,962 (0.07 %) AS controls. Unadjusted (age- and gender-matched) odds ratio (OR) were 1.54 [95 % confidence interval (95 %CI) 1.26-1.89] for any fracture, 5.42 [2.50-11.70] for spine and 1.39 [1.12-1.73] for non-vertebral fracture. The risk peaked in the first 2.5 years following AS diagnosis: OR 2.69 [1.84-3.92] for any fracture. Patients with AS have a 5-fold higher risk of clinical spine fracture and a 35 % increased risk of non-vertebral fracture. This excess risk peaks early, in in the first 2.5 years of AS disease. Patients should be assessed for fracture risk early after AS diagnosis. ●

CIRUGÍA – CIRURGIA – SURGERY

CIRUGÍA GENERAL – CIRURGIA GENERAL – GENERAL SURGERY

Articles totals: 1 | Indexats: 1 | Factor d'impacte (IF): 2.837

Quesada R, Andaluz A, Cáceres M, Moll X, Iglesias M, Dorcaratto D, Poves I, Berjano E, Grande L, Burdío F. Long-term evolution of acinar-to-ductal metaplasia and β -cell mass after radiofrequency-assisted transection of the pancreas in a controlled large animal model. *Pancreatol.* 2015 Nov 18. pii: S1424-3903(15)00684-5. doi: 10.1016/j.pan.2015.10.014.

Indexada: Pubmed (PMID: 26639388), Scopus, Web of Science
Impact Factor 2.837 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Gastroenterology & Hepatology	32/76	Q2
-------------------------------	-------	----

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=GatewayURL&_origin=HEALADV&_urlversion=4&_method=citationSearch&_piikey=S1424390315006845&_version=1&md5=1c16caafc3bc2dc9abaaa88fac273f9f

Background: Pancreatic duct ligation (PDL) has been used as a model of chronic pancreatitis and as a model to increase β -cell mass. However, studies in mice have demonstrated acinar regeneration after PDL, questioning

the long-term validity of the model. We aim to elucidate whether RF-assisted transection (RFAT) of the main pancreatic duct is a reliable PDL model, both in short (ST, 1-month) and long-term (LT, 6-months) follow-ups.

Methods: Eleven pigs were subjected to RFAT. Biochemical (serum/peripancreatic amylase and glucose) and histological changes (including a semiautomatic morphometric study of over 1000 images/pancreas and IHC analysis) were evaluated after ST or LT follow-up and also in fresh pancreas specimens that were used as controls for 1 (n = 4) and 6 months (n = 6).

Results: The distal pancreas in the ST was characterized by areas of acinar-to-ductal metaplasia (56%) which were significantly reduced at LT (21%) by fibrotic replacement and adipose tissue. The endocrine mass showed a normal increase.

Conclusion: RFAT in the pig seems to be an appropriate PDL model without restoration of pancreatic drainage or reduction of endocrine mass. ●

CIRUGÍA ORTOPÉDICA – CIRURGIA ORTOPÈDICA – ORTHOPEDIC SURGERY

Articles totals: 8 | Indexats: 8 | Factor d'impacte (IF): 14.368

Isidro A, González LM, Arboix A. Brain vessels mummification in an individual of ancient Egypt. *Cortex.* 2015 Feb;63:217-9. doi: 10.1016/j.cortex.2014.09.005.

[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010-9452\(14\)00295-0](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010-9452(14)00295-0)

Comment in: A reply to Wade. [*Cortex.* 2015] PMID: 25691369

Indexada: Pubmed (PMID: 25282060), Scopus, Web of Science
Impact Factor 5.128 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Behavioral sciences	4/51	Q1
---------------------	------	----

Neurosciences	37/252	Q1
---------------	--------	----

Isidro A, Huber B, Malik A, Malgosa A. Pathological variations in mummified feet between two near-distance/long-time populations in Ancient Egypt. *J Foot Ankle Res* 2015; Oct 26;8:58. doi: 10.1186/s13047-015-0115-4. eCollection 2015.

Indexada: Pubmed (PMID: 26512298), Pubmed Central (PMCID: PMC4624366), Scopus, Web of Science Impact Factor 1.462 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Orthopedics	38/72	Q3
 http://www.jfootankleres.com/content/pdf/s13047-015-0115-4.pdf		

Background: In ancient populations, a significant quantity of foot pathology was related either to the type of footwear they used or the underlying terrain they walked on. Our study was carried out to analyze these parameters with the foot pathologies the mummies presented.

Methods: Between 2006 and 2012, more than 650 individuals were recovered from the Sharuna and Qarara necropolis (Middle Egypt) dating from the VIth Dynasty of the first Ptolemaic Period to the second Coptic Period. From among them, a total of 73 mummified feet (41 from Sharuna and 32 from Qarara) were studied. We took into account the differences existing between both sites in location (15 km apart) and in time (2500 years apart).

Results: Almost all feet from Sharuna were wrapped and impregnated with a preservative substance (anthropological mummification), while the mummification process in Qarara was quite natural. Pathologies were found in 36 of the 73 ft (20 from Sharuna and 16 from Qarara). The differences in foot pathologies between the two sites were analysed.

Conclusions: The foot pathologies we found in both necropolises have led us to hypothesise that the majority of the diachronic differences could be related more to progressive changes in the type of the terrain brought out through droughts, than the changes in footwear habits.

Isidro A, Moret L, Huber B. Pulmonary mummification in a Coptic mummy from ancient Egypt. Arch Bronconeumol. 2015 Jan;51(1):44-5. doi: 10.1016/j.arbres.2014.02.021.

Indexada: Pubmed (PMID: 24814027), Scopus, Web of Science Impact Factor 1.823 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Respiratory system	40/58	Q3
 http://www.archbronconeumol.org/es/pdf/S0300289614001264/S300/		

Isidro A, Díez-Santacoloma I, Méndez-López J. Approach to the diagnosis of unusual carpal ankylosis from Ancient Egypt. Clin Exp Rheumatol 2015;33(1):50-55.

Indexada: Pubmed (PMID: 25437122), Scopus, Web of Science Impact Factor 2.724 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Rheumatology	13/32	Q2
http://www.clinexprheumatol.org/pubmed/find-pii.asp?pii=25437122		

Objectives: Carpal fusion is not an uncommon finding in archaeological bones. The majority of cases are due to inflammatory or infectious diseases and those are usually associated with other major alterations in the skeleton.

Methods: Two distinct individual cases, both adult females recovered from the Necropolis of Sharuna in the Middle Egypt from the Ptolemaic Period (IV to I BC) are presented in this study. Specimen 4323/1 shows a fusion of the scaphoid, lunate and triquetral bones in the right wrist. Specimen 4323/2 is a very rare fusion of a dysplastic lunate bone with the radius in the left wrist. In the proximal end of that left wrist, two possible remains of the flattened scaphoid and triquetral bones are also present.

Results: A differential diagnosis of both abnormalities as well as broad research into similar paleopathological cases were carried out: the most probable diagnosis for the specimen 4323/1 is an uncommon carpal coalition of three bones from the same row; the diagnosis of the specimen 4323/2 is more dubious with both rheumatoid arthritis and septic arthritis being strong candidates.

Conclusions: In archaeological remains, carpal fusion should be thoroughly studied in order to ensure an accurate differential diagnosis.

Prats-Muñoz G, Malgosa A, Isidro A, Gal-tés I. Optimizing specimen processing for ancient soft tissue specimens. Biotech Hist-chem. 2015 May;90(4):278-87. doi: 10.3109/10520295.2014.989400.

Indexada: Pubmed (PMID: 25555310) Impact Factor 1.444 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Biotechnology & applied microbiology	161/184	Q4
Cell Biology	113/163	Q3
http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10520295.2014.989400		

Despite many reports concerning processing of ancient soft tissues, scant attention has been paid to optimizing procedures for processing soft tissues that have been altered by taphonomic processes. To determine the best procedures, we investigated the rehydration solution, time of exposure to the solutions, fixative solution and exposure to heat. Processes were evaluated based on the minimum section thickness, degree of tissue fragmentation, definition of tissue architecture and penetration of stains. We found that

in desiccated samples, tissue architecture was optimized by using Ruffer's solution for rehydration and Schaffer's solution as fixative, because these tissues require water restoration within the tissues due to their compacted character. Heating enhanced penetration of dyes in these specimens, which improved diagnosis. Saponified tissues that had suffered extensive decomposition were more labile and required slow water uptake.

The best histological sections were obtained using Sandison's solution followed by fixation with formaldehyde and avoiding heat. To obtain the best results with paleo-histological specimens, the procedure must be determined by the condition of the sample and by accounting for the nature of its damage.

Isidro A, González LM, Huber B. Different mummified eyes in ancient Egypt. Arch Soc Esp Oftalmol 2015;90(7):e56-e58. doi: 10.1016/j.oftal.2014.11.006.

Indexada: Pubmed (PMID: 25801680), Scopus

<http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-sociedad-espanola-oftalmologia-296-pdf-90433399-S300>

Isidro A, Broto J, Valls I. Uterus anomaly in an infant mummy from the Ancient Egypt Coptic Period. Congenit Anom (Kyoto). 2015 Dec 10. doi: 10.1111/cga.12147. [Epub ahead of print]

Indexada: Pubmed (PMID: 26662637), Web of Science
Impact Factor 1.083 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Pediatrics	85/120	Q3
------------	--------	----

<http://dx.doi.org/10.1111/cga.12147>

Piga G, Guirguis M, Thompson TJU, Isidro A, Enzo S, Malgosa A. A case of semi-combusted pregnant female in the Phoenician-Punic necropolis of Monte Sirai (Carbonia, Sardinia, Italy). HOMO 2015 Sep 12. pii: S0018-442X(15)00077-3. doi: 10.1016/j.jchb.2015.09.001.

Indexada: Pubmed (PMID: 26421607), Scopus
Impact Factor 0.704 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Anthropology	42/84	Q3
--------------	-------	----

[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0018-442X\(15\)00077-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0018-442X(15)00077-3)

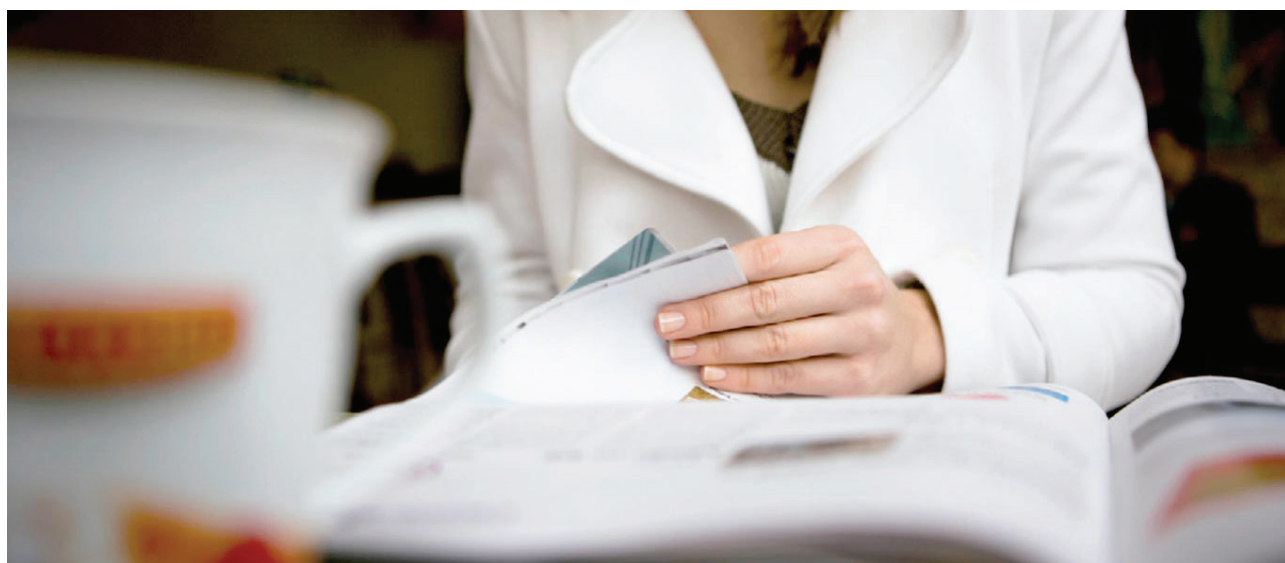
We present a case of a pregnant woman with the fetus skeletal remains in situ, belonging to the Phoenician-Punic necropolis of Monte Sirai (Sardinia, Italy).

The burial dates back to the late 6th to early 5th century BCE. Of the unborn fetal cases documented in the literature this is amongst the oldest four and it represents the first documented case of a pregnant woman in the Phoenician and Punic necropolis literature. A physico-chemical investigation of bones combining X-ray diffraction and Fourier transform-infrared spectroscopy suggests that the female skeleton and fetus were subjected to an incomplete heat treatment according to a funerary practice, perhaps limited to the period of early 5th century BCE, that appears to be peculiar to this site.

LIBROS – LLIBRES – BOOKS



Isidro A. Anatomia d'un faraó. En: Debats de Recerca (6-7). Andorra la Vella: Societat Andorrana de Ciències; 2015. p.401-406. ISBN :978-99920-61-24-4 ●



CIRUGÍA TORÁCICA – CIRURGIA TORÀCICA – THORACIC SURGERY

Articles totals: 6 | Indexats: 5 | Factor d'impacte (IF): 8.074

Fibla JJ, Molins L, Mier JM, Hernandez J, Sierra A. A randomized prospective study of analgesic quality after thoracotomy: paravertebral block with bolus versus continuous infusion with an elastomeric pump. Eur J Cardio-thorac Surg 2015;47(4):631-635.

Indexada: Pubmed (PMID: 24966147), Scopus, Web of Science
Impact Factor 3.304 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Surgery	26/198	Q1
Respiratory system	16/58	Q2
Cardiac & Cardiovascular system	40/123	Q2

<http://ejcts.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=24966147>

Objectives: Paravertebral block (PVB) with infusion of local anaesthetic (LA) through a paravertebral catheter is an effective alternative to epidural analgesia in the management of post-thoracotomy pain. PVB can be done in two ways: either through administration of a bolus dose of the LA or continuous infusion via an infusion pump; currently, there is no consensus on which route is best. Our objective was to compare the efficacy of the PVB for post-thoracotomy pain control using bolus doses versus a continuous infusion pump.

Methods: We performed a prospective randomized study of 80 patients submitted to thoracotomy. Patients were divided into two independent groups (anterior thoracotomy-ANT--and posterolateral thoracotomy-POST). At the conclusion of the surgery, a catheter was inserted under direct vision in the thoracic paravertebral space at the level of the incision. In each group, patients were randomized to receive levobupivacaine 0.5% every 6 h ('Bolus' group) or levobupivacaine 0.25% in continuous infusion at 5 ml/h through an elastomeric pump ('Continuous infusion' group). Patients in both groups received the same dosage of LA: 300 mg/day. Metamizole (every 6 h) was administered as an adjunct. Subcutaneous meperidine was employed as a rescue medication. Pain scores were measured using the visual analogue scale (VAS) at 1, 6, 24, 48 and 72 h after surgery.

Results: Thirteen (16.2%) patients required meperidine for rescue (8 in continuous infusion and 5 in the bolus group). Mean VAS scores were the following: all the cases (n = 80): 5.0 ± 1.6 , ANT (n = 36): 4.4 ± 1.8 , POST (n = 44): 5.4 ± 1.6 , Bolus (n = 40): 4.7 ± 1.7 , Continuous infusion (n = 40): 5.2 ± 1.8 , ANT with bolus (n = 18): 4.1 ± 1.7 , ANT with con-

tinuous infusion (n = 18): 4.7 ± 1.8 , POST with bolus (n = 22): 5.2 ± 1.5 , POST with continuous infusion (n = 22): 5.6 ± 1.6 .

Conclusions: Post-thoracotomy pain control using a combination of PVB and a non-steroidal anti-inflammatory drug is a safe and effective approach. Patients submitted to ANT experienced less pain than those with POST 4.4 vs 5.4 (P = 0.02). Since no statistical differences were observed, it was not possible to confirm differences between the LA administered in a bolus versus continuous infusion.

Freixinet Gilart J, Varela Simó G, Rodríguez Suárez P, Embún Flor R, Rivas de Andrés JJ, de la Torre Bravos M, et al. Benchmarking in Thoracic Surgery. Third Edition. Arch Bronconeumol 2015 Dec 3. pii: S0300-2896(15)00389-0. doi: 10.1016/j.arbres.2015.09.014.

Indexada: Pubmed (PMID: 26654629), Scopus, Web of Science
Impact Factor 1.823 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Respiratory system	40/58	Q3
--------------------	-------	----

[http://www.archbronconeumol.org/en/linksolver/ft/pii/S0300-2896\(15\)00389-0](http://www.archbronconeumol.org/en/linksolver/ft/pii/S0300-2896(15)00389-0)

Introducción: *Benchmarking* hace referencia a la comparación continuada de la eficiencia y la calidad entre productos y actividades con el objetivo fundamental de alcanzar la excelencia.

Objetivo: Analizar los resultados del *benchmarking* realizado en 2013 con la actividad asistencial de Cirugía Torácica en el año 2012 en 17 servicios de Cirugía Torácica españoles participantes.

Métodos: La fuente de información para el estudio ha sido el conjunto mínimo básico de datos de hospitalización correspondiente al año 2012. Los datos han sido proporcionados por los centros participantes, a partir de los informes de alta hospitalaria, sin intervención de los responsables de los correspondientes servicios asistenciales. Los casos objeto del estudio han sido todas las altas de hospitalización registradas en los centros participantes. Los episodios incluidos han sido los de enfermedad quirúrgica respiratoria (CDM4-Q) y los del servicio de Cirugía Torácica. La identificación de estos casos se realizó usando los códigos de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica. Para valorar las diferencias en gravedad y complejidad de los casos se ha utilizado la

clasificación de los grupos relacionados por el diagnóstico refinado.

Resultados: Los diversos parámetros generales estudiados (casuística, estancia media, complicaciones, readmisiones, mortalidad y actividad) han tenido una gran variabilidad entre los participantes. El análisis concreto de intervenciones (lobectomía, neumonectomía, resecciones atípicas y neumotórax), también han oscilado considerablemente.

Conclusiones: Se observa, al igual que en ediciones previas, una considerable variabilidad entre los grupos participantes. Existen áreas de mejora evidentes: estandarización de los procesos de admisión, evitando ingresos urgentes y mejorando la estancia pre operatoria; agilización de las altas hospitalarias y mejora de los informes de alta, reflejando toda la actividad y las complicaciones habidas. Algunas unidades de Cirugía Torácica deben hacer una revisión profunda de sus procesos porque pueden tener algunos parámetros con una desviación excesiva de la norma. También deben mejorarse los procesos de codificación de diagnósticos y co morbilidades.

Call S, Rami-Porta R, Embún R, Casas L, Rivas JJ, Molins L, et al. Impact of inappropriate lymphadenectomy on lung metastasectomy for patients with metastatic colorectal cancer. Surg Today 2015.

Indexada: Pubmed (PMID: 26143245), Scopus Impact Factor 1.526 (Journal Citation Reports®) Ranking:		
Surgery	94/198	Q2
http://dx.doi.org/10.1007/s00595-015-1214-3		

Purpose: To evaluate the characteristics of lymph node assessment in the Spanish Colorectal Metastasectomy Registry (GECMP-CCR) and to analyze and compare the survival of patients with pathological absence or presence of lymph node metastases (LNM) with the survival of those with uncertain lymph node status (uLNs).

Methods: A total of 522 patients with lung metastases from colorectal carcinoma were prospectively registered from 2008 to 2010. To confirm the pathologic absence of LNM, systematic nodal dissection or systematic sampling was required, or the lymph node status was coded as uncertain. Disease-specific survival and disease-free survival were calculated by the Kaplan-Meier method with the log-rank test for comparisons.

Results: Lymphadenectomy was performed in 250 (48 %) patients. LNM was found in 25 (10 %) of the patients who had lymph node assessment done. The 3- and 5-year disease-specific survival rates according to lymph node status were 73.5 and 58.3 % in the absence of LNM, 50.5 and 24.8 % when LNM was confirmed, and 69 and 44 % for those with uLNs, respectively ($p = 0.006$).

Conclusions: The presence of LNM and uLNs is associated with an increased risk of death. The association of nodal assessment at the time of metastasectomy to identify LNM helps us to refine the postoperative prognosis; therefore, its impact should be properly studied in a prospective clinical trial.

Lacy FB, Fibla JJ, Hernández J, Molins L. Intralobar pulmonary sequestration. Cir Esp 2015;93(7):e59. doi: 10.1016/j.ciresp.2015.03.005

Indexada: Pubmed (PMID: 25900425), Scopus
Impact Factor 0.743 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Surgery	156/198	Q4
---------	---------	----



<http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-90436729-S300>

Fibla JJ, Molins L. Minimally invasive treatment of pectus excavatum. Minerva Chir. 2015 Nov 4. [Epub ahead of print]

Indexada: Pubmed (PMID: 26530292), Scopus
Impact Factor 0.678 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Surgery	165/198	Q4
---------	---------	----

<http://www.minervamedica.it/index2.t?show=R06Y9999N00A150049>

Pectus excavatum (PE) is the most common congenital chest wall deformity. It consists of a concavity of the sternum and the costal cartilages derived from an unbalanced growth of the costochondral regions of the anterior chest wall. The standard operative treatment for PE has been the Ravitch procedure. This technique requires a long incision in the anterior chest wall and bilateral resection of the affected costal cartilages, needing in most cases a posterior metal bar support. The belief that the treatment of PE is basically esthetic led Donald Nuss to develop in 1998 a minimally invasive surgical treatment based on the skeletal frame plasticity and reshape capacity applied to the thorax. Thereby he devised a technique involving a retrosternal steel bar modifying the sternum's concavity and supporting the shape of the amended thorax, all performed through two small incisions at each side of the thorax with the help of a thoracoscope. The bar is maintained from 2 to 3 years, and removed after this period. This procedure obtains > 90% of positive results with significant esthetic improvement and patient satisfaction. This minimally surgical approach for PE is to be discussed in this review.

Chavarín A, Molins L, Mier J, Fibla J, Izquierdo-Vidal C, Simon C, Guirao A, Hernandez J. The role of ultrasound and air leak measurement in assessing lung

expansion after thoracic surgery. Surgical Science 2015; 6: 352-7. doi: 10.4236/ss.2015.68052.

DESCARGAR

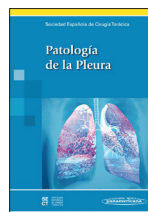
<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=58475>

Objective: To determine if lung ultrasound semiology is applicable to the post-surgical hemithorax, and its value in the evaluation of lung expansion in the postoperative period when paired with the use of digital chest drain systems. **Methods:** Prospective observational study including all patients undergoing thoracic surgery from June 2012 to March 2013. Patients undergoing pleurodesis or hemodynamically unstable were not considered candidates. Final inclusion in the study was based on the availability of digital chest drain system. A transthoracic lung ultrasound evaluation of the anterior and anterolateral windows was performed 20 minutes after chest drain placement. Presence or not of lung sliding and air leak values taken from the digital chest drain system were recorded. Data were submitted to a binomial classification test for analysis. **Results:** Forty-nine patients were included, yielding a total of 64 hemithoraces. Lung sliding was seen in 53 cases (82.8%), and an air leak value of 20 ml/min or less in 56 cases (87.5%). Sensitivity was 92.8% (95% CI: 82.6% to 97.9%) and specificity 87.5% (95% CI: 47.3% to 97.9%). Positive predictive value was 98.1%, and negative predictive value was 63.6%. **Conclusions:** Transthoracic lung

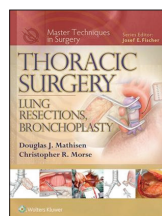
ultrasound is a useful technique that can complement the use of digital chest drain systems in the evaluation of post-surgical lung expansion. The incorporation of lung ultrasound can greatly reduce the need for chest radiographs in thoracic surgery departments.

LIBROS – LLIBRES - BOOKS

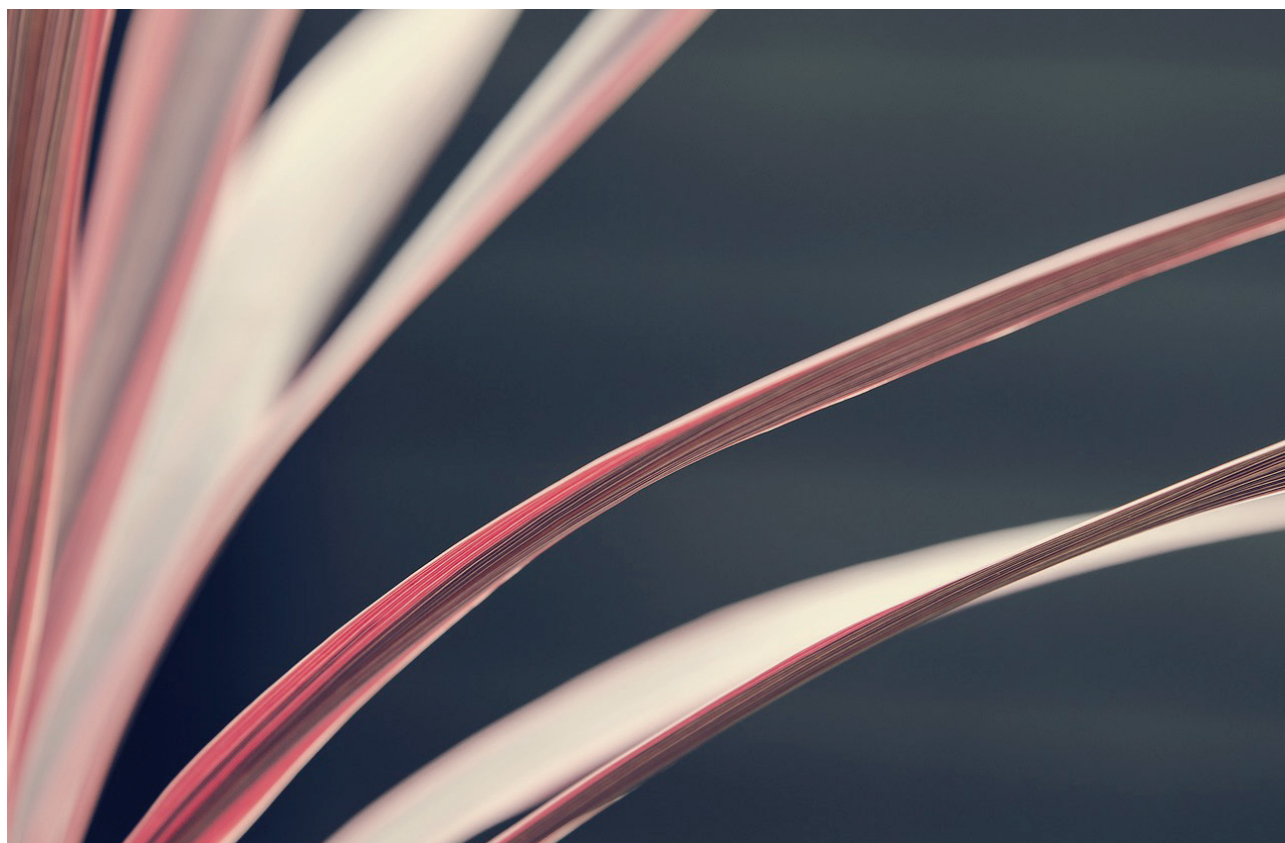
Sympathetic Disorders of the Upper Limb. Chapter 14 – Section B-. Juan J. Fibla, Laureano Molins. ESTS Textbook of Thoracic Surgery 2015.



Empiemas pleurales de origen abdominal. Módulo 6. Patología infecciosa en la cavidad pleural. Empiemas. J. Hernandez, JJ Fibla, L. Molins; en “Experto en patología de la pleura de la Sociedad Española de Cirugía Torácica”. Editorial Médica Panamericana, 2015.



Right upper lobe (anterior, posterior, apical). Part IV. Lung Resection: Segmentectomy -Chapter 21-. (pages 223-233). In Thoracic Surgery. Lung resections, bronchoplasty. Edited by Douglas J. Mathisen and Christopher R. Morse. 2015 Wolters Kluwer. Philadelphia (USA). Laureano Molins, Jean Philippe Berthet, Juan J. Fibla, David Sánchez, Abel Gómez-Caro. ●



DERMATOLOGÍA – DERMATOLOGIA - DERMATOLOGY

Articles totals: 15 | Indexats: 8 | Factor d'impacte (IF): 20.882

Collgros H, Guitera P. A pearly papule with arborizing vessels. J Am Acad Dermatol 2015;72(suppl.1):S25-S26. doi: 10.1016/j.jaad.2014.04.058.

Indexada: Pubmed (PMID: 25500031), Scopus, Web of Science
Impact Factor 4.449 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Dermatology	4/63	Q1
-------------	------	----

[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190-9622\(14\)01415-7](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190-9622(14)01415-7)

Martin-Ezquerro G, Masferrer E, Masferrer-Niubò M, Ferran M, Sánchez-Regaña M, Collgros H, et al. Use of biological treatments in patients with hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29(1):56-60. doi: 10.1111/jdv.12438

Indexada: Pubmed (PMID: 24629001), Scopus, Web of Science
Impact Factor 2.826 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Dermatology	11/63	Q1
-------------	-------	----

<http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12438>

Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic skin disease which causes a great impact in the quality of life. Multiple therapeutic options have been proposed, and recently the potential use of biological drugs in severe cases has been postulated.

Material and Methods: A retrospective study from seven tertiary Spanish centers reviewing the charts of patients with HS treated with biological drugs was performed. Retrieved information included epidemiological data, clinical features, pain intensity, Hurley stage, laboratory data and therapeutic outcomes.

Results: Nineteen patients were included in the study; 10 men (52.6%) and 9 women. Eight patients (42%) showed a Hurley severity stage II and 11 a stage III (57.8%). Adalimumab was prescribed as the first biological treatment in nine out of 19 cases (47.3%), whereas infliximab was prescribed in seven cases (36.8%), ustekinumab in two cases (10.5%) and etanercept in one (5.2%). A complete response was observed in three patients (two cases with infliximab and one case with ustekinumab), a partial improvement in 10 patients and in six patients no clinical improvement was noted. One patient referred worsening of the skin symptoms. In 6 cases, a second biological treatment was prescribed. In three of such cases, a partial improvement was

noted, whereas in three cases no clinical improvement was observed. In two cases a switch to a third biological drug was indicated, with a partial improvement in one case.

Discussion and conclusions: Biological drugs could be a potential and effective therapeutic option for patients with severe HS. Complete and persistent clinical responses are rarely obtained (15%) and partial responses are achieved in approximately 50% of patients. No specific markers for a therapeutic response have been identified. No definitive conclusions regarding the most effective biological drug for HS could be drawn. Higher dosage schedules seem to be associated with higher response rates. The lack of response of one particular drug does not preclude a potential efficacy to another biological treatment.

Melé-Ninot G, Sola-Ortigosa J, Iglesias-Sancho M, Delás-Amat J. Fatal outcome of immune reconstitution inflammatory syndrome in a patient with AIDS-associated Kaposi sarcoma. Med Clin 2015;145(12):551-552. doi: 10.1016/j.med-clip.2015.02.018

Indexada: Pubmed (PMID: 25865611), Scopus, Web of Science
Impact Factor: 1.417 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Medicine, General & Internal	69/154	Q2
------------------------------	--------	----

<http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-reconstitucion-inmunitaria-un-caso-90445156>

Puig S, Marcoval J, Paradelo C, Azon A, Bartralot R, Bel S, et al. Melanoma incidence increases in the elderly of Catalonia but not in the younger population: Effect of prevention or consequence of immigration? Acta Derm -Venereol 2015;95(4):422-426.

Indexada: Pubmed (PMID: 25367888), Scopus, Web of Science
Impact Factor 3.720 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Dermatology	9/63	Q1
-------------	------	----



<http://medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1997>

All cases of MM diagnosed in 23 hospitals in Catalonia, from 2000 to 2007 were recorded and melanoma incidence calculated and adjusted for the European standard

population via the direct method. The age standardised rate/100,000 inhabitants varied from 6.74 in 2000 to 8.64 in 2007 for all melanomas and from 4.79 to 5.80 for invasive MM; the Breslow thickness was stable during the period. The increase in invasive melanoma incidence in the elderly was remarkable, the crude rate/100,000 inhabitants increasing from 11.04 (2000) to 15.49 (2007) in the 60-64 year population, while remaining more stable in the 30-34 year range, from 3.97 in 2000 to 4.55 in 2007, and with a tendency to decrease from 5.1 in 2000 to 2.5 in 2007 for the age range of 25-29 years. These lower age ranges are much more affected by immigration. Despite the large immigrant population (nearly one million immigrants arrived in Catalonia during the study period from countries with a low melanoma incidence), melanoma incidence in our region has risen considerably and this trend is likely to persist in the near future.

Vidal D, Salleras M, Romaní J, Ribera M, Gallardo F, Viñas M, et al. Adherence of self-administered subcutaneous methotrexate in patients with chronic plaque-type psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015.

Indexada: Pubmed (PMID: 26446358), Scopus, Web of Science
Impact Factor 2.826 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Dermatology	11/63	Q1
-------------	-------	----

<http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13409>

Salleras L, Salleras M, Salvador P, Soldevila N, Prat A, Garrido P, Dominguez A. Herpes zoster and postherpetic neuralgia in Catalonia (Spain) Epidemiology and costs in persons aged 50 years and older. Hum Vaccin Immunother 2015; 11: 178-84. DOI: 10.4161/hv.34421

Indexada: Pubmed (PMID: 254833532), Pubmed Central (PMCID: PMC4514275), Web of Science
Impact Factor 2.366 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Biotechnology & Applied Microbiology	69/163	Q2
--------------------------------------	--------	----

Immunology	93/148	Q3
------------	--------	----

DESCARGAR

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4514275/>

Abstract: The objective of the study was to analyze the descriptive epidemiology and costs of herpes zoster (HZ) and postherpetic neuralgia (PHN) in people aged 50 years in Catalonia (Spain). The incidence of HZ in Catalonia was estimated by extrapolating the incidence data from Navarre (Spain) to the population of Catalonia. The incidence of PHN was estimated according to the proportion of cases of HZ in the case series of the Hospital del Sagrado Corazon

de Barcelona that evolved to PHN. Drug costs were obtained directly from the prescriptions included in the medical record (according to official prices published by the General Council of the College of Pharmacists). The cost of care was obtained by applying the tariffs of the Catalan Health Institute to the number of outpatient visits and the number and duration of hospital admissions. The estimated annual incidence of HZ was 31763, of which 21532 (67.79%) were in patients aged 50 years. The respective figures for PHN were 3194 and 3085 (96.59) per annum, respectively. The mean cost per patient was markedly higher in cases of PHN (916.66 euros per patient) than in cases of HZ alone (301.52 euros per patient). The cost increased with age in both groups of patients. The estimated total annual cost of HZ and its complications in Catalonia was Euro 9.31 million, of which 6.54 corresponded to HZ and 2.77 to PHN. This is the first Spanish study of the disease burden of HZ in which epidemiological data and costs were collected directly from medical records. The estimated incidence of HZ is probably similar to the real incidence. In contrast, the incidence of PHN may be an underestimate, as around 25% of patients in Catalonia attend private clinics financed by insurance companies. It is also probable that the costs may be an underestimate as the costs derived from the prodromal phase were not included. In Catalonia, HZ and PHN cause an important disease burden (21532 cases of HZ and 3085 de PHN with an annual cost of Euro 9.31 million) in people aged 50 years, in whom vaccination is indicated.

Lamas-Doménech N, Collgros H. Eritema facial: claves para el diagnóstico diferencial. Actas Dermosifiliogr 2015;106(5):427-429.

Indexada: Pubmed (PMID: 25433765), Scopus, Web of Science

<http://www.actasdermo.org/en/fr-eritema-facial-claves/articulo/S157821901500102X/>

Levancini CF, Sancho MI, Serrano VE, Torres EB. Erythema multiforme-like secondary to paraphenylenediamine due to henna tattoo plus residual hypopigmentation. Indian J Dermatol 2015;60(3):322. doi: 10.4103/0019-5154.156455

Indexada: Pubmed (PMID: 26120183), Pubmed Central (PMCID: PMC4458970), Scopus

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/26120183/>

Temporary henna tattoos or pseudotattoos have become increasingly widespread among children and adolescent. A generalized skin reaction, type erythema multiforme-like reaction is unusual, and rarely reported. We describe the case of a 7-year-old boy who reported erythematous papular bull's-eye shaped lesions and consolidated edema primarily in the upper and lower extremities. These lesions were compatibles with erythema multiforme-like reaction.

He also showed an erythematous-eczematous lesion on his leg, shaped like a dolphin. In this area, a temporary henna tattoo was painted 1-month earlier. Patch test was positive for paraphenylenediamine (PPD). Skin reactions due to henna are rare. Most of the reactions are due to additives, especially PPD, an aniline derivative, which is added to speed up the process of skin dyeing and to give a darker brown to black color ("black" henna). As henna tattoos are becoming increasingly popular, prevention requires the annual provision of information to consumers, especially young people and their parents.

Collgros H, Iglesias-Sancho M, Tribó-Boixareu MJ, Creus-Vila L, Umbert-Millet P, Salleras-Redonnet M. Leiomiomatosis cutánea y uterine múltiple o síndrome de Reed: estudio retrospectivo de 13 casos. Actas Dermo-Sifiliogr 2015;106(2):117-125.

Indexada: Pubmed (PMID: 25439147), Scopus

[http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S0001-7310\(14\)00408-6](http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S0001-7310(14)00408-6)

Introduction: Multiple cutaneous and uterine leiomyomatosis (MCUL), or Reed syndrome, is characterized by the presence of cutaneous leiomyomas arising from the arrector pili muscles and, in women, by uterine leiomyomas. In some cases, MCUL is associated with renal cell carcinoma. This syndrome is an autosomal dominant disorder caused by a heterozygous germline mutation of the gene that encodes fumarate hydratase, a Krebs cycle enzyme that acts as a tumor suppressor.

Objective: To review the cases of MCUL diagnosed at 2 university hospitals over a 5-year period (2008-2013).

Material and methods: This was a retrospective study of 13 cases of MCUL that investigated demographic, clinical, and histologic characteristics, as well as possible associations with other diseases and treatments received.

Results: We identified 13 patients (10 women and 3 men) who had been diagnosed with MCUL. The mean age at diagnosis was 53 years. All the patients had multiple cutaneous leiomyomas; in 12 (92%) the distribution was clustered and 9 (69%) also had disseminated solitary lesions. In 1 patient (7.7%), the pattern of distribution was linear. Uterine fibroids requiring hysterectomy were present in 90% of the women. Nine patients were screened for renal lesions; no cases of renal cell carcinoma were detected but benign renal lesions were found in 4 patients.

Conclusion: The clinical and histologic characteristics of the 13 cases of MCUL reviewed were similar to those reported in the literature. The most common cutaneous manifestation was a type 2 segmental pattern. It is important for dermatologists to identify cutaneous leiomyomas and be aware of the possible association with MCUL.

Collgros H, Iglesias-Sancho M, Galvany L. Dermoscopy of pigmented fungiform papillae of the tongue in an Indian girl. Australas J Dermatol 2015;56(3):e81-e82. doi:10.1111/ajd.12229.

Indexada: Pubmed (PMID: 26201379), Scopus, Web of Science Impact Factor 1.106 (Journal Citation Reports®) Ranking:

Dermatology	43/63	Q3
-------------	-------	----

<http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12229>

Salleras L, Salleras M, Soldevila N, Prat A, Garrido P, Dominguez A. Vacunas frente al virus de la varicela zóster. Enf Infecc Microbiol Clin 2015; 33;6:411-423. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.05.005

Indexada: Pubmed (PMID: 26096575), Scopus, Web of Science Impact Factor 2.172 (Journal Citation Reports®) Ranking:

Infectious diseases	53/78	Q3
---------------------	-------	----

Microbiology	77/119	Q3
--------------	--------	----



[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213-005X\(15\)00192-5](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213-005X(15)00192-5)

Abstract: In Western countries, two attenuated varicella vaccines derived from the OKA strain are licensed: Varilrix (R) GlaxoSmithKline (OKA/RIT strain) and Varivax (R) Merck Sharp and Dohme (OKA/Merck strain). Currently, in Spain, varicella vaccination is only included in the Ministry of Health, Social Services and Equality official vaccination calendar for administration in adolescents who have not had the disease.

Given the good results obtained in Navarra and Madrid with universal administration of the vaccine in children, it would be desirable to include the vaccine in the routine immunization schedule, with the administration of two doses at 15-18 months of age in the future.

The protective efficacy of the attenuated herpes zoster vaccine was evaluated in the Shingles Prevention Study, which showed that in the short term (0-4 years) the vaccine reduced the incidence of herpes zoster by 53%, post-herpetic neuralgia by 66%, and the disease burden in immunocompetent persons aged ≥ 60 years by 61%. Another study demonstrated protective efficacy in persons aged 50-59 years. Overtime, the protective efficacy decreases, but remains at acceptable levels, especially for post-herpetic neuralgia and the disease burden. Recently, the results of a controlled clinical trial (phase III) conducted in 18 countries to assess the protective efficacy of the inactivated subunit vaccine (glycoprotein E) adjuvanted with the adjuvant AS01(B) were published. The study inferred that the vaccine significantly reduced the incidence of herpes zoster in the short term (3.2 years) in people aged ≥ 50 years.

Vaccine protection did not decrease with age at vaccination, ranging between 96.8% and 97.9% in all age groups.

Collgros H, Lamas-Doménech N. Diagnostic and therapeutic techniques in Lentigo Maligna: an update. Actas Dermo-Sifiliogr 2015;106(2):135-136.

Indexada: Pubmed (PMID: 25439146), Scopus

[http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S0001-7310\(14\)00409-8](http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S0001-7310(14)00409-8)

Aldunce Soto MJ, Sánchez-Regaña M, Serra Llobet J, Sola Casas MÁ, Salleras Redonet M. Cirugía de la uña encarnada. Piel 2015;30(5):316-323.

Indexada: Scopus

<http://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21>

Aldunce-Soto MJ, Sánchez-Regaña M, Soto Paredes R. Onicopatías traumáticas. Piel 2015. doi: 10.1016/j.piel.2015.06.007

Indexada: Scopus

<http://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21>

Umbert-Millet P, Sola-Ortigosa J, Begoña C, Bassas-Vila J (2015) Quick Detection of Nonmelanoma Skin Cancer by Histopathology: Feasibility and Diagnostic Accuracy of Immediate Cutaneous Diagnosis. J Dermatol Res Ther 2015;1(1):1-6.

DESCARGAR

<http://clinmedjournals.org/articles/ijdr/ijdr-1-001.pdf>

Background: Dermoscopy, diagnostic cytology, confocal microscopy are used to improve diagnostic accuracy. Frozen section techniques have been used to control margins but not for diagnosis.

Objectives: We used a new frozen section technique called immediate cutaneous diagnosis for nonmelanoma skin cancer, assessing its feasibility and accuracy in obtaining a result within 15 minutes and recording limitations.

Methods and materials: An observational, prospective clinical study was designed. Biological samples were divided into two: one half was included in paraffin, following the standard procedure, and immediate cutaneous diagnosis was applied in the other. Fresh tissue was examined by frozen sections with perpendicular slides and staining with toluidine blue. Two hundred and sixty patients were enrolled.

Results: Immediate cutaneous diagnosis-toluidine blue had a sensitivity of 98.7% (95%CI: 93.0-100%) and a specificity of 92.6% (95%CI: 87.4-96.1%) in detecting nonmelanoma skin cancer. Inter-rater agreement between two dermatopathologists using Cohen's kappa was 0.796 (P<0.0001) in a subsample of 101 cases. Immediate cutaneous diagnosis-toluidine blue had a sensitivity for squamous epithelial lesions of 78.3% (95%CI: 63.6- 89.1%) and a specificity of 98.4% (95%CI: 95.5-99.7%).

Conclusion: Immediate cutaneous diagnosis is a new, ambulatory, minimally invasive, rapid diagnostic technique that is ideal when mohs surgery infrastructure and staff are available. ●



UROLOGÍA y NEFROLOGÍA – UROLOGIA i NEFROLOGIA – UROLOGY & NEPHROLOGY

Articles totals: 2 | Indexats: 2 | Factor d'impacte (IF): 2.245

Martínez-Castelao A, Cases A, Carballada AT, Iranzo JT, Bronsoms J, Vallès-Prats M, et al. Clinical impact of the ERBP working group 2010 recommendations for the anemia management in chronic kidney disease not on dialysis: ACERCA study. Nefrologia 2015;35(2):179-188.

Indexada: Pubmed (PMID: 26300512), Scopus, Web of Science
Impact Factor 1.223 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Urology & Nephrology	57/78	Q3
----------------------	-------	----

DESCARGAR

<http://www.revistanefrologia.com/en-publicacion-nefrologia-pdf-clinical-impact-erbp-working-group-2010-recommendations-for-anemia-management-S0211699515000326>

Background and objective: The Anemia Working Group of ERBP in 2010 recommended a target hemoglobin (Hb) level in the range of 11-12 g/dL, without intentionally exceeding 13 g/dL during the treatment with erythropoiesis stimulating agents (ESAs). This study evaluated if there was a clinical impact of this statement in the anemia management of chronic kidney disease (CKD) patients treated with ESAs not on dialysis in routine clinical practice in Spain.

Methods: This was an observational and cross-sectional study carried out in CKD patients not on dialysis in Spain who initiated ESA treatment (naïve), or were shifted from a previous ESA to another ESAs (converted) since January 2011.

Results: Of 441 patients evaluated, 67.6% were naïve and 32.4% were converted. At the study visit, 42.5% of naïve patients achieved the Hb target of 11-12 g/dL, with a mean Hb of 11.3 ± 1.3 g/dL (vs 10.1 ± 0.9 g/dL at the start of ESA therapy). Only 35.3% of converted patients maintained Hb levels within the recommended target at the study visit. Yet, 8.2% of naïve patients and 7.9% of those converted had Hb levels >13 g/dL. Hb levels were similar across subgroups of patients, regardless of the presence of significant comorbidities.

Conclusions: Anemia management in CKD patients treated with ESAs by Spanish nephrologists seems to be aimed at preventing Hb levels <11 g/dL, while <50% of patients were within the narrow recommended Hb target range. This, together with the lack of individualization in Hb targets according to patients' comorbidities show that there is still room for improvement in renal anemia management in the clinical setting.

Gonzalvo V, Polo A, Serrallach F, Gutiérrez A, Peyri E. Clinical study of the effectiveness of the «water of the 3 sulfates» on balanitis and balanoposthitis. Actas Urol Esp 2015;39(2):118-121.

doi: 10.1016/j.acuro.2014.05.005

Indexada: Pubmed (PMID: 25262388), Scopus, Web of Science
Impact Factor 1.022 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Urology & Nephrology	61/78	Q4
----------------------	-------	----

<http://www.elsevier.es/es-revista-actas-urologicas-espanolas-292-pdf-90388185-S300>

Objetivos: La utilización del «agua de 3 sulfatos» (sulfato de cinc, cobre y alumínico-potásico) se cita en la literatura como un posible tratamiento para la balanitis y balanopostitis; ahora bien, no existen trabajos prospectivos que documenten su eficacia clínica. Pretendemos estudiar dicha eficacia.

Material y método: Presentamos un estudio aleatorio doble ciego sobre 50 pacientes con balanitis o balanopostitis en el que se comparan los resultados clínicos del «agua de 3 sulfatos» (30 pacientes) frente a una solución salina (20 pacientes). Los parámetros clínicos estudiados han sido: exudado, eritema, edema, escozor y prurito.

Resultados: Una vez aplicados los test estadísticos, hemos observado que el «agua de 3 sulfatos» ha sido superior al suero salino en todos los parámetros clínicos estudiados, aunque las diferencias solo han sido significativas para el parámetro exudado.

Conclusiones: El «agua de 3 sulfatos» se ha mostrado significativamente más eficaz que el suero fisiológico en la eliminación del exudado de las balanitis y balanopostitis agudas de nuestro estudio. La tolerabilidad de los tratamientos ha sido excelente. ●

DOLOR – PAIN

Articles totals: 1 | Indexats: 1 | Factor d'impacte (IF): 1.557

Guitart J, Vargas MI, De Sanctis V, Folch J, Salazar R, Fuentes J, et al. Sublingual Fentanyl Tablets for Relief of Breakthrough Pain in Cancer Patients and Association with Quality-of-Life Outcomes. Clin Drug Invest 2015;35(12):815-822. doi: 10.1007/s40261-015-0344-0.

Indexada: Pubmed (PMID: 25900425), Scopus, Web of Science
Impact Factor 1.557 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Pharmacology & Pharmacy	179/225	Q3
-------------------------	---------	----

<http://dx.doi.org/10.1007/s40261-015-0344-0>

Background and objective: Breakthrough pain (BTP) is highly prevalent in patients with cancer and is strongly associated with adverse outcomes related to health status, mood, anxiety and depression. However, studies on the effect of BTP medication on quality of life (QOL) are lacking. The purpose of this study was to provide a qualitative evaluation of the effect of sublingual fentanyl tablets (SFT), a therapy specifically developed for BTP, on the QOL of cancer pain patients.

Methods: We conducted a multicentre, prospective observation post-authorisation, open-label study between March and December 2013. The study consisted of a screening vi-

sit and four assessment points at 3, 7, 15 and 30 days. Pain intensity (PI), frequency of BTP, onset of pain relief and adverse events (AEs) were assessed at each visit. Anxiety and depression were evaluated using the validated Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and health status using the Short Form 12, version 2 (SF-12v2) Health Survey.

Results: Of the 102 patients considered eligible, 81 (79.4 %) were enrolled; of these, 69 (85.1 %) completed the study. Significant pain reduction was achieved for average PI ($p < 0.001$) compared with baseline. At the end of the observational period, HADS scores showed significant improvement in the depression subscale ($p = 0.005$) and the anxiety subscale ($p < 0.001$). Similarly, SF-12 scores showed significant improvement, both in the mental component score ($p < 0.001$) and the physical component score ($p = 0.002$). SFT was well-tolerated and only one patient withdrew from the study due to drug-related AEs.

Conclusion: SFT represents an effective, well-tolerated treatment for cancer BTP. Results provide consistent evidence for the positive impact of SFT on health-related QOL and physical functioning as well as other co-morbidities of cancer BTP such as anxiety and depression. ●



FARMACIA – FARMÀCIA – PHARMACY

Articles totals: 4 | Indexats: 2 | Factor d'impacte (IF): 0.443

Pi N, Ballesteros GI. Trombocitopènia immune primària. Circ Farm 2015;73(1):33-37.

Indexada: Scopus

http://www.cofb.org/c/document_library/get_file?uuid=a5cb1eee-4eed-4ee0-9ee6-a5ee78195a0a&groupId=10136

Pi N, Jaume Gayà M, Pons Busom M, García Segarra G, Aguas Compained M. Analysis of the use of carbapenems and piperacillin-tazobactam in non-critical patients. Eur J Clin Pharm: Aten Farm 2015;17(3):151-8.

<http://www.farmclin.com/seccion.asp?Id=8&articulo=1033>

Objective: To evaluate the use of piperacillin-tazobactam, imipenem and meropenem by determining if the indication, the dosage and the administration times were adequate according to the current guidelines and to review if the prescription was made accordingly to the criteria established in the hospital.

Method: Six month retrospective observational study has been done in a secondlevel university hospital. Daily, treatment and clinical data were recorded. At hospital discharge the appropriateness of prescriptions was assessed by members of the Committee of Infectious diseases.

Results: 214 prescriptions were studied and the 57.5% of them were appropriate: 57.8% of piperacillin-tazobactam (No. = 118), 59.3% of imipenem (No. = 81) and 47.4% of meropenem (No. = 19). The reasons of inadequacy were: 57.1% availability of another drug of choice, 22% for incorrect dose, 16.5% for wrong treatment duration and 4.4% for inappropriate frequency. Pneumology was the department with highest percentage of appropriateness. As indication, was febrile neutropenia.

Conclusion: Outcomes show that approximately 60% of the prescriptions were appropriate. The most common reason for inappropriateness was the availability of another alternative of choice. Measures to increase the quality of prescriptions are: to review prescription protocols, to spread the outcomes to health professionals and to promote rational use of antimicrobials in empiric treatment. After implantation it will be assessed anew to evaluate impact of measures.

Jorba N, Ramió E, Modamio P, Aguas M, Jaume M, Mariño E. DI-067 Treatment with erythropoietin stimulating agents in patients with chronic kidney disease and cancers. Eur J Hosp Pharm 2015;22(Suppl 1): A100-A101 doi:10.1136/ejpharm-2015-000639.242

Indexada: Scopus, Web of Science
Impact Factor 0.443 (Journal Citation Reports®)
Ranking:

Pharmacology & Pharmacy	244/255	Q4
-------------------------	---------	----

http://ejhp.bmj.com/content/22/Suppl_1/A100.3.abstract?sid=98d8be85-f97f-4f54-94cd-6b45d552f87a

Background: Erythropoietin stimulating agents (ESAs) are used to treat anaemia associated with chronic kidney disease (CKD) and anaemia in patients receiving chemotherapy

Purpose: To analyse ESA treatment in patients with CKD and cancers.

Material and methods: Retrospective longitudinal study of patients treated with ESAs from March 2013 to July 2014 in a University Hospital. Descriptive and clinical data were obtained from the records of outpatients who had picked up their medicines from the Hospital Pharmacy Service.

Descriptive statistical analyses were made of qualitative and quantitative data.

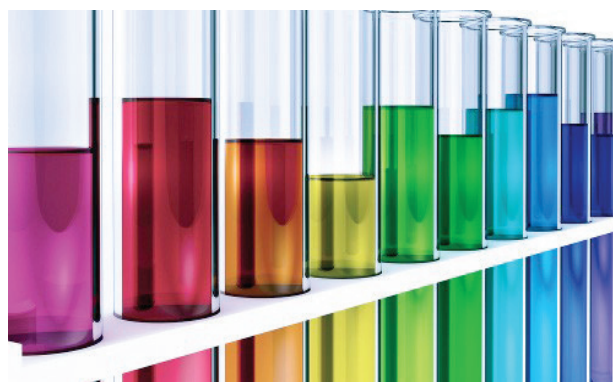
Results: 51 patients were included: 38 with CKD and 13 with oncology disease.

CKD: 42.1% were men, mean age: 83.4 years old (SD 10.0). The average glomerular filtration rate was 23 ml/min/1.73 m² (SD 13) and 56.8% of them had stage 4CKD. During this period 73% of patients presented mean haemoglobin values lower than 11 g/dl, 25% between 11 and 12 g/dl and only one patient had higher haemoglobin values than 12 g/dl. Average haemoglobin values of whole patients were 10.3 g/dl (SD 1.2) at the beginning and 10.5 g/dl (SD 1.3) at the end of the period studied.

Oncology diseases: 53.8% were men, mean age: 68.7 years old (SD 11.2). 69.2% were patients with chemotherapy-induced anaemia and 30.8% with myelodysplastic syndrome. Haemoglobin values at the beginning were 8.74 g/dl and at the end 9.47 g/dl. Blood transfusions were needed in 53.8% of the patients.

Conclusion: In patients with CKD, haemoglobin levels remained stable during the period. Although the levels were lower than 11 g/dl in most patients, no significant clinical symptoms were observed. The use of ESAs slightly improved the haemoglobin values in oncology patients, although blood transfusions were needed for half of the patients.

Jambrina A, Ramió E, Modamio P, Pelegri A, Aguas M, Mariño E. Intervención farmacéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica y aguda. El Farmaceutico hospitales 2015; 206: 5-12. ●



ENFERMERÍA – INFERMERIA – NURSING

Articles totals: 1

Martí Ejarque MM. La formación continuada en enfermería; necesidades y expectativas del personal de enfermería de un hospital universitario de primer nivel. Enferm Docente 2015;104:12-15

http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/28/pdf_49

El presente artículo describe una investigación cualitativa realizada en un hospital universitario de primer

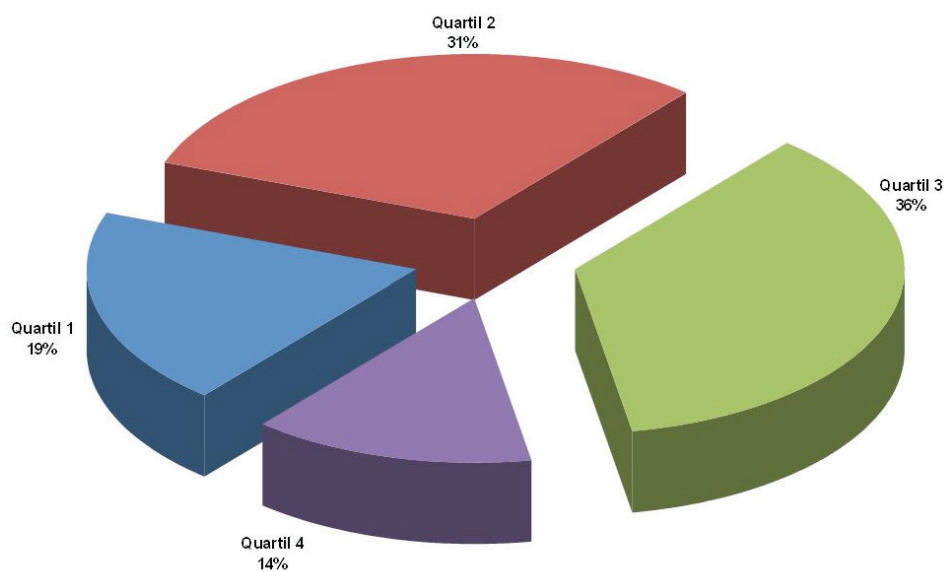
nivel. El objetivo del estudio transversal descriptivo a partir de una encuesta anónima era definir la actualidad de la formación continuada de los profesionales de enfermería, y conocer sus necesidades y expectativas en cuanto a la adquisición de sus competencias. Los resultados muestran la importancia que se le da a la formación tanto por parte de enfermería como por parte de la empresa, y ofrecen una lista que conforma la formación continuada que se debería realizar a petición de los participantes. ●

RESUM 2015

TOTAL ARTICLES: 59

ARTICLES INDEXATS (Pubmed, Scopus, Web of Science) 42

FACTOR D'IMPACTE TOTAL HUSC: 81,225



Número publicacions per Servei

Servei	Total	Indexades
Dermatologia	15	8
Neurologia	12	7
Cirurgia Ortopèdica	8	8
Cirurgia Toràcica	6	5
Farmàcia	4	2
Pneumònia	3	3
Reumatologia	3	3
Pediatría	2	2
Urologia/Nefrologia	2	2
Cirurgia	1	1
Dolor	1	1
Rehabilitació	1	
Infermeria	1	

Factor d'impacte per Serveis

Servei	IF
Dermatologia	20.882
Cirurgia Ortopèdica	14.368
Pneumologia	13.46
Neurologia	9.402
Cirurgia Toràcica	8.074
Reumatologia	5.685
Cirurgia	2.837
Pediatría	2.272
Urologia / Nefrologia	2.245
Dolor	1.557
Farmàcia	0.443

Sessions segon trimestre

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

ABRIL

- | | |
|-------------------|--|
| Dimarts 5 | Síndrome Febril. <i>Dra. García</i> , servei de medicina interna |
| Dimarts 12 | TEP. <i>Dra. Salas</i> , servei de medicina interna |
| Dimarts 19 | HIV. <i>Dra. Coll</i> , servei de medicina interna |
| Dimarts 26 | Urticària. <i>Dra. Gemma Melé</i> , servei de dermatologia |

MAIG

- | | |
|-------------------|--|
| Dimarts 3 | Agitació i síndrome confusional agut. <i>Dr. Seguí</i> , servei de psiquiatria |
| Dimarts 10 | Epil·lepsia. <i>Dr. Comes</i> , servei de neurologia |
| Dimarts 17 | Neuroimatge. <i>Dra. Grivé</i> , servei de radiologia |
| Dimarts 24 | Demències, <i>Dra. Valls</i> , servei de medicina interna |
| Dimarts 31 | Urgències de psiquiatria, <i>Dr. Seguí</i> , servei de psiquiatria |

JUNY

- | | |
|-------------------|--|
| Dimarts 7 | Ascites. <i>Dra. Chiahri</i> , servei de digestiu |
| Dimarts 14 | Malaltia tromboembòlica, <i>Dr. Roche</i> , servei de cirurgia vascular (pendent de confirmar) |
| Dimarts 21 | Infecció de pell i parts toves, <i>Dr. Cárdenas</i> , servei de medicina interna |

XXI Sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Curs Acadèmic 2015-2016

Direcció: Dr. Adrià Arboix

Amb el suport: Societat Catalana de Neurologia i Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia

Sala d'actes de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona (7a planta)

PROGRAMA

Conferència d'inauguració:

"Identificació d'antígens neurals en el teixit limfoide de pacients amb ictus"

Dr. Manuel Gómez-Choco Cuesta

7 d'Octubre de 2015 (Horari: 13.30h)

Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

- Presentació d'un cas clínic inhabitual.
- Plantejament de problemes de la pràctica assistencial diària.
- Informació d'aspectes singulars, clínics o d'imatge.
- Programació de protocols.
- Programació d'estudis cooperatius multicèntrics.

6 de Novembre de 2015 (Horari: 8.30h)

I Sessió "Professor Martí-Vilalta"

"Infart cerebral cardioembòlic: avenços i controvèrsies"

Dra. Eva Giralt Steinhauer.

16 de Desembre de 2015 (Horari: 13.30h)

II Sessió "Professor Martí-Vilalta"

"Registre de Malalties Vasculars Cerebrals de Mataró"

Dr. Ernest Palomeras Soler

18 de Maig de 2016 (Horari: 13.30h)

Conferència de Cloenda:

"Estats protrombòtics en els ictus criptogenètics"

Dra. Raquel Delgado Mederos

8 de Juny de 2016 (Horari: 13.30h)

PARTICIPANTS

Dr. Ernest Palomeras Soler. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.
Dra. Raquel Delgado Mederos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Eva Giralt Steinhauer. Hospital del Mar. Barcelona
Dr. Manuel Gómez-Choco Cuesta. *Stroke Medicine* Charing Cross Hospital. Imperial College Healthcare NHS Trust. Londres