

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2017.
Volum 24. Número 4. Publicació trimestral

A portrait of Luis Desvalls i Trias, Marquès d'Alfarràs, an elderly man with grey hair, wearing a dark suit, white shirt, and dark tie. He is standing in front of a large, light-colored building with many windows. The background is slightly blurred.

Luis Desvalls i Trias, Marquès d'Alfarràs

**Dolor postop:
elastòmers vs. pauta fixa**

Dispensació Ustekinumab

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

ANNALS DEL SAGRAT COR

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



DIRECTOR; EDITOR EN CAP

Jordi Delás Amat

EDITOR ADJUNT

M^a José Sánchez López

CONSELL EDITORIAL

Margarita Aguas Compaired

Miquel Balcells Riba

Enric Gil de Bernabé Ortega

Eduardo Irache Esteban

Lucía Mata Haya

EDITORS ASSOCIATS

Santiago Barba Sopeña

Eleuterio Cánovas Robles

Josep Maria Catalan Borrás

Margarita Centelles Ruiz

Vicente De Sanctis Briggs

Francesc Fernández Monrás

Joan Figueras Felip

Javier Foncillas Corvinos

Caterina Fornós Asto

M^a Mar Martí Ejarque

Gemma Martín Ezquerria

Joan Massons Cirera

Luis Medina Luyo

Laureano Molins López-Rodó

César Morcillo Serra

Núria Parra Macías

Antoni Pelegrí Santos

Montserrat Pons Bussom

Vicenç Querol Borrás

Núria Roca Rossellini

Jesús Sacristán San Felipe

Rosario Salas Campos

Montserrat Salleras Redonnet

EDITORS EXECUTIUS

Adrià Arboix Damunt

Neurologia

Elisenda Grivé Isern

Radiodiagnòstic

Maribel Iglesias Sancho

Dermatologia

Albert Isidro Llorens

Olga Parra Ordaz

Docència pregrau

Joan Seguí Montesinos

Psiquiatria

COMITÈ EDITORIAL

Victòria Andreu Solsona

Jordi Argimón Pallas

Rosa Antón Belle

Joan Ballesta Alcaraz

Núria Barrera Aguilera

Xavier Beltrán Ramón

Antoni Bosch Amat

Rosa Coll Colell

Maria José Conde Martínez

Emili Comes Maymó

Frederic Dachs Cardona

Nadia El Hilali Maso

Juanjo Fibla Alfara

Rosa García-Penche Sánchez

Marta Grau Olivares

Joan Carles Jordà Sánchez

Fani Labori Cros

Ana Lozano Miñana

Ignasi Machengs Bruquetas

Juan Carlos Martín Conillas

Felip Orient López

Núria Pinilla Gutsens

Carme Prat Torrevejano

Assumpta Ros Vergara

Vicenç Ros Cantó

Germán Rosales Calvo

Antonio Segade Hernández

Juanjo Sopeña Nualart

Dolors Sort Granja

Ignasi Valls Massana

COMITÈ D'HONOR

Cayetano Alegre de Miquel

Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet

Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

EDITORIAL..... 160

DEBAT / DEBATE / DISCUSSION 161

Prescripción electrónica en el Hospital

ORIGINAL 165

Estudio comparativo entre dosis fraccionadas y perfusión continua en el tratamiento del dolor postquirúrgico.

Estudi comparatiu entre dosis fraccionades i perfusió contínua en el tractament del dolor postoperatori.

Comparative study between split doses and continuous perfusion in postoperative pain management.

VICENTE DE SANCTIS BRIGGS, LAURA RUIZ VILLA, MONTSE PONS BUSOM, M^a JOSÉ SIMÓN, ASTRID ALVAREZ.

Anàlisi de la dispensació d'ustekinumab des del Servei de Farmàcia per a pacients externs amb psoriasis o artritis psoriàsica.

psoriàsica. 172

Análisis de la dispensación de ustekinumab desde el Servicio de Farmacia para pacientes externos con psoriasis o artritis psoriásica.

Analysis of ustekinumab dispensing from the Pharmacy Department for outpatients with psoriasis or psoriatic arthritis.

ANDREA GARCÍA LARIO, ELVIRA RAMÍO, PILAR MODAMIO, MONTSE PONSÀ, EDUARD MARIÑO

ORIGINAL BREVE..... 185

Análisis comparativo de las entrevistas guiadas sobre consentimiento informado, 2012-2016.

Anàlisi comparativa de les entrevistes guiades sobre consentiment informat, 2012-2016

Comparative analysis of guided interviews on informed consent, 2012-2016

ESPERANZA ARELLANO LÓPEZ, CARMEN LOMBARDÍA LÓPEZ.

CAS CLÍNIC / CASO CLÍNICO / CASE REPORT 190

Dysarthria-clumsy hand syndrome: case report

Síndrome de disartria-mano torpe: caso clínico.

Síndrome de disartria.mà feixuga: cas clínic.

MARÍA ISABEL PADILLA SANTIS, ADRIÀ ARBOIX

CAS CLÍNIC DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC 193

Torsión ovárica pediátrica, causa de abdomen agudo.

Torsió ovàrica pediàtrica, causa d'abdomen agut

Pediatric ovarian torsion, a cause of acute abdomen

SILVIA LLAVERIAS BORRELL, IACOPO CIAMPA, ANA MARÍA GALLART ORTUÑO, JOSÉ TOMÁS SALAYA DÍAZ

TESIS DOCTORAL / TESI DOCTORAL / DOCTORAL THESIS..... 196

Cartografía, pràctiques mèdiques i respostes socials a l'entorn del paludisme a Catalunya al segle XIX

Cartografía, prácticas médicas y respuestas sociales en torno al paludismo en Cataluña en el siglo XIX.

Cartography, medical practices and social response on paludism in Catalonia in the 19th century.

NARCÍS TORRENT QUER

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA 198

Homenatge a Lluís Desvallès, Marquès d'Alfarràs.

JOSEP MARIA CATALAN BORRAS

Historia y Directivos Uniformes

CONSELL DE REDACCIÓ

IN MEMORIAM 204

DRA. MARUJA RUIZ PEÑA

ÍNDEX VOLUM 24 205

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.

Annals del Sagrat Cor està disponible online a:

<http://www.annalsdelsagratcor.org> | http://issuu.com/annals_sagrat_cor/

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: bibhsc@hscor.com

Disseny i maquetació: Sònia Poch | spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93

Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor por Hospital Universitari Sagrat Cor

Es distribueix sota una Licència Creative Commons Atribució 4.0 Internacional

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



APMTS

Lluís Desvalls

En 1964, el marqués de Alfarrás, Lluís Desvalls, sucedió a Carlos Sanllehy, marqués de Caldes de Montbui, como presidente de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona y vicepresidente del Patronato del Hospital Sagrado Corazón.

Cuatro años más tarde, en 1968 se iniciaron las obras de ampliación del Hospital que dieron lugar, el 23 de marzo de 1971, al edificio de consultas externas de la calle de París 83 y el 7 de julio de 1976 al edificio de hospitalización de la calle Viladomat 288.

Lluís Desvalls representa bien la perseverancia de la sociedad civil barcelonesa, que consiguió un moderno y tecnificado Hospital al servicio de la población. Notable parecido con la decisión de Dorotea Chopitea y sus allegadas, cuando en 1879 pusieron en marcha el Hospital originario en la calle Londres, desoyendo los representantes oficiales que proponían aguardar al proyectado Hospital Clínico que no abrió sus puertas hasta 1906, 27 años más tarde.

En la renovación del Hospital de 1976, tuvo papel preponderante la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona, la Caja de la flecha hacia arriba, creada en 1844 y que se fusionó en 1990 con la Caixa de Pensions per a la Velleja i d'Estalvis.

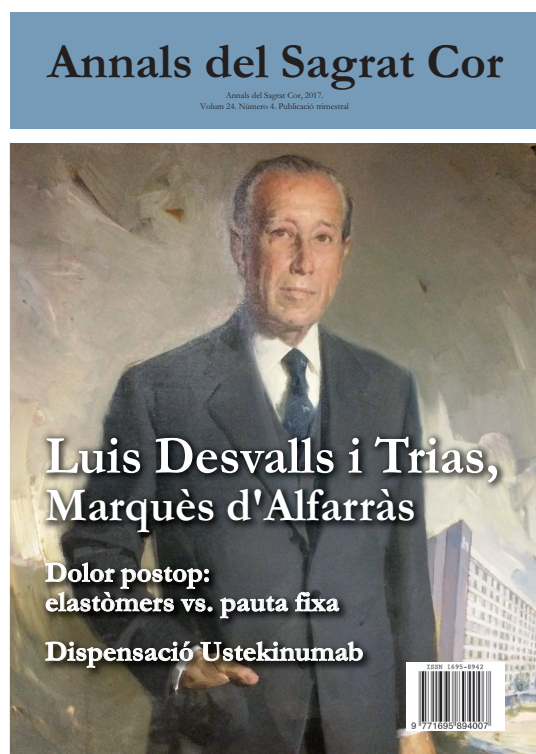
En este número dels Annals queremos rendir homenaje a Lluís Desvalls, sin el cual, ciertamente, nuestro Hospital no sería lo que es. El nombre del Marqués de Alfarrás persiste en la que duran-

te muchos años ha sido la más emblemática sala de conferencias. Acogiendo diapositivas de fondo azul y letras blancas que primorosamente proyectaba un técnico de mantenimiento, mientras el ponente decía, "la siguiente, por favor".

Queremos también rendir homenaje a esas personas tan jóvenes que pusieron en marcha el nuevo el Hospital. Una generación que iniciaba su profesión en el 1976, más o menos años.

La tenacidad de Dorotea Chopitea – con un homenaje pendiente en las páginas de esta revista – así como de Lluís Desvalls persisten y pugnamos por seguir prestando cuidados a la población, de la mejor manera, desde el punto de vista técnico, científico y sin duda humano. Para que la docencia siga teniendo el papel importante que ha adquirido desde la época del Dr. Cardenal, con quien tenemos también la deuda de recordarle en nuestras páginas.

Las generaciones post 76 han hecho suyo el Hospital. Igual o mejor preparadas tienen la responsabilidad de seguir promoviendo la salud y atendiendo la enfermedad. Sin duda recibirán, a su vez, con orgullo nuevas generaciones y les darán la bienvenida a un Hospital con 139 y más años de historia, surgido del entusiasmo de personas como Dorotea Chopitea, Salvador Cardenal, Lluís Desvalls y tantos otros profesionales que han mantenido sin interrupciones una determinada manera de hacer asistencia sanitaria en la ciudad de Barcelona.



Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores
están disponibles en la página web

*The instructions for authors
are available on the website*

Retrat de l'Il·lustríssim Sr. Don Lluís Desvalls y Trias, Marquès d'Alfarràs, realitzat per Félix Revello de Toro que presideix l'Aula que porta el seu nom.

Prescripció electrònica a l'hospital

IMPLANTACIÓ D'UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓ ELECTRÒNICA

Núria Pi Sala

Servei de Farmàcia Idcsalud
Sagrat Cor Hospital Universitari

Els errors de medicació (EM) són una de les causes més significatives de produir efectes adversos als pacients, i s'han associat, des de fa anys, a un augment de l'estada hospitalària, a una major mortalitat i a un major cost de l'hospitalització (1,2). Un gran nombre d'EM es produeixen en les fases de prescripció, dispensació i administració, essent susceptibles d'optimització amb la utilització de sistemes informatitzats (3). Són molts els estudis que han demostrat la reducció d'errors de la prescripció electrònica respecte a la prescripció manual, entre ells destaca l'estudi publicat per O. Delgado Sánchez et al. en el qual van observar una reducció d'EM del 48% en valor relatiu (4). Per tant, podem afirmar que els objectius de la prescripció electrònica són facilitar el procés de prescripció mèdica, agilitzar l'administració de fàrmacs per part d'infermeria i evitar errors de medicació augmentant els nivells de seguretat dels pacients ingressats.

Ja fa uns mesos que en el nostre hospital es va implantar un sistema de prescripció electrònica en el qual és el metge qui introdueix la pauta prescrita al sistema. Aquest fet ha permès evitar una font important d'errors deguts a prescripcions incompletes o il·legibles i a la transcripció per part del Servei de Farmàcia o Infermeria. Inicialment, la seguretat del pacient es va veure compromesa, ja que es continuaven produint errors en el circuit a causa de la utilització de la nova tecnologia, fet que va originar cert grau de rebuig. Actualment, hem aconseguit una adaptació per part del personal sanitari que permet fer una valoració positiva de la informatització de l'hospital. Des de farmàcia hem tingut una acció proactiva per tal d'ajudar a tots els professionals sanitaris, i creiem que hem aconseguit un bon resultat entre tots. Així i tot, existeix un pas més enllà de la prescripció informatitzada que permet posar a disposició dels professionals sanitaris la informació necessària per a la prescripció, validació farmacèutica i administració de medicaments. Parlem de la prescripció assistida per ordinador (PAO) que permet la detecció d'alertes (dosis màximes, interaccions, al·lèrgies, etc.) i l'accés a la informació que faciliti la presa de decisions clíniques.

En conclusió, la prescripció electrònica és una eina molt poderosa que ha demostrat disminuir de

forma significativa els errors de medicació, però cal continuar desenvolupant-la en el nostre hospital per aconseguir la seguretat i efectivitat que requereix la utilització de medicaments a la pràctica clínica (4).

BIBLIOGRAFIA

1. Hidalgo Correas FJ, Bermejo Vicedo MT, De Juan Velasco P, et al. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital de INSALUD. *Farm Hosp* 2002; 26: 327-34.
2. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, et al. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1997; 277: 301-6.
3. Gimenes FRE, Miaso AI, Lyra Junior DP, et al. Prescripción informatizada como factor contribuyente para la seguridad de los pacientes hospitalizados. *Pharmacy Pract (Granada)* 2006; 4: 13-7.
4. Delgado Sánchez O, Escrivá Torralva A, Vilanova Boltó M, et al. Estudio comparativo de errores con prescripción electrónica versus prescripción manual. *Farm Hosp* 2005; 29: 228-35.

IMPLANTACIÓN CASIOPEA

Julián Sánchez

Siempre que en la vida hay cambios, el miedo a lo desconocido aparece. Y cuando hay esos mismos cambios en una empresa, el pánico se multiplica, aunque en ambos casos, el terror es injustificado.

Venga esto a cuento para explicar lo que ha sido la implantación del sistema Casiopea Dos en nuestro Hospital.

Haciendo un mínimo de historia, deberíamos saber que la informatización nos cogió algo tarde, por lo que las personas a las que afectaba dicha implantación, sobretodo médicos, enfermeras y auxiliares, entraban con algo de retraso en la era de la información digital. Bien es cierto que en la actualidad todos tenemos ordenador, teléfono móvil, tablet, o cualquier artilugio que nos podría haber hecho mas fácil la cuestión a la que nos enfrentábamos, pero entre todo el colectivo del Hospital, teníamos a personas que no tocaban uno de los instrumentos antes mencionado más que esporádicamente, y en algún caso no sabían ni por donde se encendía.

Desde el punto de vista del Departamento de Enfermería, debo admitir que la estrategia estaba muy bien encarrilada. Los responsables, Alberto y Jaume, habían hecho una selección de cuatro personas, una de cada turno, y un comodín que podía acceder a varios, así que en un inicio, se nos instruyó en el programa con clases presenciales y con tutoriales, e incluso dos de nosotros viajamos a Madrid a conocer, en el Hospital Rey Juan Carlos, en vivo y en directo, cómo funcionaba el programa, y además recibir, en primicia una clase magistral sobre Casiopea.

Y no divaguemos más. Tras un periodo de tiempo respetable, se decidió empezar la implantación con un pequeño inconveniente, los ordenadores que debían llevar las enfermeras en sus carros aún no estaban en el Hospital, pero se hizo de tripas corazón y se empezó.

El inicio fue en Urgencias, y como había un pequeño problema con el programa anterior de triaje, estuvimos varios días hasta que se solucionó, tras lo cual pasamos a Urgencias puras y duras, en donde hubo menos problemas de los previstos.

En Hospitalización, la planta piloto fue la novena, y un lunes aparecimos como llegados de otro planeta, y con la dotación de la planta en un estado entre curioso, expectante y aterrorizado.

Pero, a pesar de todo, fue bien, nos aceptaron con cariño, atendieron nuestras enseñanzas,

protestaron las cosas que debían protestar pero fuimos adelante.

Evidentemente, hasta que un programa no se pone en marcha, no se detectan los errores que conlleva, y en esa semana apabullamos a los tres expertos que se habían quedado para la implantación con cientos de pequeños, y salvables, problemas, y los resolvieron con sapiencia, amabilidad, y hasta un punto de asombro, y los que no pudieron resolver, los transmitieron y aparecerán en las siguientes actualizaciones.

De ahí al resto de las plantas, con los mismos problemas, y con el mismo interés, y con las mismas ganas, hasta que un buen día, en la décima planta acabamos y nos despedimos, con la satisfacción de ver a la gente implicada, con ganas de seguir, y con los ordenadores portátiles instalados y en funcionamiento.

Por fin se podía decir que eramos un Hospital informatizado.

Y por último gracias, a mucha gente, desde la jefa de enfermería, coordinadoras, supervisoras e informáticos.

Pero sobretodo a enfermeras y auxiliares de planta, de Urgencias, de Quirófano, de Pruebas, de Pediatría, y si se me olvida alguien, pues también gracias, por ayudarnos, por implicarse a pesar de las dificultades, y por ser como son, profesionales como la copa de un pino.

Del papel al cielo de Casiopea

Jordi Delás^a, María José Sánchez^a, Elisenda Ferró^{a,b}, Cèsar Morcillo^c

^aHospital Universitari Sagrat Cor. ^bFacultat de Medicina. ^cHospital Sanitas Cima

En los hospitales, como en todas partes, cuando no funcionan los ordenadores el caos es total y lo más oportuno parece irse todos a casa o mantener una actividad mínima, de supervivencia.

Esta omnipresencia y absoluta dependencia de la informática, contrasta con recordar que la aplicación de la prescripción manual en nuestro Hospital se realizó en 2013 [1] y la migración hacia las historias electrónicas en 2014. Y parece que antes de la informatización de los hospitales había vida inteligente.

Describe la Dra. Aguas que la prescripción manual implicaba muchos riesgos[1]. El médico escribía el tratamiento en la hoja de curso, un papel con rayas para mantener la horizontalidad de la escritura. De ahí, el personal de enfermería, transcribía el tratamiento.

Las hojas de medicación fueron un avance. Hojas que calcaban la copia que se enviaba a farmacia, donde se iniciaba el camino inverso de la medicación hasta la habitación de la persona ingresada.

La capacidad de error era enorme por la interpretación de la letra o la dificultad de lectura de la copia. Se repartían casi por igual los errores de los facultativos que añadían o quitaban fármacos sin realizar un tratamiento completo, como los que usaban tratamiento completo olvidando algún medicamento necesario.

Los hospitales de nueva creación tenían ventajas sobre los antiguos al nacer ya con sistemas informatizados. Era mucho más complejo el paso del papel al ordenador en hospitales de larga historia y a pleno funcionamiento.

Esta voluntad de adecuación a las nuevas tecnologías se plasmaba en 2004 en nuestra revista con una monografía "Informàtica i Hospital", llevada a cabo por Dionís Bel, Director de Logística de la Corporació Sanitària Clínic, Núria Parra i Begonia Eguileor de nuestro Hospital [2].

HOSPITAL SIN PAPEL

En el Hospital Universitari del Sagrat Cor, se diseñó en 2014 un efectivo plan de formación, (Tabla 1) ejecutado sorprendentemente por muy pocas personas. Por turnos, por áreas, con especial eficacia en el área de enfermería, como se describe en otros artículos de este mismo ejemplar de Annals del Sagrat Cor. En el desarrollo clínico, ha tenido un papel trascendental el Dr. Juanjo Sopeña.

Fueron paulatinamente desapareciendo las hojas de medicación, de curso clínico y más lentamente las solicitudes de consultas y de exploraciones complementarias. Así como el trasiego de voluminosas historias clínicas en las consultas.

Los análisis de laboratorio se recibirían en el ordenador, sustituyendo la familiar figura de la persona que al caer de la tarde dejaba en cada una de las plantas de hospitalización los primorosos resultados de los análisis del laboratorio. Y con la habitual predilección de los informáticos por los nombres de constelaciones, apareció Casiopea, nuestro entorno informático.

Tabla 1. Aviso de formación en la informatización del Hospital.29-4-14

Aprofitant la semiparada d'activitat al nostre Hospital el divendres 2 de maig, hem organitzat una Jornada formativa Casiopea pels metges. Dita formació es realitzarà a l'Aula de formació 820, de la 8a. planta d'hospitalització en horari obert a tots els metges, entre les 9 i les 14 hores. I l'assistència hauria de ser de tres mòduls, o sigui unes tres hores
Temari: Casiopea en urgències, hospitalització i consultes externes - Visió general. - Història Clínica. - Formularis. - Circuit a Urgències. - Hospitalització. - Consultes externes. - Petició de proves, interconsultes i cirurgies. - Seguiment i resultats de proves sol·licitades. - Prescripció farmacològica. - Connexió amb Història clínica compartida. - Connexió amb recepta electrònica. - Cronograma implantació.
La dinàmica de la jornada permetrà que qualsevol metge es pugui incorporar en qualsevol punt horari (9h, 10h, 11h, 12h, 13h). Els primers 10-15 minuts de cada hora comentarem algun dels temes, la resta del temps realitzarem pràctiques.
Les següents setmanes continuarem la formació en horaris que ja anunciarem i seguint esquema similar, amb les modificacions que calgui segons experiència prèvia Aquestes tres hores de presència al curs us contarán com a Jornada de formació i podreu gaudir de la resta del dia.

Muchas de las crónicas de la mitología griega consideran a la reina Casiopea la esposa del rey Cefeo y madre de Andrómeda. A su muerte, como castigo, Casiopea fue colocada en el cielo, donde las estrellas más brillantes de la constelación delinean su cuerpo sentado en el trono. Una constelación muy fácil de reconocer, tanto por la intensidad de sus astros como por la forma en W o M. Gran parte de esta constelación coincide con la Vía Láctea [3].

Junto a Casiopea aparecieron ordenadores en todas las áreas del hospital y una nueva cultura de actuación. Surgió la estética informática, con hojas diseñadas casi para no ser leídas, compaginación escasamente atractiva y terminología lejana de la cultura clínica. Sigue como cuestión pendiente, conseguir informes amables, agradables a la lectura y notas de curso que respondan a los estándares de los programas informáticos más generalizados, más intuitivos, más humanos. Su consecución precisa el continuo diálogo entre clínicos e informáticos y el intercambio de necesidades y posibilidades.

Una modificación en la relación médico paciente

La presencia del ordenador en el consultorio ha introducido un elemento diferenciador. El médico, acostumbrado a tomar apuntes, ha anotado ancestralmente los comentarios del paciente en la historia clínica. Para mostrar su atención, hallar los ojos de su interlocutor o su acompañante le bastaba con elevar la mirada. Un recurso de la entrevista, incluso, era dejar la pluma encima de la mesa, dejar de escribir y atender atento al diálogo para enfatizar su completa dedicación a lo que se le contaba.

A nuestros alumnos de sexto curso [4], les proponemos un nuevo ejercicio: ejercitarse en una buena entrevista clínica en presencia del ordenador.

En las conferencias, el triángulo pantalla del ordenador, auditorio, pantalla de proyección se soluciona descansando siempre la vista en el auditorio, evitando barridos entre pantallas. Dedicando a mantener el doble de tiempo la mirada en el público que en cualquiera de las dos pantallas. Paciente y pantalla. No queda más remedio que escribir en el teclado y revisar lo escrito en la pantalla. Pero hay que mirar al paciente.

En un estudio al respecto, el médico de familia dedicó casi un 40% del tiempo de la consulta al sistema informático, dato similar al de estudios previos [5]. La Universidad de Wisconsin, con ocho médicos de medicina familiar y 80 pacientes, grabó 80 visitas: 40 con historias en papel y 40 utilizando el ordenador. El tiempo de los médicos mirando los registros en las visitas con ordenador fue significativamente más alto que en las

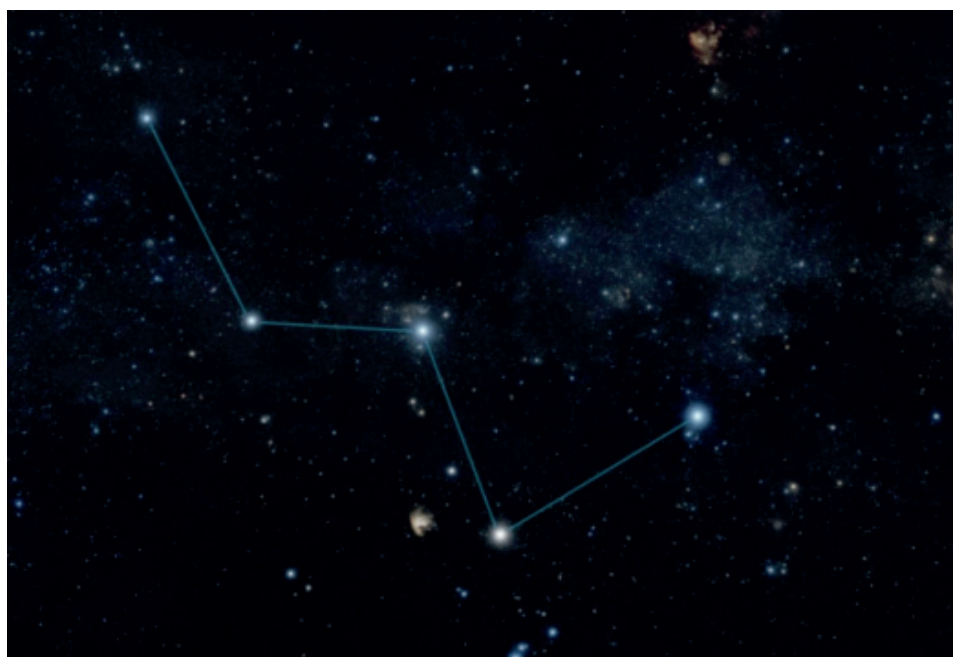
visitas utilizando papel (35,2% frente a 22,1%, $p = 0,001$). Una proporción significativamente menor se gastó mirando al paciente en la visita informatizada en comparación con la visita soportada por papel (52,6% frente a 45,6%, $p = 0,041$).

Investigadores de la Universidad Northwestern, en Chicago grabaron en vídeo cien consultas para analizar cuánto tiempo requiere el uso de la historia clínica electrónica durante la consulta, hacia dónde se dirige la mirada de los facultativos y hasta qué punto puede afectar a la comunicación con el paciente. Concluyeron que los patrones de mirada son diferentes según se utilice la historia digital o la tradicional en papel. Cuando se emplea el ordenador, el médico no sólo dedica menos tiempo a mirar al paciente, sino que éste casi siempre mira al monitor, aunque no pueda ver la pantalla o no entienda lo que hay en ella. No mira al médico.

Cuando el profesional pasa un buen rato pendiente del monitor, a los pacientes les puede resultar difícil captar su atención y se pueden perder mensajes importantes que se transmiten mediante lenguaje no verbal. Es muy probable que la capacidad de escuchar, resolver problemas y pensar creativamente no sea la óptima si los ojos del facultativo están pegados al ordenador [6].

BIBLIOGRAFIA

1. Aguas M. De la prescripción manual a la prescripción informada. *Ann Sagrat Cor* 2017; 24: 152-3.
2. Informàtica i Hospital. *Ann Sagrat Cor* 2004; 10: 23-9.
3. APOD. The W in Cassiopeia [Internet]. Michigan, US: NASA, 2016. <https://apod.nasa.gov/apod/ap160318.html>
4. Delàs Amat J, Morcillo Serra C, Sánchez López MJ, et al. Redacció mèdica, assignatura optativa, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. *Ann Sagr Cor* 2011; 17: 161-6.
5. Pérez-Santonja T, Gómez-Paredes L, Álvarez-Montes S, et al. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria. *SEMERGEN Medicina de Familia* 2017; 43: 175-81.
6. Montague E, Onur Asan O. Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of electronic health records on doctor-patient communication and attention International. *Int J Med Inform* 2014; 83: 225-34.



NASA/JPL-Caltech/DSS

<https://www.jpl.nasa.gov/spaceimages/details.php?id=PIA19832>

Estudio comparativo entre dosis fraccionadas y perfusión continua en el tratamiento del dolor postquirúrgico.

Estudi comparatiu entre dosis fraccionades i perfusió contínua en el tractament del dolor postoperatori.

Comparative study between split doses and continuous perfusion in postoperative pain management.

Vicente De Sanctis Briggs^{a,c}, Laura Ruiz Villa^{a,c}, Montserrat Pons Busom^b, M^a José Simón^{a,c}, Astrid Alvarez^c.

^aUnidad del Dolor. ^bServicio de Farmacia. ^cServicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

Introducción y objetivos: La analgesia multimodal se ha impuesto como el tratamiento de elección entre el dolor postoperatorio moderado y/o intenso. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de la administración intravenosa de analgesia con pauta, a intervalos fijos, frente a la administración de analgesia continua mediante bomba elastomérica. Como objetivos secundarios se valoran los efectos adversos -a fin de evaluar la seguridad de ambas técnicas- y el confort del paciente.

Métodos: Estudio prospectivo, comparativo, realizado en el Hospital Universitario del Sagrat Cor, de enero a diciembre de 2014. Se reclutó de manera aleatoria y consecutivamente se adjudicó a uno de los grupos. Se recogieron los datos demográficos, cirugía practicada, fármacos administrados, analgesia de rescate, intensidad del dolor (mediante Escala Visual Numérica, EVN) en el postoperatorio inmediato (REA), a las 24 y 48 horas, confort del paciente y efectos adversos.

Resultados: Se analizaron los datos de 192 pacientes: 51% (98/192) en el grupo de bomba de infusión continua (BC) y 49% (94/192) en el de pauta fija (PF). La intensidad del dolor fue significativamente mejor a las 24 y 48 horas en el grupo BC, así como la media de calidad del dolor percibida por el paciente. Los efectos adversos no reflejaron diferencias significativas, excepto a las 48 horas, con incidencia significativamente mayor en el grupo PF ($F = 16,04$; $p < 0,005$).

Conclusión: A la luz de los resultados obtenidos, si bien en el postoperatorio inmediato ambas técnicas analgésicas muestran eficacia similar, a partir de ese momento se observa que las bombas elastoméricas ofrecen una eficacia analgésica significativamente mayor y menor incidencia de efectos adversos.

RESUM

Introducció i objectius: L'analgèsia multimodal s'ha imposat com el tractament d'elecció entre el dolor postoperatori moderat i/o intens. L'objectiu d'aquest estudi és comparar l'eficàcia de l'administració intravenosa d'analgèsia, amb pauta d'intervalos fixos, enfront de l'administració d'analgèsia contínua mitjançant bomba elastomèrica. Com a objectius secundaris es valoren els efectes adversos -a fi d'avaluar la seguretat de les dues tècniques- i el confort del pacient.

Mètodes: Estudi prospectiu, comparatiu, realitzat a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor, de gener a desembre de 2014. Es va reclutar de manera aleatòria i consecutivament es va adjudicar a un dels grups. Es van recollir les dades demogràfiques, cirurgia practicada, fàrmacs administrats, analgèsia de rescat, intensitat del dolor (mitjançant Escala Visual Numèrica, EVN) en el postoperatori immediat (REA), a les 24 i 48 hores, confort del pacient i efectes adversos.

Resultats: Es van analitzar les dades de 192 pacients: 51% (98/192) en el grup de bomba d'infusió contínua (BC) i 49% (94/192) al de pauta fixa (PF). La intensitat del dolor va ser significativament millor a les 24 i 48 hores en el grup BC, així com la mitja de qualitat del dolor percebuda pel pacient. Els efectes adversos no van reflectir diferències significatives, excepte a les 48 hores, amb incidència significativament major en el grup PF ($F = 16,04$; $p < 0,005$).

Conclusió: Els resultats obtinguts indiquen que si bé en el postoperatori immediat ambdues tècniques analgèsiques mostren eficàcia similar, a partir d'aquest moment s'observa que les bombes elastomèriques ofereixen una eficàcia analgèsica significativament major i menor incidència d'efectes adversos.

ABSTRACT

Introduction and objectives: Multimodal analgesia has become the treatment of choice in moderate and / or intense postoperative pain. The aim of this study is to compare the efficacy of intravenous administration of analgesia at fixed doses to the administration of continuous analgesia using an elastomer pump. As secondary objectives, adverse effects will be evaluated in order to evaluate the safety of both techniques and patient comfort.

Methods: Prospective, comparative study, performed at the Hospital Universitari Sagrat Cor, from January to December 2014. Recruitment was randomly and consecutively awarded to one of the groups. Demographic data, surgery performed, drugs administered, rescue analgesia, pain intensity (using Numerical Visual Scale, NVA) in the immediate postoperative period (REA), at 24 and 48 hours, patient comfort, and adverse effects were collected.

Results: Data from 192 patients were analyzed: 51% (98/192) in the continuous infusion pump (BC) group and 49% (94/192) in the fixed-infusion pump (PF) group. Pain intensity improved significantly at 24 and 48 hours in the BC group, as well as the mean quality of pain perceived by the patient. Adverse effects did not show significant differences, except at 48 hours, with a significantly higher incidence in the FP group ($F = 16.04$, $p < 0.005$).

Conclusion: According to the results, except in the immediate postoperative period, it is observed that the elastomeric pumps offer significantly greater analgesic efficacy as well as a lower incidence of adverse effects.

Palabras clave: Bombas de infusión; combinación de medicamentos; dolor postoperatorio/terapia; elastómeros.

Paraules clau: Bomba d'infusió; combinació de fàrmacs; dolor postoperatori; elastòmers.

Keywords: Drug combinations; elastomers; infusion pumps; pain, postoperative/therapy.

Recibido: 3-septiembre-2017.

Aceptado: 1-febrero-2018.

Correspondencia: vdesantistis@quironsalud.es

De Sanctis Briggs V, Ruiz Villa L, Pons Busom M, Simón Solano M^aJ, Álvarez Pérez A. Estudio comparativo entre dosis fraccionadas y perfusión continua en el tratamiento del dolor postquirúrgico. Ann Sagrat Cor 2017; 24(4): 165-71.

INTRODUCCIÓN

El control eficaz del dolor en el postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados perioperatorios, debido a la evidencia de que su adecuado control, junto a factores como la movilización y nutrición precoz de los pacientes, no solo aumenta el confort y la satisfacción de estos, sino que contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y, en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria [1].

En el tratamiento del dolor postoperatorio se han producido considerables avances que abarcan desde un mejor conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo a la introducción de nuevos fármacos, junto con el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración. A pesar de ello, entre el 30-40% de los pacientes refiere dolor moderado a severo durante las primeras 24 y 48 horas postoperatorias. [2-4]

El concepto de anestesia multimodal cada día cobra mayor vigencia, ya que permite conseguir una óptima analgesia con menores efectos adversos. Entendemos por tratamiento multimodal el que engloba la combinación de dos o más fármacos y diferentes técnicas analgésicas, apoyándose en la farmacocinética y farmacodinamia de los agentes empleados, con el objetivo de resultar eficaz en la analgesia, favoreciendo la rápida recuperación y disminuyendo la incidencia de posibles efectos adversos.

Tradicionalmente, se ha utilizado la administración intravenosa de analgésicos con pauta a intervalos fijos para el control del dolor postoperatorio, con buenos resultados. Recientemente, se ha introducido la utilización de las bombas elastoméricas, cuya característica diferencial es que permite ofrecer un nivel constante de fármacos en sangre, lo que debería suponer un mejor control del dolor.

Las bombas elastoméricas o elastómeros consisten en un balón de material flexible, situado en el interior de un contenedor rígido y transparente, cuya velocidad de vaciado es constante y está proporcionada por la presión positiva que se ejerce sobre éste balón. Estos dispositivos son de un solo uso, funcionan sin baterías, no precisan de aprendizaje especial y permiten la higiene corporal. Se trata de un sistema completamente cerrado y estanco con la medicación prefiltrada, sin manipulación por parte del paciente y sin posibilidades de sobredosificación [5,6].

Si bien las dos técnicas son eficaces, no existen estudios que comparen la eficacia y seguridad de ambas técnicas en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia en el control del dolor postquirúrgico moderado

y/o intenso que tiene la administración intravenosa de analgesia, con pauta a intervalos fijos, frente a la que tiene la administración de analgesia continua mediante bomba elastomérica. Como objetivos secundarios se valoran los efectos adversos -a fin de evaluar la seguridad de ambas técnicas- y el confort del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, comparativo, realizado en el Hospital Universitario del Sagrat Cor, de enero a diciembre de 2014. El estudio cumple con las directrices de buenas prácticas clínicas y los principios éticos para la investigación médica indicados en la Declaración de Helsinki del 2008 y de la Ley orgánica 15/99 RD 884/99 de protección de datos de carácter personal.

Pacientes

Los criterios de inclusión fueron que los pacientes debían ser mayores de 18 años, y tenían que estar sometidos a las siguientes cirugías: prótesis cadera, patologías de espalda, eventroplastia, fisura anal, colectomía e histerectomía.

Los criterios de exclusión contemplaron aquellos casos en los que se requería una analgesia distinta a la del estudio, aquellos pacientes que necesitaran ingreso en UCI, los que tuvieran alergia, hipersensibilidad o contraindicación a alguno de los medicamentos utilizados en el estudio, los casos de fallo o insuficiencia renal o hepática moderada-grave, y aquellos en los que el Índice de Masa Corporal fuera $>30\text{Kg/m}^2$.

Procedimiento

Es práctica habitual en el hospital tanto la administración de analgésicos en bombas de infusión, como la administración en pautas a intervalos fijos por vía intravenosa para el tratamiento del dolor postoperatorio.

Para la comparación de las dos técnicas de administración analgésica, se procedió a reclutar consecutivamente un paciente al que se trataba con bomba elastómera, y otro paciente al que se pautaba analgesia fija.

Los fármacos utilizados en el estudio fueron dexketoprofeno, metamizol, ondasetron y morfina, se utilizaron las bombas elastoméricas (Coopdech Syrinjector de Daiken Medical CO., LTD) con una capacidad de 120 ml y con una velocidad de vaciado de 2 ml hora. La elaboración de las bombas elastómeras se realiza en una cabina de flujo laminar horizontal (AH 100) por el personal del servicio de Farmacia, asegurando la asepsia de la preparación.

Variables

Se elaboró una "hoja de recogida de datos" donde se anotó la información demográfica, la cirugía practicada, los fármacos administrados -en el preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato y planta-, y las veces que el paciente solicita un analgésico de rescate en la sala de hospitalización.

La variable principal del estudio era evaluar la intensidad del dolor en el postoperatorio inmediato (REA), a las 24 y 48 horas, utilizando la Escala Visual Numérica (EVN). Como variables secundarias se evaluaron el confort del paciente y los efectos adversos.

La intensidad del dolor se evaluó mediante una Escala Visual Numérica (EVN), que consiste en solicitar al paciente que identifique en una escala numerada del 1 al 10 (donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad del dolor imaginable), cuál es el dolor que siente en ese momento. Se consideró que el dolor estaba adecuadamente controlado cuando la EVN ≤ 3 .

El confort se evaluó con la escala de sedación de Ramsay [7] y la escala de Aldrete [8]. La escala de Ramsay contiene seis niveles y se basa en la respuesta del paciente a ciertos estímulos, de manera que a mayor nivel, mayor sedación. La escala de Aldrete evalúa la recuperación postanestésica a partir de 5 ítems; cada ítem se valora de 0 a 2, con un rango total que oscila entre 0 y 10. El punto de corte se sitúa en ≥ 9 , sugiriendo una adecuada recuperación tras la anestesia.

Finalmente se solicitó al paciente que evaluara la calidad de la analgesia mediante una escala del 1 al 5, siendo 1=malo, 2=regular, 3=bueno, 4=muy bueno y 5=excelente.

Efectos adversos

Se anotaron todos los acontecimientos adversos desde la intervención hasta la valoración a las 48 horas, y fueron evaluados en términos de gravedad, severidad y relación causal con el fármaco del estudio.

La severidad se clasificó de leve a moderada, de acuerdo a los siguientes términos:

- Leve: de naturaleza transitoria y generalmente sin interferencias en las actividades cotidianas.
- Moderada: provocan suficientes molestias como para interferir en las actividades cotidianas.
- Severa: No permite que el paciente realice sus actividades cotidianas.

En el caso de acontecimientos adversos graves se especificó la retirada definitiva del paciente del estudio, quedando el resto de casos a criterio del facultativo. La notificación de los acontecimientos adversos se ajustó a la normativa vigente.

Análisis estadístico

Tamaño muestra. En estudios previos realizados en nuestro hospital sobre la valoración de la analgesia para estas cirugías, se obtuvo una eficacia del 70%.

Considerando clínicamente relevante un alivio del dolor en un 85% de los pacientes, se estimó que el tamaño de la muestra requerido para una prueba unilateral con nivel de confianza del 95%, y una potencia del estudio del 80%, era de 95 pacientes en cada rama. Teniendo en cuenta una posible pérdida de pacientes en el seguimiento del 5%, se consideró necesaria una muestra de 100 pacientes en cada rama del estudio.

La comparación requiere homogeneidad demográfica de los grupos de estudio, y en caso de existir alguna diferencia, ésta debería ser explicada.

El análisis compartido entre los grupos de intervención para las variables cuantitativas se realizó mediante la prueba t de Student para variables normales, y la u de Man-Whitney en caso de variables de distribución no normal o de varianzas no homogéneas. La normalidad de las poblaciones de origen de las muestras se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y la homogeneidad de varianzas entre los grupos comparados mediante la prueba de Levene.

La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante el test Chi Cuadrado con la correspondiente corrección de Yates o mediante la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueran <5 ó <3 respectivamente.

Se estableció un nivel de significación de 0,05 y todas las pruebas fueron unilaterales.

El análisis principal se realizó con los datos de eficacia de los pacientes evaluables (pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 210 pacientes de los cuales se eliminaron 18 (8,6%) por falta de datos. Se analizaron los datos de 192 pacientes, 98 (51%) eran portadores de bomba de infusión continua (BC) y 94 (49%) de pauta fija (PF).

Las características demográficas se describen en la tabla 1, donde se aprecia que no existen diferencias significativas en ninguna variable, por lo que ambos grupos resultaron homogéneos.

Intensidad del dolor (Figura 1)

La intensidad del dolor en REA no reflejó diferencias significativas en ninguno de los grupos: (1,63 (DE 1,54) en el grupo BC, frente a 1,96 (DE 1,84) en el grupo PF; $p = 0,185$), así como tampoco el porcentaje de dolor adecuadamente controlado ($EVN \leq 3$) no reflejó diferencias significativas: (88,8% BC vs. 80,9% PF; $p=0,09$).

Los resultados a las 24 horas indican una diferencia significativa entre ambos grupos en la intensidad media del dolor que es de 2,54 (DE 1,91) en el grupo BC frente a 3,27 (DE 2,05) en el grupo PF, $p=0,012$.

En cuanto al porcentaje de dolor controlado también existen diferencias significativas, siendo de 79,6% en el grupo BC, frente a 57,4% en el grupo PF ($p=0,001$).

A las 48 horas, la intensidad media del dolor es de 0,97 (DE 1,3) en el grupo BC, frente a 1,66 (DE 1,54) en el grupo PF, diferencia que resulta significativa ($p=0,001$).

El control del dolor resultó adecuado en el 98% de los pacientes con BC y 88,3% de los pacientes con PF, diferencia significativa ($p=0,09$).

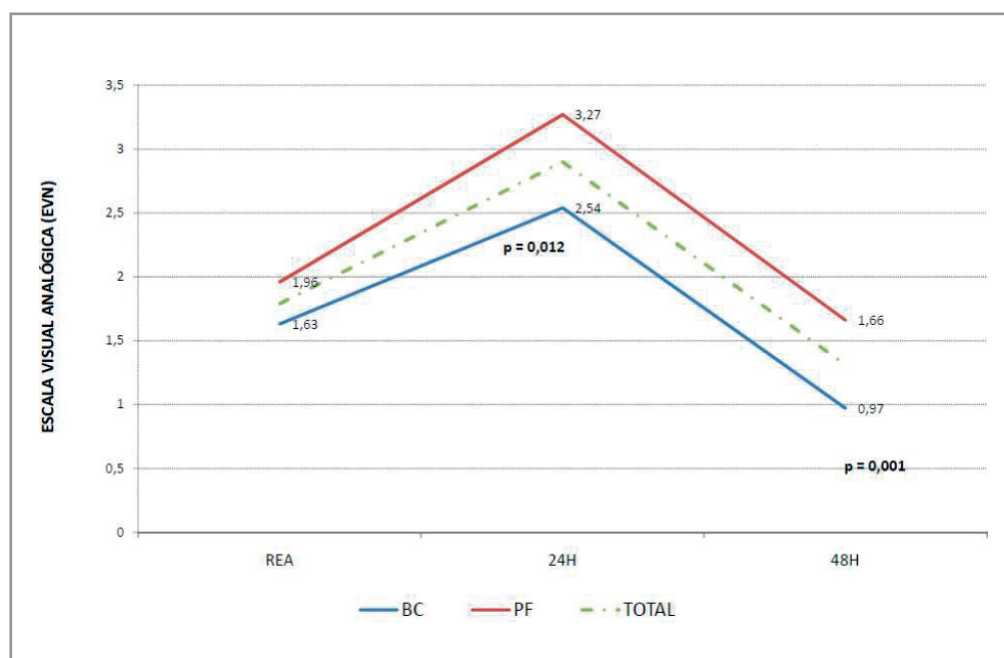


Figura 1. Evolución de la intensidad del dolor.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

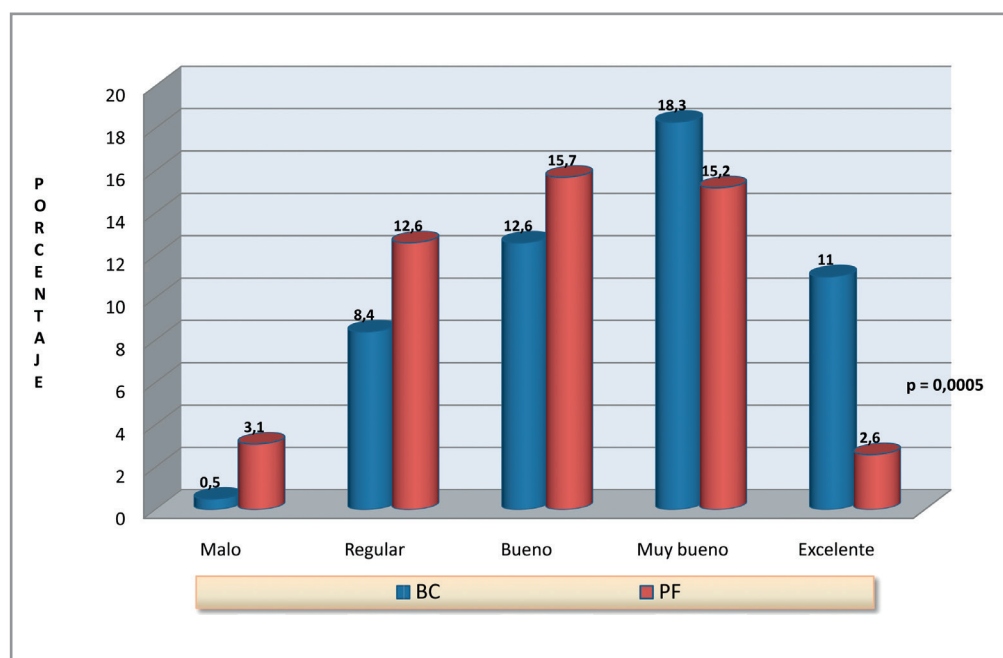
Variables	BC n (%)	PF n (%)	Total n (%)	P valor p
Sexo				
Hombre	41 (21,4%)	36 (18,8%)	77 (40,1%)	0,66
Mujer	57 (29,7%)	58 (30,2%)	115 (59,9%)	
Servicio				
Cirugía general	6 (3,1%)	10 (5,2%)	16 (8,3%)	
Traumatología	90 (46,9%)	77 (40,1%)	167 (87%)	0,095
Ginecología	2 (1%)	7 (3,6%)	9 (4,7%)	
	media (SD)	media (SD)	media (SD)	
Edad (años)	70,8 (11,3)	70,7 (12,5)	70,7 (11,9)	0,956
Peso (Kg)	79,4 (17,6)	74,2 (15,6)	76,8 (16,8)	0,066
Nº Fármacos analgésicos administrados				
Preoperatorio	0,01 (0,1)	0,03 (0,2)	0,02 (0,2)	0,394
Cirugía	0,66 (1,0)	0,44 (0,8)	0,55 (0,9)	0,091
REA	1,06 (1,2)	1,18 (1,1)	1,12 (1,1)	0,476

Confort

No se hallaron diferencias significativas entre los grupos estudiados ($\chi^2 = 9,28$; $p=0,209$). La mayoría de los pacientes (83,1%) reflejaban un valor de 2, lo que significa que el paciente se sentía cooperator, orientado y tranquilo.

Tampoco en la evaluación postanestésica de Aldrete se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos ($\chi^2 = 9,48$; $p=0,577$), observándose que el 87,3% de los pacientes tenían una puntuación ≥ 9 .

En cuanto a la calidad del tratamiento del dolor percibida por el paciente, los pacientes del grupo BC puntuaron el tratamiento como excelente en un 11%, frente al 2,6% del grupo PF. En el extremo opuesto, 0,5% de los pacientes BC consideraron la calidad del tratamiento analgésico como mala, porcentaje que se elevó al 3,1% de los pacientes con PF. La media de la calidad del dolor percibida por el paciente fue de 3,61 (DE 1,0) en los pacientes BC y 3,03 (DE 1,0) en los pacientes PF. Diferencias significativas ($F= 14,98$; $p<0,0005$). Figura 2.

**Figura 2.** Calidad analgésica percibida por el paciente

Efectos adversos

En total, se registraron 96 efectos adversos. Los efectos adversos más frecuentes fueron: desorientación, sedación, retención urinaria, náuseas y vómitos (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de efectos adversos

	BC (n)	PF (n)	Total (n)
Agitación	2	5	7
Ansiedad	0	1	1
Desorientación	13	13	26
Hipotensión	4	4	8
Mareo	2	4	6
Náuseas	6	4	10
Retención urinaria	3	9	13
Sedación	6	10	16
Vómitos	5	4	9
TOTAL	42	54	96

La clasificación por severidad de los episodios se recoge en la tabla 3. Resumiendo, en REA, un 6,8% de los pacientes presentó efectos adversos, 9 de carácter leve y 4 moderado. De éstos, 4 pacientes (4,1%) estaban en el grupo BC y 9 (9,6%) en el grupo PF, diferencias no estadísticamente significativas (Fischer 2,31; $p=0,110$).

A las 24 horas, el 42,2% de los pacientes presentó efectos adversos, 44 de carácter leve y 37 moderado. Hubo un abandono del estudio por hipotensión que obligó a cambiar el tratamiento. Por grupos de estudio no se observaron diferencias significativas, y así el 35,7% de los pacientes correspondió al grupo BC, frente al 48,9% del grupo PF. (Fischer=3,44; $p=0,079$).

A las 48 horas se registraron 2 abandonos del estudio: uno por hipotensión y otro por falta de eficacia, lo que obligó a cambiar el tratamiento en ambos casos. El control a las 48 horas, reflejó una incidencia de efectos adversos en el 30,2% de los pacientes, siendo leve en 27 pacientes y modera-

do en 31. En esta ocasión, los pacientes del grupo PF representaron el 43,6% frente al 31,7% del grupo BC, siendo estadísticamente significativo (Fischer=16,04; $p<0,005$).

Medicación rescate

Se valoró la necesidad de dosis de morfina de rescate en los dos grupos de analgesia. En el total, el 55,7% de los pacientes no necesitó ninguna dosis de rescate; el 16,7% necesitó 1 dosis; mientras que el 15,6% requirió tres dosis de morfina. Solamente 1 paciente necesitó 6 dosis de morfina de rescate. La media de dosis de rescate fue de 0,83 (DE 1,17) para el grupo BC y 0,89 (DE 1,26) para el grupo PF, diferencias no significativas ($F=0,122$; $p=0,727$).

DISCUSIÓN

El dolor postoperatorio es aquél que se define como "dolor relacionado con el procedimiento o dolor procedimental" [9]. Su intensidad varía de moderada a grave, y los factores que influyen en su nivel, además de la cirugía en sí, incluyen el tipo de anestesia y los medicamentos utilizados durante la operación, el procedimiento quirúrgico, la tolerancia analgésica y los factores fisiológicos y emocionales individuales [2-4]. El método utilizado para tratarlo debe ser "multimodal" [10], incluidos los opioides y los no opioides, por lo general administrados por vía intravenosa, dando preferencia a los sistemas que permiten la infusión continua y el bolo, de acuerdo con el nivel de dolor [11].

El objetivo de la técnica analgésica es lograr una reducción del dolor rápida y eficiente con los mínimos efectos secundarios, lo que permite al paciente regresar rápidamente a las actividades que incluyen la deambulación y la rehabilitación.

El mecanismo de acción de los fármacos opioides consiste en unir receptores específicos a nivel periférico, espinal y supraespinal; tienen un alto nivel de eficacia analgésica y sus limitaciones están relacionadas con los efectos secundarios (náu-

Tabla 3. Contingencia de efectos adversos

		BC n (%)	PF n (%)	TOTAL n (%)
REA	Leve	1 (0,5)	8 (4,2)	9 (4,7)
	Moderado	3 (1,6)	1 (0,5)	4 (2,1)
	Grave	-	-	-
24H	Leve	23 (12,0)	21 (10,9)	44 (22,9)
	Moderado	12 (6,3)	25 (13,0)	37 (19,3)
	Grave	1*(0,5)	-	1
48H	Leve	10 (5,2)	17 (8,9)	27 (14,1)
	Moderado	7 (3,6)	24 (12,5)	31 (16,1)
	Grave	1#(0,5)	1*(0,5)	(1,0)

falta de eficacia; * hipotension

seas, vómitos, somnolencia, depresión respiratoria, alucinaciones, taquipnea, miosis), según la dosis y la respuesta individual.

En los últimos años, se han utilizado diferentes sistemas de infusión elastoméricos para la administración de anestésicos locales a través de catéteres insertados en diferentes áreas y en menor grado para la infusión endovenosa de analgesia [12]. Estos dispositivos comprenden cartuchos cilíndricos que contienen un volumen a una concentración previamente establecida con un sistema de presión elastomérica, directamente conectado a una vena (u otra ubicación) a través de un filtro de 5 micras, permitiendo la infusión continua con las siguientes ventajas: permite la movilidad del paciente, como el aparato es ligero; es fácil acomodar extremidades; no hay necesidad de elevación ya que tiene presión positiva; es fácil de usar con una cantidad mínima de entrenamiento; es difícil causar accidentes y hay una administración continua en un volumen preestablecido.

Todo ello lo convierte en un sistema ideal para el tratamiento ambulatorio o la analgesia en pacientes que requieren una movilización rápida en condiciones normales de temperatura y presión. También parece ser un método simple de ofrecer un buen efecto analgésico cuando las bombas electrónicas de infusión continua no son desechables [12,13].

A la luz de los resultados obtenidos, se observa que las bombas elastoméricas ofrecen una eficacia analgésica significativamente mayor, junto a una menor incidencia de efectos adversos. Debe notarse que en el postoperatorio inmediato ambas técnicas analgésicas muestran una eficacia similar, mientras que a partir de entonces la intensidad del dolor es siempre inferior en el grupo que utiliza los elastómeros.

Los efectos secundarios relacionados con la infusión son similares a los obtenidos con otras técnicas que implican la perfusión continua con opioides [14], y no parecen tener ninguna relación con la dosis; su aparición en diferentes tiempos de registro es variable y heterogénea, y parece favorecer una respuesta individual, particularmente en términos de náuseas y vómitos.

El nivel de satisfacción está relacionado con la eficacia analgésica y la minimización de los efectos secundarios, por ello no resulta extraño que resulte significativamente mayor en el grupo tratado con bombas elastoméricas.

En este estudio, el tratamiento del dolor postoperatorio con bombas elastoméricas se postula como una técnica efectiva, en términos del nivel de analgesia con efectos secundarios en comparación con otras técnicas de infusión continua. Ofrece la ventaja de ser una técnica simple, cómoda y fácil de manejar.

Las limitaciones del estudio requieren estudios más amplios y comparativos, que incluyen factores como la variabilidad de la dosis, los fármacos,

el tiempo de infusión, la relación con la técnica anestésica.

Una interesante línea de investigación sería establecer las bases para la realización de un ensayo clínico aleatorizado que permitiera comprobar la eficacia y seguridad de la técnica en condiciones óptimas, permitiendo contar con datos de calidad que permitan mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio, objetivo de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes A, Garcia J, Trillo L. Tratamiento del dolor postoperatorio: de la unidad de dolor agudo al programa de gestión del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007; 5: 335-7.
2. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 7: 465-76.
3. Cursino T, Moraes M, Cavalcanti L, Cursino T, Falcão. Prevalencia e influencia del sexo, edad y del tipo de operación en el dolor postoperatorio. *Rev Bra Anesthesiol*. 2009; 59: 178-81.
4. Gallego JL, Rodríguez MR, Vazquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004; 11: 197-202.
5. Skryabina EA, Dunn TS. Disposable infusion pumps. *Am J Health Syst Pharm*. 2006; 63: 1260-8.
6. Remerand F, Vuitton AS, Palud M, et al. Elastomeric pump reliability in postoperative regional Anesthesia: A survey of 430 consecutive devices. *Anesth Analg*. 2008; 107: 2079-84.
7. Hospital sin Dolor: Abordaje integral del dolor agudo postoperatorio. Palma de Mallorca: Hospital Universitario Son Dureta, Ene ediciones; 2010.
8. Aldrete JA. Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación post anestésica. *Rev Col Anest*. 1996; 24: 305-12.
9. Manchikanti L, Singh V. Interventional pain management: evolving issues for 2003. *Pain Physician*. 2003 ; 6: 125-37.
10. Khelet, H., Dahl, J. The value of "multimodal" or "balanced analgesia" in postoperative pain treatment. *Anesth Analg*. 1993; 77: 1048-56.
11. Stasiowska MK, Ng SC, Gubbay AN, Cregg R. Postoperative pain management. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2015; 76: 570-5.
12. Argoff CE. Recent management advances in acute postoperative pain. *Pain Pract*. 2014 ; 14: 477-87.
13. Weisman RS, Missair A, Pham P, Gutierrez JF, Gebhard RE. Accuracy and consistency of modern elastomeric pumps. *Reg Anesth Pain Med*. 2014; 39: 423-8.
14. Pergolizzi JV Jr, LeQuang JA, Berger GK, Raffa RB. The Basic Pharmacology of Opioids Informs the Opioid Discourse about Misuse and Abuse: A Review. *Pain Ther*. 2017; 6: 1-16.

Anàlisi de la dispensació d'ustekinumab des del Servei de Farmàcia per a pacients externs amb psoriasi o artritis psoriàsica.

Análisis de la dispensación de ustekinumab desde el Servicio de Farmacia para pacientes externos con psoriasis o artritis psoriásica.

Analysis of ustekinumab dispensing from the Pharmacy Department for outpatients with psoriasis or psoriatic arthritis.

Andrea García Lario^a, Elvira Ramió^b, Pilar Modamio^a, Montse Ponsa^b, Eduard Mariño^a

^a Facultat de Farmàcia. Unitat de Farmàcia Clínica y Farmacoteràpia. Universitat de Barcelona

^b Servei de Farmàcia. Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUM

Objectiu: Els biològics han revolucionat la teràpia de l'espectre de les malalties psoriàsiques. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar l'administració d'ustekinumab a pacients ambulatoris amb psoriasi o artritis psoriàsica.

Mètodes: Estudi retrospectiu, observacional realitzat al Departament de Farmàcia del 2009 al 2017. Es van recollir: dades demogràfiques, informació sobre si la inducció era correcta, sobre les dosis, les línies de tractament, la primera i darrera data i temps total de tractament, les altres teràpies, PASI, DLQI i el temps mitjà de dispensació.

Resultats: Dels 115 pacients analitzats, 61 encara estaven en tractament el març de 2017. En general, el 90% tenia psoriasi i 10% artritis psoriàsica. Un 98% va utilitzar Ustekinumab després del fracàs de la teràpia convencional, més de la meitat com a primera línia i el 83 a 87% en monoteràpia. La inducció, les dosis i el temps d'administració van ser correctes i no va haver-hi diferències significatives ni per sexe ni per grups de diagnòstic; el temps mitjà de dispensació va mostrar una tendència significativa en pacients amb teràpia concomitant (3,26 mesos (DE 0,17) en comparació amb monoteràpia (3,06 mesos (DE 0,25) ($F = 2,01$; $p = 0,096$). Al darrer control, 42,8% pacients PASI = 1 i 53,6% DLQI = 0.

Conclusió: l'ustekinumab és un tractament efectiu enfront de la psoriasi, ja que ajuda a controlar la simptomatologia i millora remarcablement la qualitat de vida dels pacients.

RESUMEN

Objetivo: Los productos biológicos han revolucionado la terapia del espectro de la enfermedad psoriásica. El objetivo de este estudio es analizar la administración de ustekinumab en pacientes ambulatorios con psoriasis o artritis psoriásica.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional llevado a cabo en el Departamento de Farmacia de 2009 a 2017. Se recogieron los datos demográficos, la inducción correcta, las dosis, la línea de tratamiento, la primera y la última fecha y el tiempo total del tratamiento, otras terapias, PASI, DLQI y el tiempo promedio de dispensación.

Resultados: De los 115 pacientes analizados, 61 permanecieron en tratamiento en marzo de 2017. En general, el 90% sufría de psoriasis y el 10% de la artritis psoriásica. Alrededor del 98% utilizó ustekinumab como primera línea de tratamiento después del fracaso de la terapia convencional, más de la mitad lo utilizó como primera línea y el 83 a 87% en monoterapia. La inducción, las dosis y el tiempo de administración fueron correctos y no hubo diferencias significativas entre los grupos de diagnóstico, ni los grupos de sexo; el tiempo promedio de dispensación mostró una tendencia hacia la significación en pacientes con terapia concomitante (3,26 meses (DE 0,17) en comparación con monoterapia (3,06 meses (DE 0,25) ($F = 2,01$; $p = 0,096$). En el último control, 42,8% pacientes PASI = 1 y 53,6% DLQI = 0.

Conclusiones: El ustekinumab es un tratamiento efectivo frente a la psoriasis y artritis psoriática, ya que ayuda a controlar la sintomatología y mejora remarcablemente la calidad de vida de los pacientes.

ABSTRACT

Biologics have revolutionized the therapy of the psoriatic disease spectrum. This study aims to analyze the administration of ustekinumab in outpatients with psoriasis or psoriatic arthritis.

Methods: Observational, retrospective study; data were obtained from the Pharmacy Department from 2009 to 2017. Demographics, correct induction, doses, treatment line, first and last date and total treatment time, other therapies, PASI, DLQI, and average time of dispensing were collected.

Results: Of 115 patients analyzed, 61 stayed in treatment in March 2017. Overall, 90% suffered from psoriasis and

10% from psoriatic arthritis. Circa 98% used ustekinumab as first line of treatment after the failure of conventional therapy, more than a half used it as first line, and 83 to 87% in monotherapy. Induction, doses, and time of dispensing were correct and there were no significant differences between diagnostic groups, nor sex groups; average time of dispensing showed a trend towards significance in patients with concomitant therapy (3.26 months (SD 0.17) compared to monotherapy (3.06 months (SD 0.25) ($F=2,01$; $p=0.096$). At end of study, 42,8% patients PASI = 1 and 53,6% DLQI = 0.

Conclusions: Ustekinumab is an effective treatment against psoriatic diseases since it helps to control symptomatology and significantly improves the quality of life of patients.

Paraules clau: Artritis psoriàsica/tractament farmacològic; Fàrmacs dermatològics/ús terapèutic; Psoriasis/ tractament farmacològic; Ustekinumab/ús terapèutic.

Palabras clave: Artritis psoriàsica/tratamiento farmacológico; Fármacos dermatológicos/uso terapéutico; Psoriasis/tratamiento farmacológico; Ustekinumab/uso terapéutico.

Keywords: Arthritis, psoriatic/drug therapy; Dermatologic agents/therapeutic use; Psoriasis/drug therapy; Ustekinumab /therapeutic use.

Rebut: 15-gener-2017

Acceptat: 8-març-2018

Correspondència: mpons@hscor.com

García A, Ramió E, Modamio P, Ponsa M, Mariño E. Anàlisi de la dispensació d'ustekinumab des del Servei de Farmàcia per a pacients externs amb psoriasi o artritis psoriàsica. *Ann Sagrat Cor* 2017; 24(4): 172-84.

INTRODUCCIÓ

La psoriasi és una malaltia autoimmunitària crònica sistèmica amb manifestacions predominantment cutànies. Generalment, s'observen plaques de descamació causades per un procés inflamatori i una posterior descamació de la pell, però té una simptomatologia molt variable [1].

L'etiologia no és molt coneguda però se sap que en el desenvolupament de la psoriasi participen tant factors genètics com ambientals. Aproximadament el 30% dels pacients tenen antecedents familiars. Entre els factors ambientals que poden afavorir l'aparició o exacerbació de la psoriasi figuren: l'estrès, infeccions bacterianes i víriques, consum d'alcohol i certs fàrmacs com el liti, els AINES (indometacina), antihipertensius (IECAs, betabloquejadors i calcioantagonistes) [1].

Es tracta d'una malaltia cutània molt freqüent a la població mundial, afectant un 2-3% de la població. Amb una distribució ètnica variable, i afectant igual a homes i dones, s'observa una menor incidència en persones de pell fosca i que viuen als tròpics. Pel que fa a l'edat, la malaltia apareix en totes les edats [1].

Les manifestacions clíniques pròpies de la malaltia, la regió de la pell afectada dependrà del tipus de psoriasis que pateixi el pacient: psoriasi crònica estacionària o psoriasi en plaques (Psoriasis vulgaris), en gotes (Gutata), invertida, pustulosa, eritrodèrmica, del cuir cabellut, inguinal i artritis psoriàsica. De vegades es pot produir una afectació ocular.

És una malaltia de llarga evolució que cursa amb recaigudes i remissions, però el més comú és que persisteixi durant tota la vida. A més, es tracta d'una malaltia que redueix significativament la qualitat de vida, ja que té repercussions en l'estat físic, emocional, sexual i econòmic dels pacients.

La psoriasis sembla estar associada a diverses malalties sistèmiques com la malaltia de Crohn, diabetis mellitus, síndrome metabòlic, depressió i càncer. Els pacients amb psoriasis moderada o greu tenen un risc relatiu de malalties cardiovasculars quasi tres vegades superior al de la població general. I fins a un terç dels pacients diagnosticats de psoriasis acaben desenvolupant artritis [1].

L'artritis psoriàsica (AP) és una artritis inflamatòria erosiva habitualment seronegativa (sense factor reumatoide) associada a la psoriasi. S'estima una prevalença de la malaltia que varia del 0,04-0,1% en la població general, amb una incidència de 3,4-8 casos per cada 100.000 habitants. Acostuma a debutar a la dècada dels 40 anys amb un lleuger predomini en homes, sobretot la forma axial; mentre que a les dones són més comunes les formes articulars perifèriques [2].

L'AP es caracteritza per presentar manifestacions clíniques osteoarticulars, cutànies i extraarticulars (oculars, limfedema). Uns dels seus símptomes més típics són la rigidesa i la inflamació de les articulacions del cos, sent els dits de les mans i dels peus els més afectats [2].

El número de les articulacions inflamades s'utilitza com a valor predictiu en l'evolució de la progressió de la malaltia. Trobem 4 formes de manifestació de la malaltia [2]:

- Forma oligoarticular asimètrica: <5 articulacions petites i/o grans es veuen afectades en distribució asimètrica. És el patró més freqüent.
- Poliartritis simètrica: forma similar a l'artritis reumatoide seronegativa.
- Forma mutilant: una mica menys del 5% dels pacients presenten aquesta forma d'artritis especialment greu i destructiva que afecta sobretot a les petites articulacions dels peus i les mans, amb osteòlisi epifisiària i disminució de la longitud del dit.
- Forma interfalàngica distal: quasi exclusiva de la psoriasi, és molt poc freqüent. Està molt associada a la psoriasi de les ungles.
- Espondilartritis.

DIAGNÒSTIC

El diagnòstic de la psoriasi és fonamentalment clínic, per visualització de les lesions. Davant d'un pacient amb psoriasi s'ha d'avaluar la gravetat de la malaltia, l'impacte sobre el benestar físic, psicològic i social, l'existència d'artritis psoriàsica i la presència de comorbiditats. Els paràmetres que s'utilitzen pel diagnòstic són:

- Body Surface Area (BSA, àrea de superfície corporal afectada).
- Physician's Global Assessment (PGA, avaluació global del metge). És una escala simple que proporciona una valoració subjectiva de la gravetat de la malaltia.
- Dermatology Life Quality Index (DLQI, índex de qualitat de vida dermatològic)

Pel que fa a l'atenció especialitzada i en els assajos clínics s'utilitzen altres índexs, com ara, Psoriasis Area and Severity Index (PASI, índex de gravetat i àrea afectada de psoriasi).

De manera similar, l'artritis psoriàsica és normalment diagnosticada per l'afectació de les articulacions i la rigidesa i la inflamació d'aquestes, que són símptomes propis de la malaltia.

A part d'avaluar la simptomatologia física, existeixen qüestionaris de revisió que faciliten el diagnòstic de la psoriasi i de l'artritis psoriàsica. Aquests qüestionaris es passen tant a les consultes dermatològiques com en les consultes d'atenció primària.

Actualment, es troben tres qüestionaris diferents d'utilització internacional, l'objectiu dels quals és el d'identificar des d'un inici el procés de la malaltia, per tal d'evitar el desenvolupament d'aquesta.

Aquests qüestionaris són (Taula 1):

- Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire (TOPES).
- Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST).
- Psoriasis Arthritis Screening and Evaluation (PASE).

Taula 1.- Aspectes diferencials dels qüestionaris de screening [5]

	PASE	TOPES	PEST
Nº de preguntes	15	12	5
Població	Amb psoriasi (*)	General	Amb psoriasi (*)
Sensibilitat	82%	94%	97%
Especificitat	73%	92%	79%

(*) Pacients que pateixen psoriasis i als que volem detectar la possible aparició d'artritis psoriàsica.

Són eines molt útils però presenten dos inconvenients: excepte el PEST, els altres dos qüestionaris són complicats per a la pràctica clínica; i a més són qüestionaris bons per a detectar les formes poliarticulars de l'AP però amb una baixa sensibilitat per a detectar altres formes clíniques de la malaltia.

TRACTAMENT

Es recomana iniciar el tractament el més abans possible per tal d'aconseguir una remissió de la clínica més ràpida. L'objectiu principal és la remissió total de la malaltia, per tal de poder reduir -en el cas de la psoriasi- l'afectació de la pell, i -en el cas

de l'AP- la inflamació articular, i obtenir una millora significativa dels símptomes i signes preservant la capacitat funcional.

És prioritari intentar garantir una bona qualitat de vida i controlar el dany estructural propi de la malaltia.

El tractament propi de la psoriasi consta de 4 teràpies [1]:

- Teràpia tòpica: emol·lients i queratolítics (contraïndicats en psoriasis invertida), i corticoides (antiinflamatoris, antiproliferatius i immunosupressors), a la zona de la lesió. A més, si l'afectació és molt intensa, s'administren anàlegs de la Vitamina D, Brees o Quitrà i Retinoids tòpics.
- Fototeràpia: utilització de radiació ultraviolada B (UVB) i A (UVA). Teràpia no efectiva en les formes pustuloses i eritrodèrmiques. Precaucions: càncer de pell, melanoma. Una de les alternatives és el PUVA (psoralens[2] +UVA).
- Teràpia sistèmica: s'utilitza en pacients amb > 10% de la superfície corporal afectada o pacients que pateixen una malaltia greu independentment del percentatge d'afectació.
- Teràpia biològica: quan ha fracassat la resposta o bé apareixen contraïndicacions o intoleràncies a altres tractaments sistèmics. S'administrarà a pacients amb un PASI ≥ 10 , BSA >10% o DLQI >10 o PGA ≥ 3 (escala 0-5).

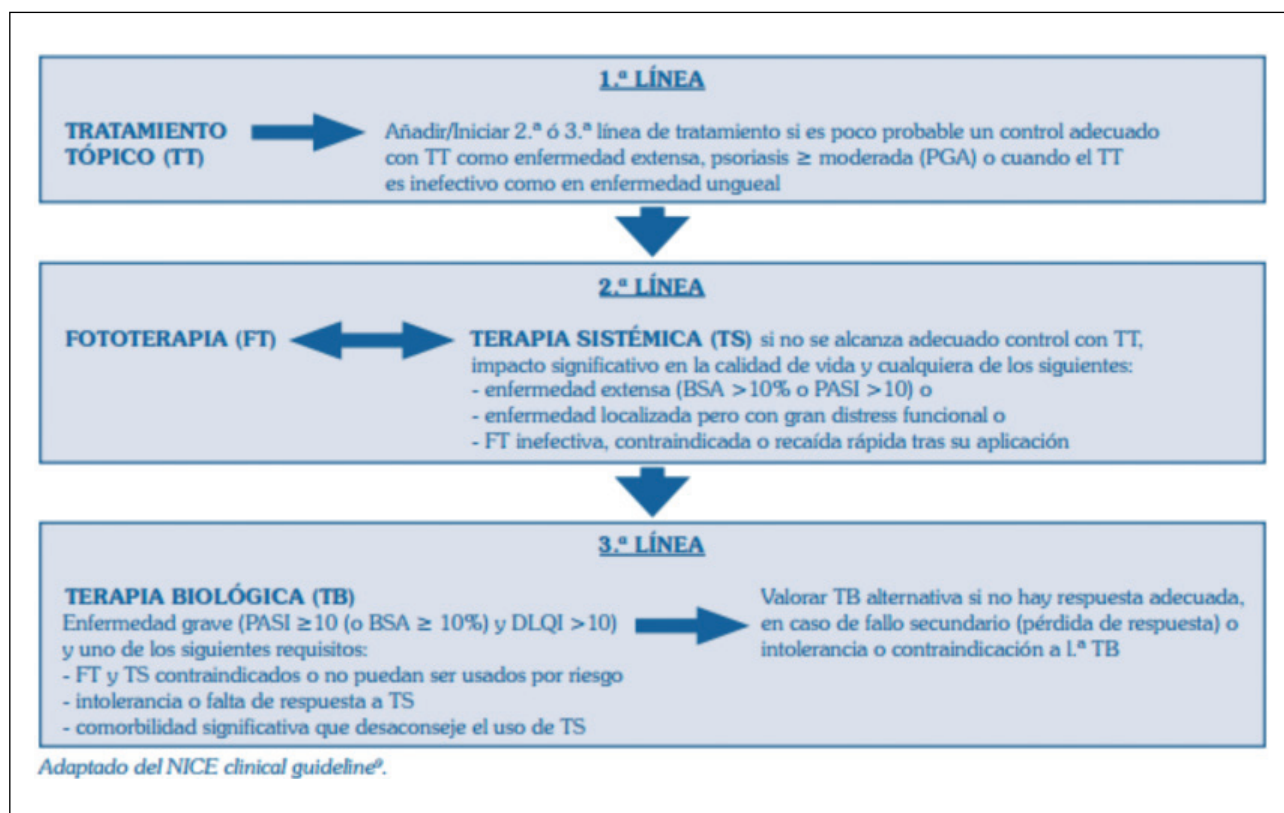
Abans de començar el tractament, s'han de tenir en compte els tractaments sistèmics aplicats amb anterioritat, ja que acostuma a ser un tractament de 3a línia, i la història clínica per tal de detectar contraïndicacions com ara: infeccions (tuberculosi, VHB, VHC, VIH), embaràs, malalties neurològiques desmielinitzants, neoplàsies malignes i ICC de grau III-IV). I s'acostuma a seguir l'algoritme que recull la Taula 2.

Pel que fa a l'artritis psoriàsica, actualment no disposem de cap tractament curatiu, però sí de medicaments i altres intervencions que poden produir una millora important.

Primer, s'ha de tenir en compte la simptomatologia del pacient, la gravetat en la qual es presenta la malaltia, i la localització de les lesions. Pel tractament farmacològic s'utilitzen:

- Analgèsics: (1a línia) es recomana per controlar els símptomes dels pacients.
- Glucocorticoides (GC): sistèmics en casos greus d'afectació articulars greus i infiltracions de GC en pacients amb mono, oligoartritis o poliartritis amb articulacions especialment simptomàtiques.
- Fàrmacs Antireumàtics Modificadors de la Malaltia (FAMEs) en pacients amb afectació perifèrica predominant. Es poden combinar amb AINEs.

Taula 2. Algoritme del tractament en psoriasi [2]



- Metotrexat: 7,5 mg durant el primer mes, podent augmentar la dosi fins a 15 mg/setmana si no és efectiu. Si després de dos mesos no s'ha vist cap efecte, es recomana canviar el FAME.
 - Sulfasalazina: 2-3 g diaris durant almenys 3-4 mesos.
 - Leflunomida; 20 mg/dia durant tres mesos.
 - Altres FAMES; Azatioprina.
- Teràpia biològica: està indicada si durant més de 3 mesos amb FAMES, els símptomes segueixen persistent. [2]

USTEKINUMAB

L'ustekinumab és un fàrmac d'elecció de segona línia, receptat quan ha fallat la teràpia convencional. Es tracta d'un anticòs monoclonal IgGk1 humà obtingut per la tecnologia d'ADN recombinant, que actua inhibint l'activació limfocitària, pròpia de la malaltia. La seva diana terapèutica (target) és la subunitat p40 de les interleucines (IL) IL-12 i IL-23.

La subunitat p40 és una subunitat compartida per aquestes dues IL, i es considera una diana terapèutica interessant, ja que influeix en dos importants factors inflamatoris: NK (natural killer) i Th17 (T helper). La síntesi de les cèl·lules NK i Th17 està regulada per IL-12 i IL-13, respectivament. És a dir, que modulant l'activació de les IL-12 i IL-23 amb l'ustekinumab aconseguim reduir la síntesi de NK i Th17. [6,7]

L'ustekinumab està indicat pel tractament de la psoriasi i també per a l'AP, moderada-greu, en adults els quals no responen, tenen contraindicats o bé no toleren els altres tractaments sistèmics. Es pot donar sol, o bé en combinació amb el metotrexat. Actualment no es troba autoritzat per a l'administració pediàtrica a la UE, ni als EEUU. [7]

Posologia: Normalment, s'administra una dosi inicial de 45 mg per via subcutània, i una segona dosi (45 mg) després de 4 setmanes. Posteriorment s'administra cada 12 setmanes. Amb pacients >100 kg, s'acostumen a administrar 90 mg.

S'ha d'evitar injectar-lo en zones de la pell que estiguin afectades per la psoriasi.

El pacient es podrà autoadministrar el medicament un cop conegui bé la tècnica, el metge però seguirà controlant que l'administració sigui la correcta.

En comparació als altres agents biològics, l'ustekinumab necessita menys administracions, tret que el diferencia positivament de tots els altres.

Segons la fitxa tècnica s'ha de considerar la suspensió del tractament si el pacient no ha respost després de 28 setmanes, és a dir, no ha arri-

bat a reduir l'índex de PASI en un 75% (PASI 75) o en un 50% (PASI 50). [7]

Contraindicacions: No es pot administrar ustekinumab a aquells pacients que presentin una hipersensibilitat al principi actiu o algun dels excipients, ni a aquells que presentin unes infeccions actives clínicament importants, com ara la tuberculosi. Es faran proves abans i durant el tractament.

Abans d'administrar el medicament és important descartar l'existència d'infeccions, ja que l'ustekinumab augmenta el risc de patir-ne, i a més, reactiva totes aquelles que es troben en estat latent.

Aquest fàrmac, també augmenta el risc de patir tumors malignes, tant cutanis com no cutanis. [7]

Interaccions amb medicaments: No es recomana l'administració paral·lela de l'ustekinumab amb vacunes de microorganismes vius atenuats. S'haurà d'aturar el tractament durant 15 setmanes abans de l'administració de la vacuna i reprendre'l 2 setmanes després de la vacunació. Les dones en edat fèrtil hauran d'utilitzar anticonceptius durant el tractament i durant 15 setmanes després. [7]

Seguretat: A la taula 3 es presenten les reaccions adverses descrites d'ustekinumab.

Tot i que els assajos clínics van posar en evidència l'eficàcia de l'ustekinumab, una de les principals precaucions és la seguretat a llarg termini, ja que la seva utilització està relacionada amb l'aparició de tumors malignes (aparició d'un cas de tumor no cutani i un altre de cutani a l'estudi PHOENIX-1) [8]. I és per això que es recomana fer un seguiment exhaustiu als pacients durant més d'un any. Les dades obtingudes als estudis PHOENIX 1 i 2 [8,10] van demostrar però que els valors de les taxes de mortalitat i dels tumors són comparables a les de la població en general i que a partir dels tres anys, els valors de les taxes es mantenen estables al llarg del temps. [9]

En els estudis clínics també es va observar l'aparició d'episodis cardiovasculars, com ara l'aparició d'infarts del miocardi o accidents cerebrovasculars. Durant els tres anys de seguiment, la taxa d'aquestes dues patologies es va mantenir estable i amb un valor igual o menor a la taxa corresponent a la població en general. [9]

Al voltant del 5% dels pacients tractats amb ustekinumab desenvolupen anticossos sobre el fàrmac, fent que l'eficàcia disminueixi, encara que mantenint una mínima resposta clínica.

Pel que fa a l'ús de l'ustekinumab en els nens, es va veure que apareixien els mateixos efectes adversos que en adults, i no es va reportar cap cas de malalties malignes, ni infeccions oportunistes, ni activació de la tuberculosi, ni una anafilaxi.[9]

Taula 3. Reaccions adverses de l'ustekinumab [7]

Classe d'òrgan i sistema	Freqüència de la reacció adversa
Infeccions i infestacions.	Freqüents: Inf. dental, inf. vies respiratòries altes, nasofaringitis. Poc freqüents: Cel·lulitis, herpes zòster, inf. vírica de les vies respiratòries altes.
Trastorns del sistema immunològic.	Poc freqüents: reaccions d'hipersensibilitat. Rares: reaccions d'hipersensibilitat greus.
Trastorn psiquiàtric	Poc freqüents: depressió.
Trastorns del sistema nerviós	Freqüents: mareig, cefalea. Poc freqüents: paràlisi facial.
Trastorns respiratoris, toràcics.	Freqüents: dolor orofaríngic. Poc freqüents: congestió nasal.
Trastorns gastrointestinals.	Freqüents: diarrea, nàusees.
Trastorns de la pell.	Freqüents: Prurit. Poc freqüents: Psoriasis postular, exfoliació de la pell.
Trastorn musculoesquelètic.	Freqüents: dolor d'esquena, miàlgies.
Trastorns generals.	Freqüents; cansament, eritema al lloc de la injecció, hemorràgia, hematoma, induració, tumefacció.

Eficàcia: L'evolució de l'eficàcia clínica de l'ustekinumab es basa en tres assajos clínics. [8,10-11]. La Fase III del desenvolupament del fàrmac es va dur a terme als estudis PHOENIX 1 [8] i PHOENIX 2 [10]. Dos estudis multicèntrics, aleatoris, doble-cecs i amb grup control al qual li administraven placebo. Entre els dos estudis, varen participar 1.996 pacients majors d'edat (>18 anys) amb psoriasis de placa. Ambdós estudis es varen dur a terme per tal de comparar l'eficàcia de dues dosis d'ustekinumab i el placebo.

Tots els pacients presentaven psoriasi en plaques moderada-greu, amb un PASI ≥ 12 i una superfície d'àrea afectada BSA $\geq 10\%$, i eren candidats per a tractaments de fototeràpia o per teràpia sistèmica.

Els pacients varen rebre de 45-90 mg d'ustekinumab durant les setmanes 0,4 i 12. A la setmana 12 es varen analitzar els resultats. Per l'estudi PHOENIX 1 [8]: entre el 66-67% dels pacients varen arribar a una remissió de la malaltia del 75% (PASI-75), respecte a un 3% dels pacients del grup control que també hi varen arribar. Per l'estudi PHOENIX 2 [10], un percentatge lleugerament superior de pacients (67-76%) van aconseguir PASI-75, respecte al 4% dels pacients tractats amb placebo. [9]

Aquests estudis es varen allargar per tal d'analitzar l'eficàcia a llarg termini, i es varen veure uns resultats similars als anteriors, i fins i tot una quasi remissió completa de la malaltia en el 21,6-26,4% dels pacients en el grup de l'ustekinumab.

Els assajos de PHOENIX van demostrar:

- la superioritat de l'ustekinumab davant del placebo, tenint en compte les variables escollides per valorar.
- Un ràpid inici de l'acció amb ambdues dosis de l'ustekinumab.

- Els pacients de > 100kg tenien menys resposta a la menor dosi d'ustekinumab (45 mg) que els de pes més baix. [9]
- A part d'aquests es varen dur a terme altres estudis com ara el TRANSIT [12,13], l'ACCEPT [14] i el CADMUS [15], tots ells en la Fase III del desenvolupament del fàrmac. En el cas de l'estudi ACCEPT [14] es pretenia comparar l'eficàcia de l'ustekinumab amb l'etanercept. L'estudi ACCEPT va demostrar:
- l'ustekinumab té una eficàcia superior a l'etanercept en pacients amb psoriasi moderada-greu.
- L'inici d'acció del ustekinumab és molt més ràpid que el de l'etanercept.[9]

L'eficàcia també es va avaluar per a pacients amb artritis psoriàsica, demostrant la millora dels signes i símptomes de la malaltia, la funció física i la millora en qualitat de vida. [16]

Tant la seguretat com l'eficàcia de l'ustekinumab va ser avaluada en 927 pacients de dos assajos aleatoris doble cec controlats amb placebo en pacients amb AP activa (≥ 5 articulacions dolorides) i utilitzant AINE o medicaments antireumàtics modificadors de la malaltia (FAMEs). Tots els pacients de l'estudi tenien diagnosticada l'AP des d'almenys 6 mesos; i es varen incloure pacients de tots els subtipus d'AP com ara: artritis perifèrica (28%), artritis perifèrica asimètrica (21%), afectació interfalangia distal (12%) i artritis mutilans (0,5). Més del 70% i el 40% dels pacients d'ambdós assajos patien entesitis i dactilitis en el moment basal, respectivament. Als pacients se'ls va donar aleatòriament tractament amb 45 mg, 90mg o placebo per via subcutània en les setmanes 0 i 4 seguida d'una dosi cada 12

setmanes. Aproximadament, el 50% dels pacients va continuar amb dosis estables de metotrexat (≤ 25 mg/setmana).

En els assajos d'AP 1 (PSUMMIT I) i en l'assaig AP 2 (PSUMMIT II), el 80% i 86% dels pacients havien estat tractats amb FAME. Al primer estudi no es va permetre l'ús previ de cap agent anti-TNF; en el segon, un 58% dels pacients havien pres prèviament un d'aquests fàrmacs. [16]

Finalment, el tractament amb ustekinumab va mostrar millores significatives en les mesures de l'activitat de la malaltia, en comparació al placebo a la setmana 24 que es va mantenir fins al final de les setmanes 52 i 100. A més també es va observar una disminució estadísticament significativa en la taxa de progressió del dany estructural en comparació amb el placebo. Els pacients van mostrar una millora significativa en la seva funció física segons la valoració de l'Índex de Discapacitat del Qüestionari d'Avaluació de la Salut (*Disability Index of the Health Assessment Questionnaire*: HAQ-DI).

JUSTIFICACIÓ I OBJECTIUS

Aquest treball pretén analitzar la dispensació d'ustekinumab des del Servei de Farmàcia Hospitalària de l'Hospital Sagrat Cor per a pacients externs que pateixen psoriasi o AP.

L'ustekinumab té un alt impacte econòmic en el pressupost dels medicaments de l'hospital, i per això des del Servei de Farmàcia s'ha pensat a obtenir el perfil de la seva utilització. En tractar-se d'un medicament biològic i relativament nou, resultaria interessant disposar d'informació de prescripció en la pràctica clínica.

L'objectiu principal d'aquest treball és descriure les característiques de la utilització de l'ustekinumab en els pacients als quals se'ls hi ha dispensat el medicament, des de la seva comercialització (any 2009) fins a l'actualitat.

L'objectiu secundari és analitzar en els pacients que estan en tractament actualment, el temps que separa les administracions en la pràctica clínica i comprovar l'eficàcia del tractament valorada pel PASI i el DLQI.

MATERIAL I MÈTODE

L'estructura del treball està dividida en una part teòrica, que es fonamenta en descriure la psoriasi i l'artritis psoriàsica, i l'ustekinumab del qual se n'explica el mecanisme d'acció, posologia, la indicació terapèutica, els efectes adversos relacionats, la seguretat i l'eficàcia.

La segona part del treball és un estudi dut a terme a la unitat de pacients externs de l'Hospital

Sagrat Cor de Barcelona, mitjançant el registre informàtic de dispensacions d'aquest.

Tipus d'estudi

Es tracta d'un estudi observacional, no intervencionista de cohorts. L'estudi presenta un disseny retrospectiu i longitudinal, on s'han recollit les dades dels pacients amb dispensació d'ustekinumab des de l'any 2009-2017.

Àmbit d'estudi

L'estudi s'ha dut a terme a l'Hospital Sagrat Cor de Barcelona, concretament en la unitat de pacients externs del Servei de Farmàcia, que és on es dispensen diàriament medicaments d'ús hospitalari.

Població i mostra

La població diana de l'estudi han estat tots aquells pacients en tractament amb ustekinumab que es troben afectats per la psoriasi o l'artritis psoriàsica i se'ls ha dispensat ustekinumab en el Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Sagrat Cor des de la comercialització del fàrmac, el 2009 i fins a l'actualitat.

Els criteris d'inclusió han estat: pacients ≥ 18 anys, diagnosticats de psoriasi o artritis psoriàsica, als quals se'ls ha dispensat més d'un cop la medicació des del Servei de Farmàcia.

Els criteris d'exclusió han estat: pacients als quals se'ls ha dispensat un sol cop ustekinumab des del Servei de Farmàcia de l'hospital, i aquells pacients als quals mai se'ls havia prescrit aquest medicament biològic.

Variables

Dades demogràfiques: data de naixement, sexe i edat d'inici de la medicació.

Dades clíniques: Diagnòstic (psoriasi i artritis psoriàsica),

- Inducció si/no: pacients amb una inducció correcta, respectant la posologia indicada pel medicament: començar administrant cada 4 setmanes, i després de la segona administració, cada 12 setmanes.
- Dosi: existeixen dues dosis possibles segons el pes del pacient, 45 mg equivalent a una dosi per aquells que pesin < 90 kg, i 90 mg equivalents a 2 dosis per pacients ≥ 90 kg.
- Línia de tractament: línia de medicament biològic en què es troba l'ustekinumab per a cada pacient. És equivalent a la posició en què s'administra respecte els biològics administrats en un mateix pacient.

- Data d'inici tractament: en el que es dispensa per primer cop l'ustekinumab des del Servei de Farmàcia del Sagrat Cor.
- Última data de dispensació: des del Servei de Farmàcia de l'hospital.
- Temps total del tractament: diferència entre l'última dispensació del tractament i la data d'inici. Valor expressat en anys.
- Actiu/no actiu: pacients que mantenen el tractament amb ustekinumab en el present.
- Biteràpia si/no: teràpia combinada d'ustekinumab amb qualsevol altre FAME.
- Tractament convencional: tractament convencional (FAMES) que se li ha administrat al pacient abans de començar amb la teràpia biològica.
- Fàrmacs: relacionat amb el tractament convencionals. Medicaments que ha pres cada pacient abans de començar un tractament biològic.
- PASI: valor de PASI que presenta el pacient en l'última revisió.
- DLQI: valor de la qualitat de vida (DLQI) que presenta el pacient a la darrera revisió.
- Data anàlisi: Data de l'última revisió per a obtenir els valors de PASI i DLQI.
- Nombre de mesos: nombre de mesos totals que ha durat el tractament de cada pacient, sense el mes d'inducció que separa les dues primeres dosis.
- Nombre de dispensacions: número de vials d'ustekinumab dispensats a cada pacient al llarg de tot el tractament.
- Mitjana de dispensacions: temps mitjà entre les dispensacions per cada pacient.

Procediment d'obtenció de les dades

La recollida de dades s'ha realitzat de setembre-desembre de 2016 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.

Del programa informàtic IMDH, s'han extret les dades de tots els pacients als quals se'ls hi ha dispensat l'ustekinumab durant aquest període i compleixen els criteris d'exclusió i inclusió. S'han recollit totes les variables descrites en un Excel, per tal de poder tractar les dades durant l'estudi.

Uns altres dels documents consultats han estat els registres en paper de l'Atenció Farmacèutica que realitzen els farmacèutics a l'entrevistar-se amb els pacients al fer la formació a l'inici, o per resoldre dubtes que puguin sorgir. Allà s'ha pogut trobar informació relacionada amb els tractaments previs a l'ustekinumab de cada pacient, i la medicació concomitant. Els primers documents escrits dels que es disposa daten de l'any 2013, de manera que sobre aquestes variables de medicació concomitant, només en disposem d'aquells pa-

cients als que se'ls hi va dispensar el medicament a partir d'aquesta data.

Anàlisi estadístic

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

Per la comparació d'una variable quantitativa per dos o més subgrups es va utilitzar la T de Student. Per les variables qualitatives es va utilitzar el test de χ^2 quadrat i el test exacte de Fisher.

Es va considerar 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).

Aspectes ètics

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

A més, es respectarà en tot moment la confidencialitat i secret de la informació de caràcter personal, d'acord amb la llei de protecció de dades 15/1999.

El tractament de les dades demogràfiques, clíniques i referents a l'estudi es realitza d'acord amb la legislació vigent, mantenint la confidencialitat de la informació mèdica recaptada a través de l'assignació de codis (números correlatius començant per l'un) als casos. S'utilitzarà el programa Excel amb una password i una sola contrasenya que serà nominativa de l'investigador. Si es publiquen els resultats de l'estudi, la identitat del pacient serà confidencial en tot moment.

RESULTATS

Per la primera part, es van recollir dades de 115 pacients, les característiques dels quals es troben a la taula 4. Bàsicament el 49,6% eren homes, i l'edat mitjana d'inici de la medicació va ser de 48,5 anys (DE15,8), en un rang d'entre 18 i 82 anys. Per patologies, el 90% tenia psoriasi i la mitjana de tractament és de 34,7 mesos. L'anàlisi dels resultats de la segona part del treball es va dur a terme analitzant només els pacients que a partir de l'abril 2017 seguien amb el tractament en actiu i es van analitzar 61 pacients. Pel que fa al temps de tractament, la mitjana de duració dels pacients que ja no estaven en actiu va ser de 27,98 mesos (DE 36,69) i pels que continuaven amb el tractament va ser de 39,69 mesos (DE 27,04).

Taula 4.

Variable	TOTAL 115 pacients	PACIENTS ACTIUS 61 pacients
Sexe n(%)		
Homes	49,6%	45,9%
Dones	50,4%	54,1%
Edat (anys)	48,5 anys	
Diagnòstic		
Psoriasis	90%	91,8%
Artritis psoriàsica	10%	8,2%
Temps tractament (mesos)	34,7 (DE 24,98) Rang (1 - 86)	39,69 (DE 27,04).

Pel que fa a les dades clíniques, recollides a la taula 5, veiem que la inducció ha estat correcta, el 79% dels casos, només un 21,3% no se'ls va administrar les dues primeres dosis d'ustekinumab separades en un mes.

En relació a la dosi, el 91% dels pacients utilitzaren una sola xeringa precarregada per administració amb una dosi de 45 mg, i només un 8% s'administra dues xeringues precarregades (90 mg). Aquest segon grup correspon als pacients amb un pes ≥ 100 kg, ja que aquesta és la dosi pautaada com efectiva. En els pacients que continuen en actiu, la dosi de 45 mg continua sent la més comuna. Tots els que rebien dos vials estaven diagnosticats de psoriasis, mentre que no hi va haver cap pacient amb artritis psoriàsica a qui es receptessin dos vials.

A més, malgrat que quasi tots els pacients havien pres un FACME com a tractament convencional abans de començar amb l'ustekinumab, el 83% dels pacients es mantenen amb monoteràpia d'ustekinumab, mentre que només el 17% ho combinaven amb altres fàrmacs, majoritàriament metotrexat.

En un 53% dels casos l'ustekinumab va ser el biològic d'elecció després del tractament conven-

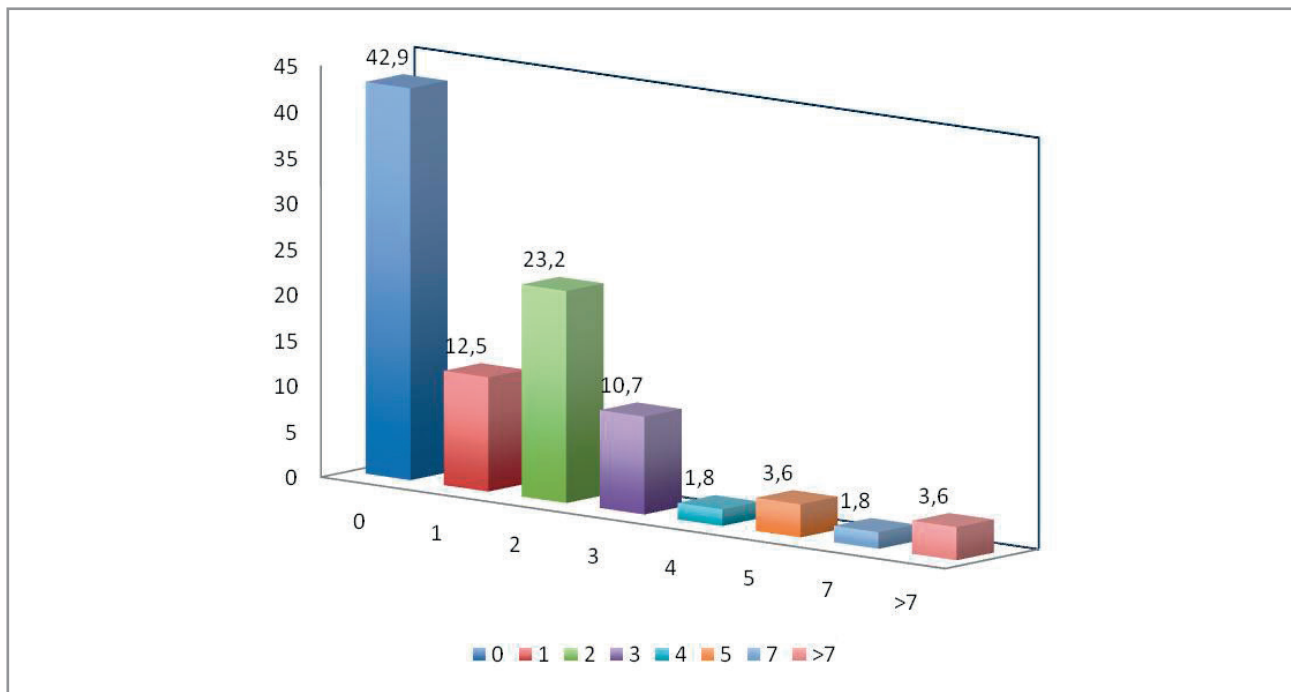
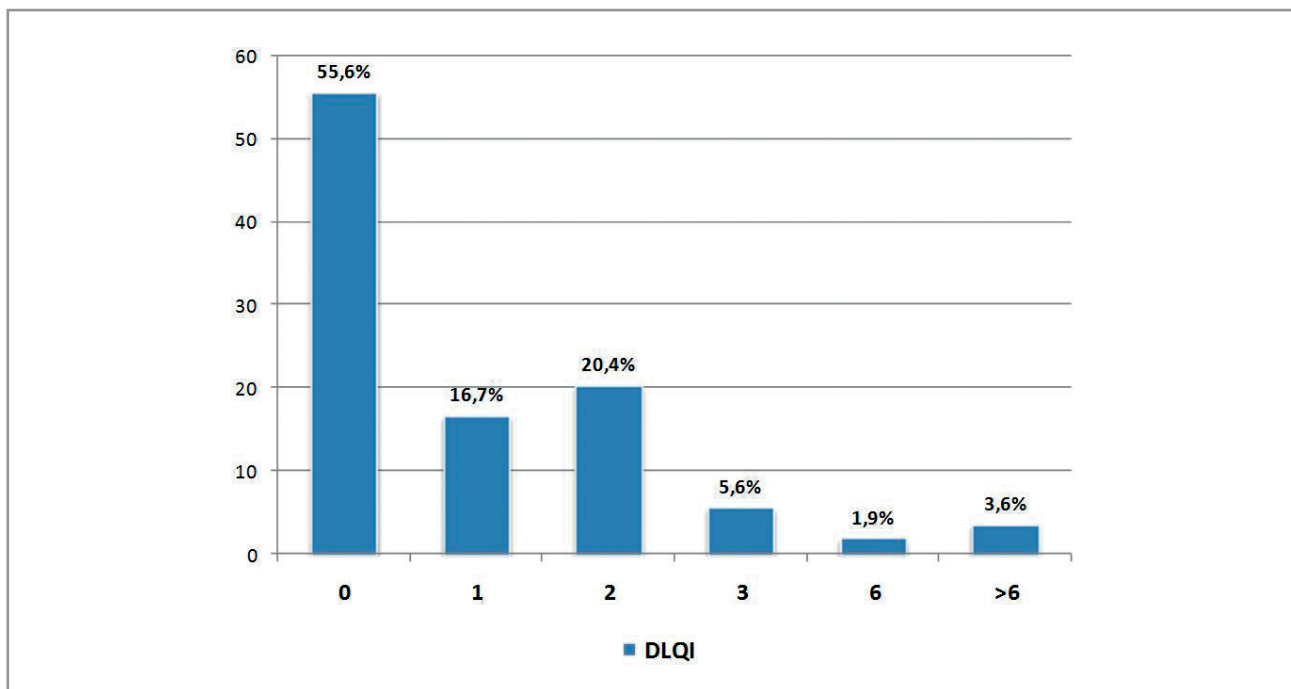
cional, percentatge que arribava al 60,7% en el cas dels que segueixen en tractament. En el total de pacients, dins del 98% que van rebre tractament convencional previ, el 46% només havia pres un fàrmac, i tot seguit va passar a la teràpia biològica. El 29% i 25% dels casos van provar un segon i tercer FAME com a tractament convencional, respectivament. Aquests percentatges van ser similars en el subgrup dels que continuaven el tractament.

Pel que fa al valor de PASI, dels pacients estudiats en tractament actiu, un 42,9% presenten una recuperació de la malaltia en l'última revisió. En un 12,5% dels casos els pacients es valoren en un PASI d'1, el 23,2% de pacients presentaven un PASI = 2 i, en menor percentatge (10,7%), s'observa PASI = 3. El valor de PASI observat té una mitja d'1,32 (DE 1,58), rang 0-7. Figura 1.

Pel que fa al valor de DLQI, 53,6% dels pacients presentaven DLQI = 0 en l'última revisió mèdica establerta; 16,1% presentaven un DLQI = 1 i 19,6% un valor de DLQI = 2. Pel que fa al càlcul de la mitja del valor DLQI és de 0,85 (DE 1,2) i es troba dins d'un rang de 0-6, i amb una desviació estàndard d'1,204. Figura 2.

Taula 5

	TOTAL		PACIENTS ACTIUS
	SÍ	NO	SÍ
Inducció correcta	79%	21%	78,7%
Dosi			
45 mg	91%		95,1%
90 mg	8%		4,9%
Monoteràpia (ustekinumab)	83%	17%	86,8%
Línia de tractament			
Primera	53%		60,7%
Segona	30%		27,9%
Tercera	12%		6,6%
Següents	5%		
Tractament previ			
1 fàrmac	98%	2%	97,1%
2 fàrmacs	46%		51,6%
3 fàrmacs	29,3%		22,6%
	24,4%		25,8%

Figura 1. Valor de PASI que s'observa en l'última revisió mèdica dels pacients**Figura 2.** Valor de DLQI que s'observa en l'última revisió mèdica dels pacients

Els resultats mostren que un 67,2%, de la població analitzada en aquest estudi, té un temps de separació entre dispensacions de més de 3 mesos, mentre que el 32,8% restant una separació menor als 3 mesos.

Pel que fa al temps transcorregut entre dispensació, s'observa que no hi ha diferències significatives en l'interval de dispensacions entre els pacients amb psoriasi i els pacients amb artritis psoriàtica (3,22 mesos (DE 0,41) i 3,24 mesos (DE 0,38), respectivament), ($F=0,17$; $p=0,89$).

En analitzar l'interval d'administració segons el sexe, tampoc hi ha diferències estadístiques sig-

nificatives en l'interval de dispensació entre els homes i dones (3,25 (DE 0,40) versus 3,19 (DE 0,40) mesos), ($F=0,26$; $p=0,61$).

Tot i que no hi ha diferències estadísticament significatives en el temps transcorregut entre dispensacions en els pacients amb biteràpia, sí que s'observa que els pacients, que tenen un tractament concomitant amb un altre fàrmac, tenen un temps entre dispensacions superior (3,26 (DE 0,17) mesos) que els que només prenen ustekinumab (3,06 DE 0,25 mesos) ($F=2,01$; $p=0,096$).

DISCUSSIÓ

En el dictamen de la Comissió Farmacoterapèutica de la Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria sobre l'ús d'ustekinumab per al tractament de la psoriasi en placa moderada a greu en adults, diuen que en pacients amb un pes corporal > 100 kg la dosi inicial és de 90 mg administrat per via subcutània, seguida d'una dosi de 90 mg 4 setmanes després i posteriorment cada 12 setmanes. L'eficàcia amb la dosi de 90 mg (PASI, 74%) és superior a l'obtinguda amb la dosi de 45 mg (PASI, 56%) [7]. Aquesta dada confirma que la dosificació dels pacients de l'estudi és correcta, ja que dels pacients analitzats, només un 8% té un pes ≥ 100 kg i per tant només aquests se'ls hi administra una dosi de 90 mg repartida en dos vials.

L'u per cent restant és un pacient el qual ha començat el tractament amb una dosi de 45 mg, però a causa del seu elevat pes corporal (encara que menor a 100 kg) no ha obtingut cap resposta farmacològica i se l'hi ha hagut d'augmentar la dosi. Aquesta actuació no estaria justificada, ja que segons el dictamen prèviament mencionat dels estudis s'extreu que l'eficàcia de la dosi de 45 mg és semblant a la de 90 mg, excepte pels pacients de més de 100 kg [7]. En el nostre cas només tenim un pacient al qui hauríem de dispensar una dosi més alta a causa del seu pes.

El tractament de l'ustekinumab consta d'un període d'inducció molt característic, durant el qual les dues primeres dosis es troben separades només per un mes de diferència. Després es segueix amb una posologia de 3 mesos de diferència. En un 79% dels casos, la inducció ha sigut la correcta, mentre que en el 20,9% restant no s'ha seguit la pauta recomanada. Coincideix que aquests pacients es troben a l'inici de la comercialització del medicament, de manera que podria ser que els metges fossin cautelosos amb la seva prescripció i provessin el medicament sense inducció en tractar-se d'un fàrmac immunosupressor nou.

La Comissió Farmacoterapèutica de la Medicació Hospitalària de Dispensació Ambulatoria recomana en l'àmbit del CatSalut: Posicionar el tractament amb ustekinumab com a alternativa terapèutica similar a adalimumab i infliximab pel tractament de la psoriasi greu en plaques en adults que no responguin, tinguin contraindicacions o no tolerin altres teràpies sistèmiques (incloses ciclosporina A, metotrexat i PUVA) [17]. En l'hospital junt amb l'adalimumab, l'ustekinumab és un dels immunosupressors més utilitzats per a la psoriasi i l'artritis psoriàsica, ja que presenta molts bons resultats en els pacients [18]. És per això que acostuma a ser el fàrmac de primera elecció (53% dels casos), un cop el pacient ha passat per un tractament convencional. A més, s'acostuma a prendre en monoteràpia. En un 30% dels casos és el segon immuno-

supressor que es recepta després del tractament convencional.

La durada òptima del tractament amb ustekinumab no està definida a la fitxa tècnica. Durant els assajos clínics, els pacients van ser tractats un màxim de 76 setmanes (PHOENIX 1) [9]. Actualment, els pacients a estudis actius porten una mitjana de tractament de 40 mesos, amb un rang de fins a 86 mesos -25,8% més de 60 mesos- el que proporcionarà dades d'utilització a llarg termini.

Com s'esperava, 98% dels pacients han pres FAMEs abans de començar amb l'ustekinumab. La teràpia biològica acostuma a ser un tractament de segona línia a causa de tots els problemes d'immunosupressió associats i al seu elevat cost econòmic.

Pel que fa al percentatge de recuperació dels pacients que pateixen psoriasi, en aquest estudi ens hem centrat a analitzar el percentatge de recuperació PASI [7] i el DLQI de l'última visita de cadascun dels pacients.

L'Índex de Severitat de l'àrea de psoriasis (PASI) és l'eina més utilitzada per mesurar la severitat de la psoriasi. Combina l'avaluació de la severitat de les lesions amb l'àrea afectada en una sola xifra. En general, un valor de PASI <3 es considera òptim, demostrant un control absolut de la simptomatologia pròpia de la malaltia, i que un PASI <5 representa un percentatge de recuperació "adequat" [18]. Els nostres resultats ens mostren que en un 80,1% dels casos, el valor del PASI és <2, la qual cosa suposa un percentatge de recuperació de la malaltia del 75%. Això reforça la idea de l'efectivitat del tractament.

El Dermatology Life Quality Index (DLQI), índex de qualitat de vida en Dermatologia és un altre dels indicadors que s'ha estudiat per avaluar la recuperació dels pacients psoriàsics. El DLQI es calcula anotant la resposta de cada pregunta, mínim de 0 punts i màxim de 30. A més puntuació, més afectació, és a dir, pitjor qualitat de vida. Els resultats de l'estudi ofereixen un 56,3% de pacients amb DLQI de 0, és a dir, lliures d'afectació de la malaltia en la seva qualitat de vida.

La resposta al tractament combina ambdós índexs, de manera que una resposta adequada al tractament seria una reducció de fins al 75% del valor de PASI inicial, relacionada amb una millora del DLQI <5 punts [18].

Els valors observats de DLQI demostren que la meitat dels pacients, després de començar el tractament amb ustekinumab, tenen una qualitat de vida remarcablement superior. En menor percentatge s'observa que els pacients són avaluats amb un DLQI d'1 fins a 6, que tot i ser superiors a 0 es pot afirmar que són valors baixos i que per tant demostren un percentatge de recuperació de qualitat de vida alt.

Un dels altres valors estudiats és el temps transcorregut entre dispensacions. Els resultats

demostraren que un 67,2% de la mostra estudiada té un temps de separació entre dispensacions de més de 3 mesos enfront el 32,8% restant. La bibliografia consultada diu que entre dispensacions hi ha d'haver 12 setmanes de diferència [19] i, com demostra l'estudi, tant pacients com metges respecten la posologia del fàrmac.

Les guies espanyoles recomanen que si el pacient manté uns valors òptims durant més d'un any, es consideri fer una reducció de la dosi, o bé espaiar les dosis entre elles o fins i tot discontinuar-les [20]. És per això, que en certs casos de l'estudi, s'observa com la separació entre dosis és major a 3 mesos en casos que ja tinguin un PASI de valor 0 durant almenys 1 any. Si el pacient torna a tenir un valor de PASI augmentat, es torna a recuperar la pauta inicial [19].

Després d'analitzar el temps mitjà entre dispensacions, s'observa que la mitjana de temps entre dispensacions en els pacients amb monoteràpia és inferior als pacients amb biteràpia. Això és degut al fet que, tot i que els pacients amb biteràpia necessiten els dos fàrmacs per tal de controlar la malaltia, sovint se'ls permet espaiar l'interval d'administracions, ja que els efectes de la medicació concomitant controlen millor la simptomatologia.

La principal limitació d'aquests estudis és el seu caràcter retrospectiu, ja que poden tenir problemes quant a la recollida de la informació; a més donat que aquestes dades són les registrades pel farmacèutic -i a vegades el pacient no recorda la medicació que ha pres- així que no es poden considerar 100% reals perquè hi podria haver una manca d'informació.

L'ustekinumab és un fàrmac que també s'utilitza per a la malaltia de Crohn, tot i que no trobem cap pacient amb aquests tractaments dins de l'Hospital Sagrat Cor. La posologia que se segueix és molt diferent de l'utilitzada per la psoriasi i l'AP; sent d'entre 260mg-520 mg la dosi intravenosa inicial, seguida de dosis de 90 mg (injecció subcutània) 8 setmanes després i, posteriorment, cada 12 setmanes [7].

CONCLUSIONS

L'objectiu terapèutic en l'espectre de la malaltia psoriàsica és minimitzar l'impacte físic i emocional de la malaltia en els pacients. Els nostres resultats ens permeten afirmar que l'ustekinumab és un tractament efectiu enfront de la psoriasi, ja que ajuda a controlar la simptomatologia i millora remarcablement la qualitat de vida dels pacients.

Des del punt de vista de la dispensació, es pot confirmar l'adequació de la pràctica clínica -correcta inducció, dosi, temps entre dispensacions- amb el que es troba recomanat a les guies de pràctica clínica, i que aquesta adequació sem-

bla correcta des del punt de vista de l'eficàcia del tractament.

Malgrat els bons resultats, encara hi ha pacients que no responen o no toleren l'ustekinumab. Per tant, és necessària la recerca de nous tractaments alternatius per aquest tipus de pacients.

BIBLIOGRAFIA

1. Palomo Palomo C, Alegre del Rey EJ. Secukinumab en el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave. Informe compartido del Grupo GENESIS-SEFH. MADRID: SEFH, [2015]. Disponible en: http://gruposedetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Enlaces/InformesHosp_abc.htm
2. Bravo Lázaro C. Apremilast en artritis psoriásica. Informe GENESIS-SEFH. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2015.
3. Raychaudhuri SK, Wilkin R, Sukhov AC, et al. Management of psoriatic arthritis: early diagnosis, monitoring of disease severity and cutting edge therapies. J Autoimmun 2017; 76: 21-37.
4. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP, et al. Diagnosis and classification of psoriasis. Autoimmun Rev. 2014; 13: 490-5.
5. Romaní X. Terapéutica inmunológica/biológica en dermatología, VIII curso, Servicio de Dermatología Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Noviembre 2013.
6. Manuel Agud J, Aizpurua Imaz I, Aranegi Lasuen P, et al. Ustekinumab: Comité de evaluación de nuevos medicamentos de uso hospitalario (informe número 12: ustekinumab). Osakidetza. 2010,1-21.
7. Stelara, INN-ustekinumab. Ficha técnica. Base de datos de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [base de datos en internet]. Disponible a: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000958/WC500058513.pdf. Novembre 2016.
8. Leonardi CL, Kimball AB, Papp KA, et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 76-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 1). Lancet 2008; 371(9625): 1665-74.
9. Silverg N, Lebwohl M, Kellen R. Efficacy and safety of ustekinumab in adolescents. Pediatr Health Med Ther 2016; 7: 109-20.

10. Papp KA, Langley RG, Lebwohl M, et al. Efficacy and safety of ustekinumab, a human interleukin-12/23 monoclonal antibody, in patients with psoriasis: 52-week results from a randomised, double-blind, placebo-controlled trial (PHOENIX 2). *Lancet* 2008; 371(9625): 1675-84.
11. Kimball AB, Papp KA, Wasfi Y, et al. Long-term efficacy of ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis treated for up to 5 years in the PHOENIX 1 study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27: 1535-45.
12. Reich K, Puig L, Paul C, et al. One-year safety and efficacy of ustekinumab and results of dose adjustment after switching from inadequate methotrexate treatment: the TRANSIT randomized trial in moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2014; 170: 435-44.
13. Paul C, Puig L, Kragballe K, et al. Transition to ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis and inadequate response to methotrexate: a randomized clinical trial (TRANSIT). *Br J Dermatol* 2014; 170: 425-34.
14. Griffiths CE, Strober BE, van de Kerkhof P, et al. Comparison of ustekinumab and etanercept for moderate-to-severe psoriasis. *N Engl J Med* 2010; 362: 118-28.
15. Landells I, Marano C, Hsu MC, et al. Ustekinumab in adolescent patients aged 12 to 17 years with moderate-to-severe plaque psoriasis: results of the randomized phase 3 CADMUS study. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: 594-603.
16. Kavanaugh A, Ritchlin C, Rahman P, et al. Ustekinumab, an anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, inhibits radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis: results of an integrated analysis of radiographic data from the phase 3, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT-1 and PSUMMIT-2 trials. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1000-6.
17. Ficha técnica Bertanel 1,6mg/0,5 ml solución inyectable en jeringa precargada. Base de datos de medicamentos de la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios [base de datos en internet]. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/cima/dochtml/ft/78730/FichaTecnica_78730.html.
18. Dictament del CatSalut per a l'Ustekinumab. [Base de dades d'internet]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/ustekinumab>. Accés: Gener 2017.
19. Rosa JE, Soriano ER. Ustekinumab en psoriasis cutánea y artritis psoriásica. *Rev Arg Reumatol* 2015; 26: 48-56.
20. Romero-Jimenez RM, Escudero-Vilaplana V, Baniandrés Rodríguez O, et al. Efficiency of biological therapies in patients with moderate to severe psoriasis: impact of pharmacotherapeutic protocol. *J Dermatol Treat* 2016; 27: 198-202.



Análisis comparativo de las entrevistas guiadas sobre consentimiento informado, 2012-2016.

Anàlisi comparativa de les entrevistes guiades sobre consentiment informat, 2012-2016.

Comparative analysis of guided interviews on informed consent, 2012-2016.

Esperanza Arellano López, Carmen Lombardía López.

Enfermeras del Comité de Ética Asistencial (CEA). Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

Estudio comparativo entre los años 2012 y 2016 realizado para conocer el nivel de información verbal que recibe el paciente y comprobar si las mejoras realizadas por el Comité de Ética con el fin de potenciar y asegurar la autonomía del paciente para la toma de sus propias decisiones, han sido efectivas y se han trasladado a la práctica asistencial.

Método: Encuesta guiada con 11 cuestiones en los servicios que realizan pruebas invasivas y tienen documentos específicos de consentimiento informado.

Resultados: similares en ambas encuestas en la mayoría de las preguntas. Hay mejoras significativas en cuanto a conocer las consecuencias, preguntar las dudas y conocer las complicaciones. Por otro lado, marca un retroceso significativo el hecho de haber leído el documento.

Conclusión: Debe plantearse una mejora en 3 niveles básicos: Información verbal, sobretodo en los pacientes de edad más avanzada; mejora en los documentos de consentimiento a fin de que resulten más comprensibles; y potenciación de la formación de los profesionales.

ABSTRACT

Comparative study between the years 2012 and 2016 to know the level of verbal information received by the patient and check whether the improvements made by the Ethics Committee in order to enhance and ensure the autonomy of the patient to make their own decisions, have been effective and have been transferred to the care practice.

Method: Guided survey with 11 questions in the services that perform invasive procedures and have their specific documents of informed consent.

RESUM

Estudi comparatiu entre els anys 2012 i 2016 realitzat per conèixer el nivell d'informació verbal que rep el pacient i comprovar si les millores realitzades pel Comitè d'Ètica per tal de potenciar i assegurar l'autonomia del pacient per a la presa de les seves pròpies decisions, han estat efectives i s'han traslladat a la pràctica assistencial.

Mètode: Enquesta guiada amb 11 qüestions en els serveis que fan proves invasives i tenen documents específics de consentiment informat.

Resultats: similars en ambdues enquestes en la majoria de les preguntes. Hi ha millores significatives pel que fa a conèixer les conseqüències, preguntar els dubtes i conèixer les complicacions. D'altra banda, marca un retrocés significatiu el fet d'haver llegit el document.

Conclusió: S'ha de plantejar millorar en 3 nivells bàsics: Informació verbal, sobretot en els pacients d'edat més avançada; millora en els documents de consentiment per tal que resultin més comprensibles; i potencilització de la formació dels professionals.

Results: similar in both surveys in most of the questions. There are significant improvements in terms of knowledge of the consequences, of questions and knowledge of the complications. On the other hand, the fact of having read the document marks a significant setback.

Conclusion: Improvement should be considered on 3 basic levels: Verbal information, especially in patients of advanced age; Consent forms in order to make them more understandable; and enhance the training of professionals.

Palabras clave: Consentimiento informado/ética; comités de Ética; documentos de consentimiento/legislación & jurisprudencia; educación del paciente. Paraules clau: Consentiment informat/ètica; comitès d'Ètica; documents de consentiment/legislació i jurisprudència; educació del pacient.

Keywords: Consent forms/legislation & jurisprudence; ethics Committees; informed consent/ethic; patient Education.

Recibido: 17-enero-2018

Aceptado: 8-marzo-2018

Correspondencia:

Arellano López E, Lombardía López C. Análisis comparativo de las entrevistas guiadas sobre consentimiento informado, 2012-2016. Ann Sagrat Cor 2017; 24(4): 185-9.

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado (CI) es el procedimiento que permite respetar la libertad de las personas enfermas para decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, permitiéndoles así asumir sus propias responsabilidades en la toma de decisiones sanitarias. Es por tanto uno de los ejes principales, aunque no el único, de una relación sanitaria moderna y éticamente coherente.

Su marco jurídico se establece en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que define el CI como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud". Y especifica, en su artículo 8, que "el consentimiento será verbal por regla general", pero que "se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente".[1]

Se trata de la autonomía del paciente, bien jurídicamente protegido como manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona, y que formularíamos como "derecho a decidir libremente". Así, reconoce al paciente una serie de derechos que garantiza mediante la imposición de obligaciones a los centros sanitarios, dentro del capítulo de las prestaciones. Se trata de que junto a la prestación sanitaria, existe el deber de información y respeto a las decisiones adoptadas por el paciente de manera libre y voluntaria.

El paciente debe prestar su consentimiento tras la valoración de las opciones que ofrece su caso. La información debe ser suficiente sobre el

procedimiento y riesgos, incluir opciones posibles, y advertir del uso de sus datos en proyectos docentes o de investigación, además de la posibilidad de revocar su consentimiento en cualquier momento.

La información básica que debe proporcionarse gira en torno a cuatro puntos sustanciales: 1) las consecuencias relevantes que la intervención origina con seguridad; 2) los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; 3) los riesgos probables con condiciones normales conforme a la experiencia y estado de la ciencia directamente relacionados con la intervención; 4) las contraindicaciones (arts. 10 de la Ley 41/2002) [1].

La jurisprudencia del Tribunal Supremo considera que la falta de consentimiento informado revela una manifestación de un funcionamiento anormal del servicio sanitario.

Los tres requisitos necesarios son voluntariedad, información y comprensión.

Con el escrito del consentimiento informado, se verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el profesional responsable de su tratamiento.

Dicho consentimiento informado se debe custodiar dentro de la historia clínica del paciente, ya que ostenta un valor probatorio ante cualquier discrepancia o futura reclamación.

El Comité de Ética Asistencial (CEA) revisa periódicamente aquellas situaciones que atañen a la correcta asistencia y seguridad del paciente. Durante los últimos años se han revisado documentos de consentimiento informado y se han realizado sesiones clínicas para que el personal sanitario tome conciencia de la importancia de una buena información para poder ejercer la plena autonomía.

PLAN DE CALIDAD

En esta misma línea, en la línea estratégica 5 del Plan de Calidad de nuestra institución de 2015, especifica en la línea Estratégica nº 5 "calidad y excelencia para pacientes", el procedimiento operativo en relación a la prestación del CI.

El objetivo de mejora corresponde a: "la evaluación de la correcta información verbal al paciente para mejorar el nivel y calidad de la información que recibe el paciente por parte del facultativo en el momento de la entrega del documento del consentimiento informado".[2]

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar si el CI cumple con los requisitos básicos para cumplir el principio de autonomía, básico en la bioética: intencionalidad –

entendido como acción orientada a un plan determinado-, conocimiento y ausencia de control externo –ausencia de coacción, manipulación y persuasión). [3,4]

Evaluar si las acciones formativas y los cambios implementados tras el estudio de 2012 han sido efectivas, en el sentido de mejorar la información que recibe el paciente a la hora de prestar su CI a un procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de una encuesta guiada con 11 cuestiones de respuestas SÍ o NO para hacer posible una valoración lo más objetiva posible. Los servicios escogidos fueron los que realizan pruebas invasivas y tienen documentos específicos de consentimiento informado para todas ellas. En concreto: cirugía maxilofacial, cirugía general, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía plástica, gerontología, ginecología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, urología y digestivo.

La entrevista se realizó en dos cortes: uno en octubre de 2015 y otro en febrero de 2016.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo de las variables mediante el cálculo de las medias para las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas. Se considero un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS ENCUESTA 2016

Se recogieron 200 encuestas válidas. (Figura 1, Tabla 1). En la muestra hay una mayoría de mujeres (60,2%) y la media de edad es de 65,5 años (DE 15,7).

Figura 1.

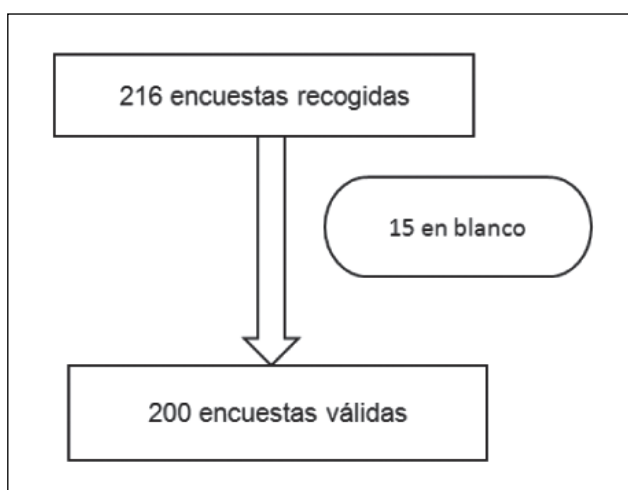


Tabla 1. Demografía

Variables	n (%)
Hombres	80 (39,8%)
Mujeres	121 (60,2%)
Edad	65,53 (DE 15,7) Rango 19-94
Servicio	
Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT)	80
Cirugía General (CG)	43
Urología	29
Cirugía Plástica	12
Gerontología	8
Oftalmología	7
Otros	22

De la tabla 2 a la 12, encontramos detallados los resultados de la encuesta. Cabe señalar que no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en relación con el servicio donde fue atendido el paciente.

En cuanto al análisis por género, se detectó una diferencia significativa en la pregunta relativa a si se sabía que podían negar su consentimiento (Pregunta 7, Tabla 8), de manera que el 83% de las mujeres frente al 63% de los hombres, sí conocían esa posibilidad ($p=0,02$).

En cambio, por edad, sí que se encuentran diferencias significativas en la mayoría de las cuestiones, de manera que los pacientes de edad más avanzada refieren una menor comprensión tanto de la intervención, como de las consecuencias, como de las alternativas, y evidentemente, ello se refleja en la concepción de la utilidad del documento, así como en el efecto tranquilizador. Dado que algunos de estos indicadores mejoran desde la evaluación anterior, se puede aventurar que deberían enfocarse acciones de mejora dirigidas a los pacientes de edad más avanzada.

ENCUESTA

Tabla 2. PREGUNTA 1. ¿Ha FIRMADO el CI?

	SÍ	NO	p-valor
Total	195 (97%)	6 (3%)	
Sexo			
Hombres	78 (97,5%)	2 (2,5%)	
Mujeres	117 (96,7%)	4 (3,3%)	n.s.
Edad			
	65,2 ± 15,6	74,8 ± 17,9	n.s.

Tabla 3. PREGUNTA 2. ¿Ha LEÍDO el CI?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	74 (36,8%)	126 (62,7%)	1 (0,5%)	
Sexo				
Hombres	26 (32,5%)	54 (67,5%)		
Mujeres	48 (40%)	72 (60%)		n.s.
Edad				
	60,7 ±16,7	68,2 ± 14,4		p<0,005

Tabla 4. PREGUNTA 3. ¿Le EXPLICARON la intervención?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	173 (86,1%)	27(13,4%)	1 (0,5%)	
Sexo				
Hombres	69 (86,3%)	11 (13,8%)		
Mujeres	104 (86,7%)	16 (13,3%)		n.s.
Edad				
	64,4 ±16,9	71,9 ±11,8		p = 0,02

Tabla 5. PREGUNTA 4. ¿ENTENDIÓ la intervención?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	173 (86,1%)	24(11,9%)	4 (2%)	
Sexo				
Hombres	71 (89,9%)	8 (10,1%)		
Mujeres	102 (86,4%)	16 (13,6%)		
Edad				
	64,4 ±15,7	71,2 ±15		P = 0,04

Tabla 6. PREGUNTA 5. ¿Le explicaron las CONSECUENCIAS?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	126 (62,7%)	73 (36,3%)	2 (1%)	
Sexo				
Hombres	49 (62%)	30 (38%)		
Mujeres	77 (64,2%)	43 (35,8%)		
Edad				
	63,5 ±16,9	68,6 ±12,7		P = 0,027

Tabla 7. PREGUNTA 6. ¿Pudo preguntar DUDAS?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	144 (71,6%)	53 (26,4%)	4 (2%)	
Sexo				
Hombres	52 (66,7%)	26 (33,3%)		
Mujeres	92 (77,3%)	27 (22,7%)		
Edad				
	63,4 ±16,5	68,6 ±12,6		p = 0,027

Tabla 8. PREGUNTA 7. ¿Sabía que puede NEGARSE?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	146 (73%)	54 (27%)	1 (0,5%)	
Sexo				
Hombres	63 (63%)	37 (37%)		
Mujeres	83 (83%)	17 (17%)		P =0,002
Edad				
	64,6 ±16,2	68,04±13,8		n.s.

Tabla 9. PREGUNTA 8. ¿Recuerda COMPLICACIONES leídas?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	117 (58,2%)	82 (40,8%)	2 (1%)	
Sexo				
Hombres	44 (55,7%)	35 (44,3%)		
Mujeres	73 (60,8%)	47 (39,2%)		
Edad				
	62,4 ±16,8	70,2 ±12,5		p<0,005

Tabla 10. PREGUNTA 9. ¿Le parece ÚTIL la información proporcionada?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	185 (92%)	13 (6,5%)	3 (1,5%)	
Sexo				
Hombres	74 (94,9%)	4 (5,1%)		
Mujeres	111 (92,5%)	9 (7,5%)		
Edad				
	65,1 ±16	67,9 ±10		

Tabla 11. PREGUNTA 10. Saber más, ¿le TRANQUILIZA?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	129 (64,2%)	67 (33,3%)	5 (2,5%)	
Sexo				
Hombres	53 (67,1%)	26 (32,9%)		
Mujeres	76 (65%)	41 (35%)		
Edad				
	62,5 ±16,6	70,7 ±12,5		p<0,005

Tabla 12. PREGUNTA 11. ¿Le informaron de ALTERNATIVAS?

	SÍ	NO	NS/NC	p-valor
Total	100 (49,8%)	100 (49,8%)	1 (1,5%)	
Sexo				
Hombres	40 (50,6%)	39 (49,4%)		
Mujeres	60 (49,6%)	61 (50,4%)		
Edad				
	63,6 ±15,4	67,3 ±15,9		

Tabla 13. Resultados comparativos

PREGUNTA	2012	2016	Chi cuadrado	P
Firma	100%	97%	8	0,005
Lectura	57,5%	37%	34,39	<0,005
Explicación	87%	86,5%	0,084	
Comprensión	90%	87,8%	1,043	
Consecuencias	50%	63,3%	14,11	<0,005
Dudas	66%	73,1%	14,07	<0,005
Negación	73%	76%	0,913	
Complicaciones	42%	58,8%	23,04	<0,005
Utilidad	96%	93,4%	3,39	
Tranquilidad	68,5%	65,8%	0,654	
Alternativas	54,5%	50%	1,633	

La tabla 13 resume los resultados comparativos con la encuesta realizada en el 2012. Los resultados son similares en la mayoría de las preguntas. Hay mejoras significativas en cuanto a conocer las consecuencias, preguntar las dudas y conocer las complicaciones. Por otro lado, también hay puntos que marcan un retroceso significativo, en concreto el hecho de haber leído el documento que retrocede significativamente y, con tendencia a la significación, la falta de firma.

DISCUSIÓN

Ya en el estudio realizado en 2012, se observaron aéreas de mejora sobre todo dirigidas a la población más mayor, y en este estudio, se evidencia que ello es una prioridad para conseguir los objetivos.

Se evidencia una mejoría en aquellas preguntas que requieren la intervención y participación de los profesionales. Así, hay un mayor conocimiento de las consecuencias y complicaciones, junto con la opción de plantear dudas e incluso negarse. Ello indicaría un efecto positivo de la formación a profesionales y de su transmisión en la práctica asistencial [6,7].

Sin embargo, por otro lado, resulta evidente que la falta de comprensión inicial repercute en entender el resto del documento, sobretudo transmitir la utilidad del CI y tranquilizar sobre la intervención.

No es menos sorprendente que aunque el 97% firma el consentimiento, sólo el 37% declara haberlo leído. Creemos que es un punto de reflexión básica, ya que parece que se les explica y lo comprenden (87.8%), pero es un punto de reflexión sobre si realmente estamos enfrente de la autonomía del paciente [5-8]. Este punto nos plantea la necesidad de mejorar los documentos en sí.

CONCLUSIÓN

Más que conclusiones, creemos que este estudio nos permite formular propuestas de mejora en 3 niveles básicos:

- Información verbal: Dado que los pacientes de edad avanzada entienden menos y hacen menos preguntas, la explicación tiene que ser clara y debe dedicarse el tiempo necesario para que puedan preguntar sus dudas, para informarles adecuadamente de las consecuencias y riesgos, de manera que comprendan el procedimiento y a la vez les resulte tranquilizador.
- Mejorar los documentos de CI: El documento continuo siendo muy largo y muy técnico. Si bien resulta evidente que, por un lado, existe una presión legalista que obliga al detalle y la exhaustividad, debería contemplarse la posibilidad de una redacción más comprensible, especialmente para las personas de edad más avanzada.
- Potenciar la formación de los profesionales: Debe insistirse en la idea de que la decisión de realizar cualquier intervención es tanto responsabilidad del paciente como del profesional que realiza la prueba. Hay que evitar la idea, subyacente en muchos casos, de que el CI es un justificante que protege al profesional y a la entidad sanitaria en el caso de conflicto. Debe potenciarse el concepto de CI como documento que sirve para velar por la seguridad del paciente y cumplir con el principio de autonomía y derecho a decidir.

Concienciar a los profesionales su responsabilidad en cuanto al CI es un derecho del paciente y a la vez una exigencia ética y legal para el médico.

AGRADECIMIENTOS

M^a José Sánchez, Margarita Aguas y compañeros del Comité de Ética Asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.[Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
2. Procedimiento general sobre consentimiento informado (código: CO/PESO1b1/POC05)[Intranet]. Barcelona: Hospital Universitari Sagrat Cor, 2016.
3. Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions ètiques entorn de la informació sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2004. Disponible: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticai-dret/archivos/pdf/cbc/InfoSanitaria.pdf>
4. Comitè de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
5. Simon P, Barrio IM. ¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces. Madrid: Triacastela, 2004.
6. Vielva Asejo J. Ética profesional de la enfermería. Bilbao: Unijes, Desclé, 2002.
7. Busquets E, Mir J. Infermeria i informació i consentiment informat. Barcelona: Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, 2006.
8. Binetti P. Más allá del consentimiento informado: la relación consensual. Cuad Bioet 2011; 22: 509-16.

Dysarthria–clumsy hand syndrome: case report

Síndrome de disartria-mano torpe: caso clínico.

Síndrome de disartria.mà feixuga: cas clínic.

María Isabel Padilla Santis^a, Adrià Arboix^b

^aBiomedical Research Center Group.- Faculty of Medicine, Universidad de Cartagena, Colombia.

^bCerebrovascular Division, Department of Neurology, Hospital Universitari del SagratCor, Universitat de Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain

ABSTRACT

We report an 84-year-old male patient with dysarthria-clumsy hand syndrome (DCHS) due to a small paraventricular lacunar infarct in the contralateral corona radiata. This neurovascular syndrome was attributed to an acute lacunar infarction together due to multiple cardiovascular risk factors and to a medical history of hypertension and type 2 diabetes mellitus. Complementary studies ruled out other causes of acute ischemic stroke. DCHS is an unusual lacunar syndrome.

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 84 años diagnosticado con síndrome de disartria-mano torpe debido a un pequeño infarto lacunar paraventricular en la corona radiada contralateral. Este síndrome neurovascular fue debido a un infarto lacunar agudo y a múltiples factores de riesgo cardiovascular por antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Los estudios complementarios descartaron otras causas de accidente cerebrovascular isquémico agudo. El síndrome de disartria mano torpe es un síndrome lacunar inusual.

RESUM

Presentem el cas d'un home de 84 anys diagnosticat amb la síndrome de disàrtria-mà feixuga a causa d'un petit infart llacunar paraventricular a la corona radiada contralateral. Aquesta síndrome neurovascular es produeix per un infart llacunar agut juntament amb múltiples factors de risc cardiovascular per antecedents patològics d'hipertensió arterial i diabetis mellitus tipus 2. Els estudis complementaris van permetre descartar altres causes d'accident cerebrovascular isquèmic agut. La síndrome disàrtria-mà feixuga és una síndrome llacunar molt poc comuna.

Palabras clave: Disartria; infarto cerebral; mano; fisiopatología; trastornos del movimiento

Paraules clau: Disàrtria; infart cerebral; mà; fisiopatologia; trastorns del moviment.

Keywords: Brain infarction; dysarthria; hand; physiopathology; movement disorders.

Recibido: 20-diciembre-2017

Aceptado: 8-marzo-2018

Correspondencia: mpadillas@unicartagena.edu.co

Padilla Santis MI, Arboix. A. Dysarthria-clumsy hand syndrome. Cas report. Ann Sagrat Cor 2017, 23(4): 190-2.

INTRODUCTION

Lacunar Stroke refers to a small ischemic infarct (<15mm in diameter) as a result of occlusion of the penetrating arteries and represents about 20% of all strokes [1-3]. Lacunar strokes are characterized by its clinical presentation as lacunar syndromes, which are predictive of lacunar infarcts.

There are over 20 lacunar syndromes described, being the most common pure motor hemiparesis, pure sensory stroke, sensorimotor stroke, homolateral ataxia and crural paresis (ataxic hemiparesis), and dysarthria-clumsy hand syndrome [1].

Dysarthria-clumsy hand syndrome (DCHS) is the least common; Out of 2,500 acute stroke patients included in a hospital-based prospective stroke registry, 35 were identified as having dysarthria-clumsy hand syndrome, which accounted for 1.6% of all acute stroke, 1.9% of acute ischemic stroke, and 6.1% of lacunar syndromes [4].

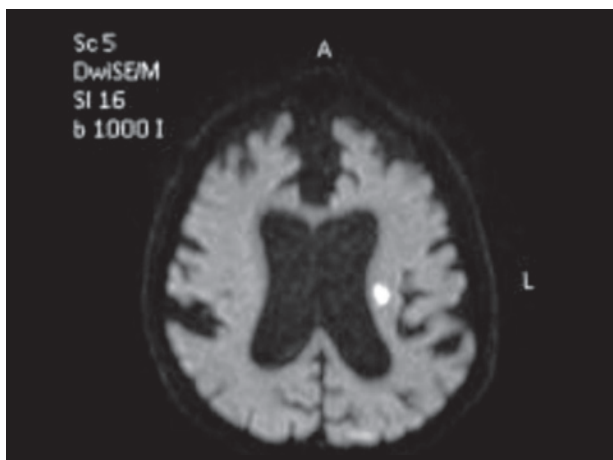
The aim of this study is to present a clinical case of dysarthria-clumsy hand syndrome, which is interesting due to the unusual frequency reported.

CASE DESCRIPTION

The patient was an 84-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and a medical history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, schizophrenia and vesical tumor. He was admitted to the neurology service of the Sagrat Cor Barcelona hospital, with a clinical presentation of four days lasting neurological focality. His condition consisted of acute onset of language disorder and mild motor deficit associated with the right hemibody. The patient was conscious and oriented, with moderate dysarthria, facial asymmetry by central paresis of the VII right cranial nerve, Miller Fisher maneuver positive, and Straus on the upper right extremity. The patient was examined with a 1.5-T magnetic resonance imaging (MRI) unit. Diffusion weighted MR imaging (DWI) showed a small paraventricular lesion in the left lenticular nucleus compatible with acute lacunar infarction (Fig. 1), which was identified as the lesion responsible for DCHS. The treatment consisted in anti-aggregate platelet with AAS. The patient was discharged from the hospital with a favorable recuperation.

Figure 1. Axial diffusion-weighted magnetic resonance imaging shows hyperintensity in the corona radiata on initial hospitalization due to an ischemic lacunar infarct

DISCUSSION



We describe a case of lacunar infarction involving the corona radiata in a patient with DCHS. The clinical characteristics of this syndrome consist of dysarthria, facial weakness, dysphagia, slight weakness and clumsiness of the hand on the side of facial involvement, clearly identified in the patient [5]. The most frequent topography remains the genu of the internal capsule, the corona radiata or the paramedian rostral pons [6], although it has also been reported by infarct in the territory of the lateral branch of the right superior cerebellar artery [7]. Since Fisher first described lacunar

syndromes, numerous cases of DCHS have been documented [8]. Urban et al. [9] reported that DCHS was present in eight of 68 patients with sudden onset of dysarthria. The lesions were located in MCA territory with cortex in 2 patients, corona radiata/internal capsule in 2 patients, cerebral peduncle in one patient, basis pontis in 1 patient, and in the cerebellum in 2 patients. Kim et al. [10] studied the clinical features of 37 patients with acute infarcts that were primarily involved in the pons and 6 of them correlated with the DCHS with the radiological findings. Arboix et al. [4] studied the present lesions of 35 cases with DCHS and showed that the internal capsule was found in 14 cases, thalamus in 1 case, basal ganglia in 1 case, pons in 6 cases, corona radiata in 3 cases and basilar artery involvement in 6 cases. However, lacunar syndromes are not fully determined by topography, and there may also be a relationship between infarct size and clinical presentation of lacunar syndromes.

Sohn et al. [11] reviewed medical records and computerized cranial tomograms of 74 patients with acute capsular infarction and found that patients with dysarthria-clumsy hand syndrome had the smallest strokes.

The main risk factors of lacunar infarcts are poorly controlled hypertension and/or diabetes as was the case of our patient. It is important to note that the neurologic impairment may progress over 24–36 hours before stabilizing [12]. The prevention of small-vessel consists in antihypertensive, diabetic, and dyslipidemic therapies. It's also very important to ensure that the large arteries at the base of the brain giving rise to the penetrating small arteries are not harboring a thrombus [5]. It has been reported that it is common to find sequelae of neuropsychological disorders after an acute lacunar infarction, but patients with dysarthria with clumsy hand reported the best scores in some tests of visuoconstructive function and visual memory [13]. As for the prognosis of lacunar stroke, studies continue to show that they have a good prognosis. Vasco Salgado et al [14] performed a follow-up study for 3 years and 8 months with 150 patients with lacunar stroke and reported lower recurrence and mortality.

Clavier et al [15] studied the long-term prognosis of lacunar infarcts of 178 patients consecutively admitted for a lacunar syndrome due to a lacunar infarct diagnosed for 35 ± 22 months. Their study suggests that lacunar infarcts have a relatively favorable prognosis with a high survival rate, a low recurrence rate, and a relatively good functional recovery. In most cases, lacunar infarcts have a partial or complete resolution in the next 4–6 weeks [12].

In terms of treatment, a double-blind multicenter trial, with the participation of 3,020 pa-

tients with symptomatic lacunar infarcts, demonstrated that in patients with recent lacunar infarcts under treatment with AAS, the incorporation of clopidogrel does not reduce the risk of recurrent stroke and significantly increases the risk of hemorrhage and death in comparison to AAS by itself [16].

Although dysarthria clumsy-hand syndrome is an infrequent neurological urgency and it has a good recovery prognosis, it is necessary a best knowledge of this condition in order to easily recognize its clinical characteristics and accomplish a quick and effective diagnostic-therapeutic attitude. Due to the low prevalence of this pathology, more research and studies about its epidemiology and natural history are necessary.

Conflicts of interest: None declared.

REFERENCES

1. Biller J, Ruland S, Schneck MJ. Ischemic cerebrovascular disease. En: Daroff MB, Jankovic J, Mazziotta JC, et al. *Bradley's Neurology in clinical practice E-book*. 7th ed. London: Elsevier Health Science; 2015. p. 920-967.e5
2. Wardlaw JM. Blood-brain barrier and cerebral small vessel disease. *J Neurol Sci* 2010; 299: 66-71
3. Ledyard HK. *Transient ischemic attack* and acute ischemic attack. En: Adams JG, ed. *Emergency Medicine: Clinical Essentials*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013.
4. Arboix A, Bell Y, García-Eroles L, et al. Clinical study of 35 patients with dysarthria-clumsy hand syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 231-4.
5. Stroke. In: Aminoff MJ, Greenberg DA, Simon RP (eds). *Clinical neurology*. 9th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2015. p. 366-400.
6. Camargo E, Ding M, Zimmerman E, et al. Cerebrovascular disease. En: Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, et al. (eds). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 7th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2017. p. 779-96
7. Tougeron A, Samson Y, Schaison M, et al. [Dysarthria-clumsy hand syndrome caused by cerebellar infarction]. *Rev Neurol (Paris)* 1988; 144: 596-7.
8. Fisher CM, Cole M. Homolateral ataxia and crural paresis: a vascular syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1965; 28:48-55.
9. Urban P, Wicht S, Vukurevic G, et al. Dysarthria in acute ischemic stroke: lesion topography, clinicoradiologic correlation, and etiology. *Neurology* 2001; 56: 1021-7.
10. Kim J, Lee J, Im J, et al. Syndromes of pontine base infarction. A clinical-radiological correlation study. *Stroke* 1995; 26: 950-5.
11. Sohn Y, Lee B, Sunwoo I, et al. Effect of capsular infarct size on clinical presentation of stroke. *Stroke* 1990; 21: 1258-61.
12. Aminoff MJ, Douglas VC. *Nervous System Disorders*. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW (eds). *Current Medical Diagnosis & Treatment*. New York, NY: McGraw-Hill; 2018. p. 977-1049.
13. Grau-Olivares M, Arboix A, Bartrés-Faz D, et al. Neuropsychological abnormalities associated with lacunar infarction. *J Neurol Sci* 2007; 257: 160-5.
14. Salgado A, Ferro J, Gouveia-Oliveira A. Long-term prognosis of first-ever lacunar strokes. A hospital-based study. *Stroke* 1996; 27: 661-6.
15. Clavier I, Hommel M, Besson G, et al. Long-term prognosis of symptomatic lacunar infarcts. A hospital-based study. *Stroke* 1994; 25: 2005-9.
16. Benavente OR, Hart RG, McClure LA et al. Effects of clopidogrel added to aspirin in patients with recent lacunar stroke. *N Eng J Med* 2012; 367: 817-25.

Torsión ovárica pediátrica, causa de abdomen agudo

Torsió ovàrica pediàtrica, causa d'abdomen agut

Pediatric ovarian torsion, a cause of acute abdomen

Silvia Llaverias Borrell, Iacopo Ciampa, Ana María Gallart Ortuño, José Tomás Salaya Díaz

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: Abdomen, agudo; diagnóstico por imagen; enfermedades del ovario; anomalía torsional.

Paraules clau: Abdomen agut; diagnòstic per imatge; malalties de l'ovari; anomalia torsional.

Keywords: Abdomen acute; diagnostic imaging; ovarian diseases; torsion abnormality.

Correspondencia: silvia.llaverias@quironsalud.es

Recibido: 14-marzo-2018

Aceptado: 5-abril-2018

Llaverias Borrell S, Ciampa I, Gallart Ortuño AM, Salaya Díaz JT. Torsión ovárica en edad pediátrica, una causa de abdomen agudo. Ann Sagrat Cor 2017; 24(3): 193-5.

Niña de 5 años que ingresa por dolor abdominal intermitente que ha empeorado, PCR elevada y leucocitosis, sin signos de irritación peritoneal. La ecografía halla una masa pélvica compleja. La resonancia magnética (RM) muestra un ovario muy aumentado de tamaño, desplazado, con dos quistes y con zona pseudonodular adyacente. Tras la administración del contraste intravenoso se observa una ausencia total de realce.

DIAGNÓSTICO: TORSIÓN ANEXIAL CON INFARTO OVÁRICO.

La torsión ovárica puede ocurrir a cualquier edad pediátrica y suele ser una torsión anexial, siendo mucho menos frecuente la torsión ovárica pura. Frecuentemente se asocia a la presencia de una lesión ovárica benigna (teratomas y quistes). Inicialmente la torsión del pedículo compromete el flujo venoso, con estasis y trombosis que evoluciona al aumento de tamaño y edema. Después se produce trombosis arterial, seguida de infarto y necrosis del ovario, que puede conllevar una peritonitis [1].

La ecografía abdominal es la prueba de elección. Si hay dudas está indicada la RM y si no se

dispone de ella, el TC, evitando siempre que podamos la radiación. Los hallazgos de imagen incluyen: agrandamiento ovárico unilateral por encima de 5 cm [2], masa anexial compleja, desplazamiento periférico de los folículos, medialización del ovario, desplazamiento lateral del útero, engrosamiento tubárico (>10mm)[3], signo del remolino [4] y líquido libre. La falta de flujo en el Doppler no es patognomónico de torsión [5]. La RM o TC pueden demostrar la ausencia de realce en el caso de infarto y necrosis o detectar otras causas de dolor como una apendicitis o un cálculo ureteral.

CONCLUSIÓN

El hallazgo de imagen más sensible es el engrosamiento asimétrico del ovario. El signo del remolino es patognomónico pero poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ngo AV, Otjen JP, Parisi MT, et al. Pediatric ovarian torsion: a pictorial review. *Pediatr Radiol* 2015; 45: 1845-55.
2. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, et al. Cannot exclude torsion - a 15-year review. *J Pediatr Surg* 2009; 44: 1212-17.
3. Rha SE, Byun JY, Jung SE, et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics* 2002; 22: 283-94.
4. Duigenan S, Oliva E, Lee SI. Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2012; 198: W122-W31.
5. Linam LE, Darolia R, Naffaa LN, et al. US findings of adnexal torsion in children and adolescents: size really does matter. *Pediatr Radiol* 2007; 37: 1013-19.

Figura A. Ecografía abdominal, corte axial oblicuo en la pelvis. Lesión sólida compleja de 69 mm con dos quistes anecoicos (solo uno mostrado en la imagen).

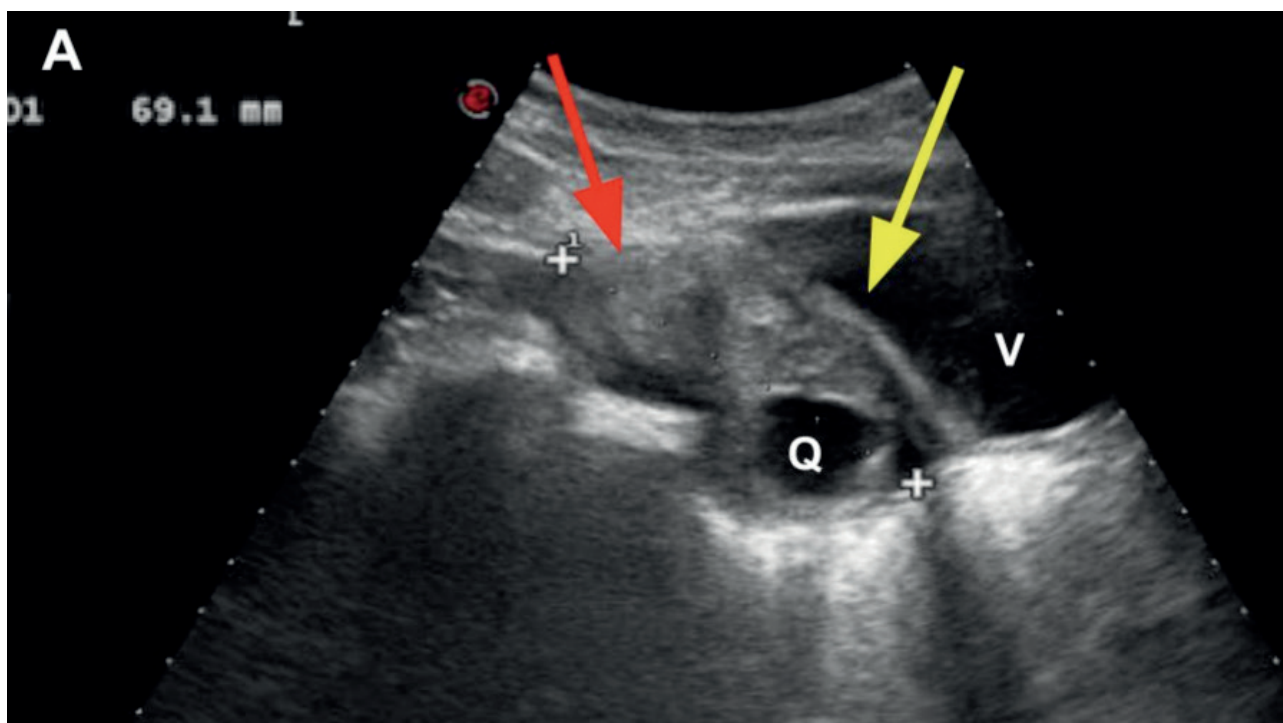


Figura B. RM pélvica, corte sagital T2. Se reconoce el ovario muy agrandado por la presencia de pequeños folículos en su periferia.

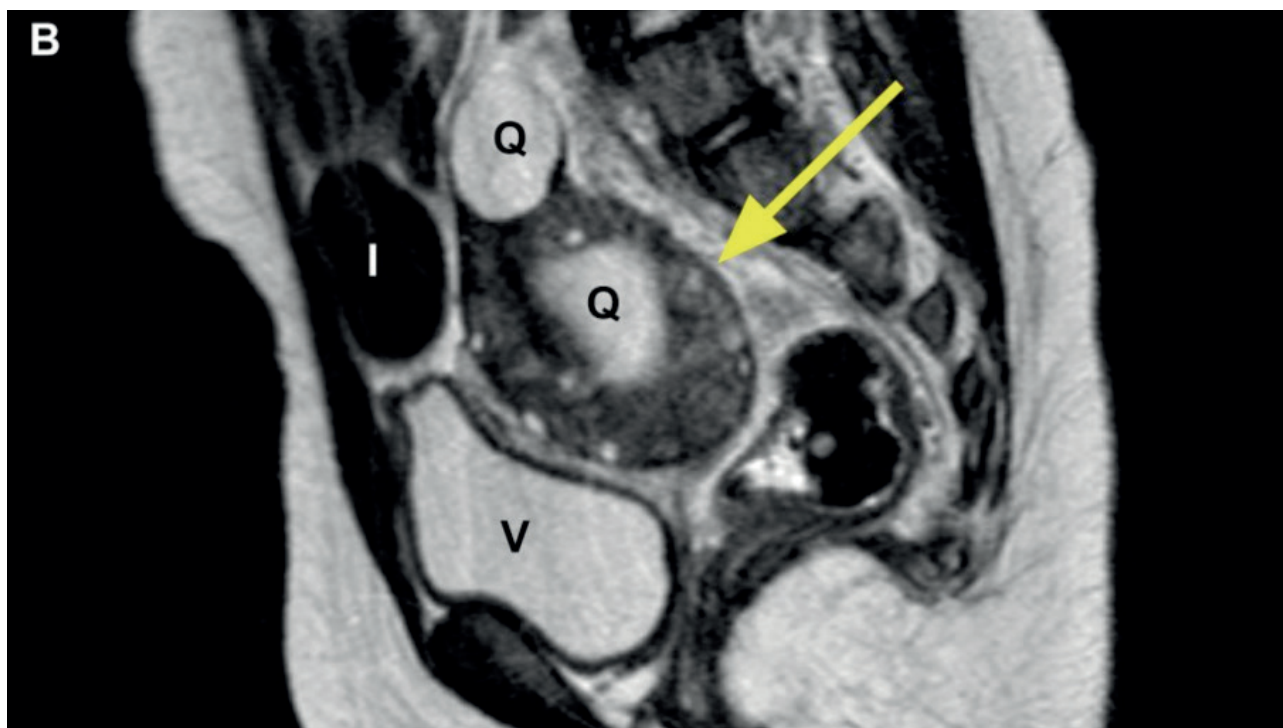


Figura C. RM, axial T2. La pseudomasa pélvica con una porción izquierda que corresponde al ovario derecho patológico desplazado hacia la izquierda y porción nodular adyacente que corresponde a la trompa ipsilateral engrosada y al pedículo torsionado.

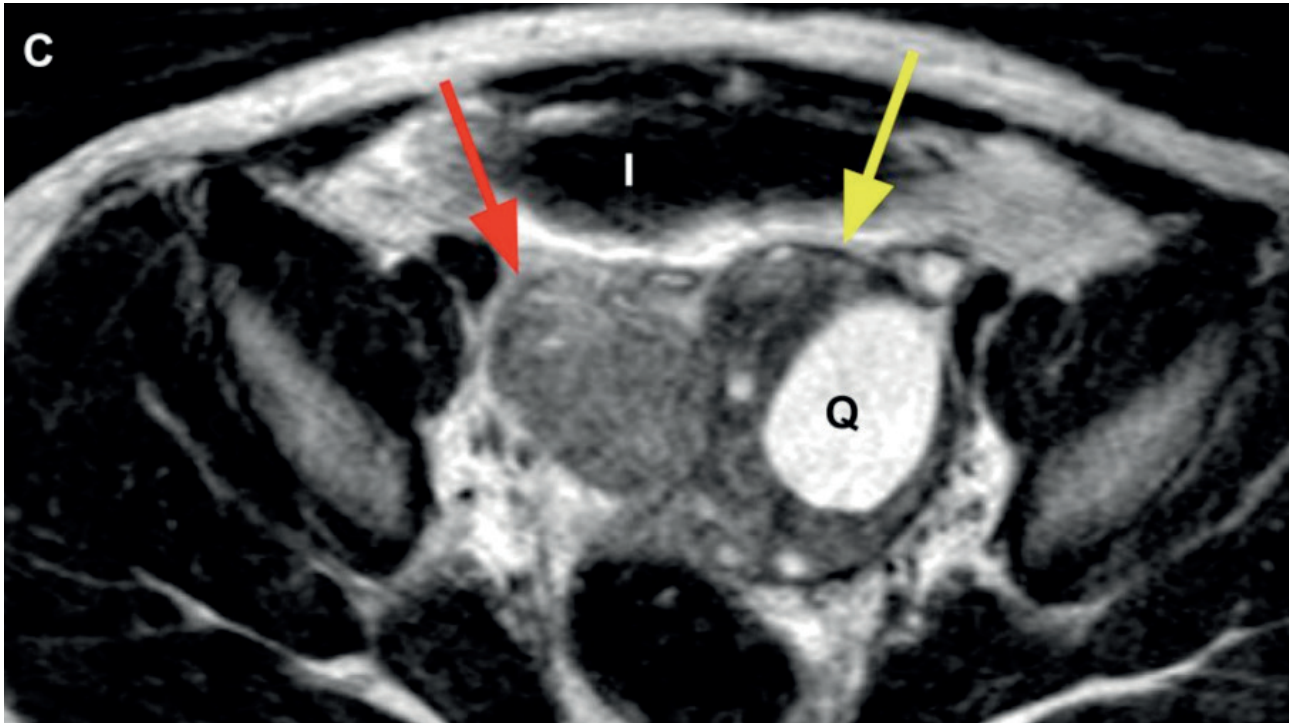
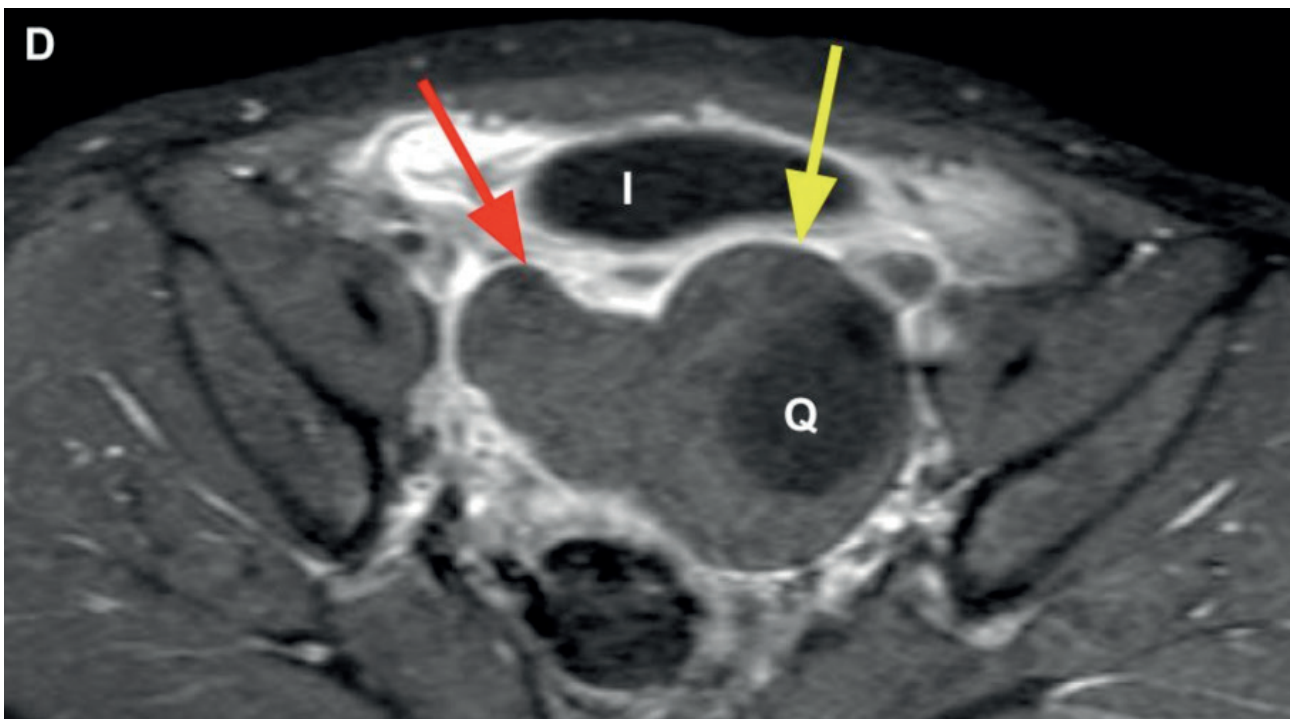


Figura D. RM corte axial T1 con supresión grasa post-Gadolinio intravenoso, demostrando la ausencia total de realce.



Flechas amarillas: ovario engrosado;
 Flechas rojas: trompa y pedículo torsionados;
 V: vejiga;
 I: asa intestinal;
 Q: dos quistes simples en el ovario patológico, sin signos de hemorragia.
 Diagnóstico: Torsión del anejo derecho con infarto ovárico.

Cartografia, pràctiques mèdiques i respostes socials a l'entorn del paludisme a Catalunya al segle XIX

Cartografía, prácticas médicas y respuestas sociales en torno al paludismo en Cataluña en el siglo XIX.

Cartography, medical practices and social response on paludism in Catalonia in the 19th century.

Narcís Torrent Quer

Dirigida pel Dr. Joaquim M. Puigvert Solà.

Departament d'Història i Història de l'Art. Universitat de Girona

Paraules clau: Catalunya; Epidèmies/història; Història, segle XIX; Malària/història.

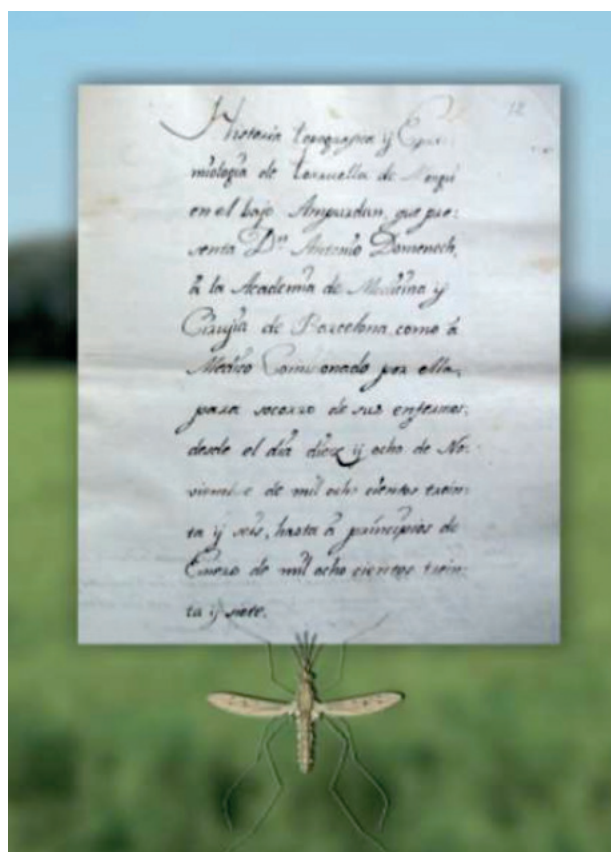
Palabras clave: Cataluña; Epidemias/historia; Historia, siglo XIX; Malaria/historia.

Keywords: Catalonia; Epidemics/history; History, 19th Century; Malaria/history.

RESUMEN

La tesi doctoral té el punt de partida en la recerca *El paludisme a la Catalunya del segle XIX a través del Diccionario de Madoz i les Topografies Mèdiques*, que es va presentar com treball final de màster, l'any 2010. Aleshores ja apuntàvem les futures línies de treball, que han esdevingut els objectius principals de la tesi doctoral. Així doncs, amb la recerca hem pretès quantificar la morbiditat i mortalitat del paludisme a Catalunya al segle XIX, conèixer les estratègies que van seguir els metges en la lluita contra la malaltia i, finalment, la producció d'una cartografia del país vers el 1850, que la fes visible. Ens ha interessat, a més de caracteritzar el paludisme a Catalunya, fer una breu crònica del procés que va dur a la identificació de l'origen i el guariment, amb una atenció especial a la introducció i ús de la quina en el tractament de la malaltia. La voluntat d'entendre millor el fracàs relatiu en la gestió i l'ús del fàrmac ens ha dut a fer un repàs de la pràctica mèdica a Catalunya els segles XVIII i XIX, a través dels testimonis que ens han arribat, relacionats amb el paludisme, per conèixer-ne el fonament epistemològic, el qual va condicionar la manera com els metges es van enfrontar a la malaltia.

A més de la descripció de les diferents qüestions que hem abordat a la recerca, hem de valorar que existeix un repertori documental —manuscrit i imprès— suficient, derivat, possiblement, de la importància que ha tingut el paludisme al



Reproducció de l'original de la T.M. de Torroella de Montgrí de 1837 del Dr. A. Domènech de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Il·lustració de E. Wilson, Cambridge (A. atroparvus)

llarg del temps. Les influències que provenien d'Europa, així mateix com la consolidació d'un estat modern, amb estructures organitzatives i professionals dedicades a la salut pública, van fer possible l'aparició d'un conjunt documental d'alt valor descriptiu que ha estat el fonament que ens ha permès assolir els objectius que ens havíem proposat. Com havíem dit, la reconstrucció de l'impacte concret del paludisme a Catalunya durant el segle XIX, l'establiment d'una cronolo-

gia dels criteris i estratègies que es van seguir per combatre'l i, encara, la construcció de la cartografia.

En el detall, els elements que constitueixen el fons, de què s'ha procedit al buidatge sistemàtic, són el *Diccionario Geográfico Estadístico Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, dirigit i coordinat per Pascual Madoz el 1845, de les *Topografies Mèdiques* i les *Memòries Manuscrites* dipositades a la Biblioteca de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, de les *Actes de la Junta Provincial de Sanitat de Girona* (1834-1868) i del *Butlletí Oficial de la Província de Girona* (1834-1900).

La suma de factors que acabem de descriure, els que van actuar com un catalitzador en l'erradicació del paludisme al nostre país, constitueixen, a més, l'element decisiu que ha determinat el marc temporal i conceptual de la nostra recerca respecte d'una malaltia que, com és ben sabut, venia de lluny i en diferents parts del món encara continua.

ABSTRACT

The thesis dissertation starts off with the research work *El paludisme a la Catalunya del segle XIX a través del Diccionario de Madoz i les Topografies Mèdiques*, presented as a master's degree thesis in 2010. By then, the thesis was already revealing some of the lines of research that eventually became the core objectives of the doctoral thesis. Therefore, this research aims first to quantify morbidity and mortality caused by paludism in Catalonia in the 19th century; second, to know the strategies used by doctors in their struggle against the disease, and finally to set a cartography of the country from around 1850, thus giving visibility to the present work. Beyond characterizing paludism in Catalonia, we wish to write a brief chronicle on the process that led to the identifica-

tion of its origins and the healing method, making especial emphasis on the introduction and usage of quinine during the treatment of the disease. The willingness to reach a more comprehensive understanding of the relative failure on the management and usage of the drug took us to do an exhaustive revision of the medical practice in Catalonia in the 18th and 19th centuries, through reliable testimony on paludism, so as to understand the epistemological fundament, which conditioned the methods used by doctors to tackle the disease.

Besides the description of different issues covered throughout the research, we need to positively consider the existence of enough documentary data -handwritten and hard copy-, which likely responds to the relevance of paludism overtime. European influences, as well as the consolidation of a modern state with organizational structures and professionals of the health sector, made possible the appearance of a highly valuable documentary data set that has been the fundament that allowed the fulfilment of the objectives initially stated.

The details of the elements that compose the source from which systematic data collection was developed are included in *Diccionario Geográfico Estadístico Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, supervised and coordinated by Pascual Madoz in 1845; in *Topografies Mèdiques* and *Memòries Manuscrites*, which are deposited at the Biblioteca de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya; in *Actes* from the Junta Provincial de Sanitat de Girona (1834-1868); and in the *Butlletí Oficial de la Província de Girona* (1834-1900).

The addition of the described processes, which catalysed the eradication of paludism in our country, constitute the decisive element that determined the time and conceptual frames of our research on the disease, which, as it is widely known, came from far away and still persists in many parts of the world.

Narcís Torrent Quer va estar a l'Hospital del Sagrat Cor per a fer-se uròleg en el si del Servei dels doctors Batalla. Després va seguir com uròleg a l'Hospital Josep Trueta de Girona, on ha acabat sent Cap de Servei.

El jove Narcís es preparava per a una intervenció quirúrgica, rentant-se les mans; al seu costat, Juan Luis Batalla va exclamar "res no es mesquí", el que Narcís va continuar amb -poema de Joan Salvat Papasseit- "ni cap hora és isarda". Des de llavors, la relació ha estat llarga i intensa. Un plaer presentar-vos el resum de la tesi doctoral d'aquest estimat i admirat col·lega.

Luís Desvalls y Trias, Marquès d'Alfarràs

El Marquès d'Alfarràs i l'Hospital del Sagrat Cor

Josep Maria Catalan Borràs

President Junta Facultativa

Segons el llibre d'història del nostre hospital del Dr. Agustí i Peypoch, salvíficament escrit al seu dia, i al qual sempre hem de recórrer com a font insubstituïble d'informació històrica [1], Lluís Desvalls i Trias, novè marquès d'Alfarràs, inicià la seva relació amb el Sagrat Cor a finals de 1962, després de signar-ne un nou conveni del Patronat de Govern de l'Hospital entre el Bisbat de Barcelona i la "Caixa d'Estalvis i Mont de Pietat de Barcelona", caixa que compartia les regnes de l'hospital amb el bisbat des del 1944.

Amb el nou conveni, la presidència del Patronat passava a correspondre al bisbe de la diòcesi i la vicepresidència al president del consell de la caixa d'estalvis.

Aquesta entitat financera fundada el 1844 i fusionada el 1990 amb la "Caixa de Pensions per a la Velleja i d'Estalvis" (actual CaixaBank), va ser coneguda com "*la Caixa dels Marquesos*", a causa del gran nombre de nobles que formaven part del seu consell d'administració.

En aquell temps, hom havia encarregat un estudi de les possibilitats d'ampliació de l'hospital al doctor Ignasi-Maria Aragó i Mitjans, metge que a més d'exercir prestigiosament com a pediatra, fou pioner de l'anàlisi de la planificació i la gestió sanitàries.

Vocal d'hospitals a diverses juntes del COMB, Aragó edità i dirigí la revista *Estudios sobre Hospitales*, i creà el 1963 el *Centre Tècnic d'Estudis Hospitalaris* amb altres metges, arquitectes, economistes, advocats i treballadors socials.

Aquell Centre Tècnic aviat rebé una vintena de peticions d'estudis sobre gestió i planificació sanitàries, entre les quals la del Sagrat Cor. Aquests estudis serien capdavanters a Catalunya, "*fets amb una base doctrinal moderna, abandonant l'antiga idea d'hospital benèfic, aleshores encara molt present*" [2].

L'esmentat nou Patronat de Govern de l'Hospital nomenà una comissió específica per a avaluar les opcions d'ampliació del centre, tot comptant amb l'informe encomanat al doctor Aragó; comissió que ja fou presidida pel marquès d'Alfarràs, llavors vicepresident del Consell d'Administració de la Caixa. Completaven la comissió els marquesos de Mura i de Vilallonga, així com els metges sotsdirectors de l'hospital, el reumatòleg Alegre Marcet i l'uròleg Batalla Sabaté.



Un cop aprovat pel patronat -el 27 de novembre del 1963- l'estudi del doctor Aragó, l'aleshores novell director de l'hospital, doctor Gaietà Alegre i Marcet, proposà Leopold Gil i Nebot com a arquitecte responsable de la construcció del nou centre.

Sembla -segons explica Gil Nebot al seu llibre *Cuarenta años de arquitectura hospitalaria* [3]- que el marquès d'Alfarràs havia preguntat al doctor Alegre quin arquitecte podria encarregar-se de les obres i el suggeriment del director mèdic va ser acceptat.

Diu Gil Nebot a l'esmentat llibre que el pla funcional de construcció va ser elaborat pel seu estudi perquè llavors no hi havia a Barcelona consultors hospitalaris ni estudis d'enginyeria professionals; aquesta afirmació contrasta amb l'existència prèvia de l'informe i el centre del doctor Aragó.

Una altra afirmació sorprenent de Gil Nebot és que la "propietat" (no sabem si es refereix al Patronat o a la mateixa Caixa) li va donar a entendre que les necessitats medicoquirúrgiques del nou hospital serien poc sofisticades, però que diversos metges de l'staff aviat ficaren cullerada i marcaren les línies mestres del pla funcional de-

finitiu, aconseguint-se amb això un hospital capdavanter en instal·lacions i tecnologia, de fet el millor hospital privat de Catalunya al moment de la seva estrena als anys setanta.

L'inici de les obres coincidí en el temps amb la creació a Barcelona de la societat Iberhospitalia, dedicada a la programació i projecte d'hospitals. El patronat encarregà a aquella societat la revisió del projecte, les instal·lacions, la decoració i l'aparellat dels edificis. El març del 1964, el marquès d'Alfarràs succeí Carles Sanllehy, marquès de Caldes de Montbui, com a president de la Caixa i vicepresident del Patronat de l'hospital.

Segons informa el doctor Agustí al seu llibre, *"el nomenament de Lluís Desvalls representà un fet important per al futur de l'hospital. Quan s'establí el conveni amb l'entitat d'estalvi s'integrà amb entusiasme i sempre fou un autèntic impulsor de totes les iniciatives realitzades. Des que prengué possessió dels càrrecs de president de la Caixa i vice-president del Patronat, manifestà la seva gran il·lusió per a poder deixar a Barcelona un hospital digne de tots els estaments socials. És per això que immediatament després d'haver pres possessió dels càrrecs, encarregà a Leopold Gil Nebot, arquitecte, el projecte d'ampliació segons l'estudi preparat pel doctor Aragó."*

Llegim ara el que explica el Director Mèdic, Dr. Alegre: *".. el Ilmo. y Rvdmo. D. Marcelo González (l'arquebisbe) cedió la presidència (del Patronat) al Ilmo. (aquí s'equivoca, és Excmo.) Mq. de Alfarràs, decidiéndose la magna empresa de la construcción de ese complejo que hoy podemos ver ya hecho realidad. Iniciadas las obras hace cerca de diez años con proyecto del Dr. Arquitecto D. Leopoldo Gil Nebot, se comenzó con la edificación de la Policlínica. Efectivamente, el 1967 es renovaren els convenis entre el bisbat i la caixa; el nou bisbe de la diòcesi decidí renunciar a la presidència del Patronat, cedint aquest*

càrrec al President del Consell de la Caixa, marquès d'Alfarràs.

Finalment, les obres començaren el 1968 i es culminarien en dues fases, la primera amb la construcció de l'actual edifici de consultes externes del carrer de París 83, inaugurat el 23 de març de 1971; i la segona amb la de l'edifici d'hospitalització, inaugurat el 7 de juliol de 1976.

A ambdues cerimònies inaugurals, el marquès d'Alfarràs recordà la llarga història de l'hospital promogut per Dorotea de Chopitea i agrai la feina dels qui hi treballaven. El doctor Agustí ens explica també la història de la sala d'actes "Marquès d'Alfarràs":

"La construcció de la nova Policlínica resol·lia moltes necessitats aleshores peremptòries. Una d'elles era la sala de conferències, dependència que l'antic hospital mai no havia tingut; s'havia d'utilitzar la sala de Direcció, insuficient fins i tot per a les activitats científiques internes del Centre. Les activitats dels cursos nacionals o internacionals s'havien de celebrar fora de l'Hospital per aquest motiu, i aquestes eren molt intenses en aquelles dècades. Cal esmentar les que s'anoten en les memòries; citarem, concretament, les activitats de l'any 1970, quan s'inicià una col·laboració amb la Facultat de Medicina entre la Càtedra de Patologia General regentada pel Prof. Balcells Gorina i el departament de Medicina Interna de l'Hospital, dirigit per Puigdollers Col·làs. Durant aquest curs es realitzaren les sessions científiques següents:

- *Curs de Cirurgia Cardíaca dirigit per Paravisini Parra.*
- *Sessions clíniques de Medicina Interna dirigides per Puigdollers.*
- *Sessions clíniques setmanals de Patologia Digestiva.*
- *Sessions clíniques de Cirurgia General dirigides per Salleras i Mundet.*



- *Sessions clíniques de Ginecologia dirigides per Rodríguez Soriano.*
- *Sessions clíniques generals de l'Hospital, amb els ponents Salleras, Agustí, Boada Montaner, Sanchiz Medina, Ripoll Gómez, Badosa Gallart, Anglès Besa i Batalla Cadira.*
- *Symposium sobre activitats en la Medicina Interna, amb López Ibor, Rojo, Siguan, García, Barraquer i Rof Carballo.*
- *Curset de Cardiologia sobre arítmies, amb Pijoan de Beristain, Casares Potau i Peris Sagué.*
- *Curs de Proctologia, amb Reñaga Sykes, Mundet Torrellas, Puigdollers Colàs, Salleras Llinares, Rius, Hidalgo Huertas i Balcells Gorina.*
- *IV Curs d'Angiografia amb Palou Monzó, Sanchiz Medina, Ferrer Condal, Hernández Alonso, Subirana Cantarell, Masó Subirana, Sanpons Salgado, García-Rojas Concepción, Núñez de Lafuente, Roset i Girbes.*
- *A més d'aquests cursos es realitzaren els tradicionals d'Urologia Pràctica, dirigits per Batalla Sabaté, en els que intervingueren Garrós, Valdeperas, Fernández, Batalla Cadira, López i Ameigeiras.*
- *Cursos de Sessions Ortopèdiques, dirigits per Santos Palazzi, amb la col·laboració dels professors Maurice Müller de Berna, Claude de Verdan de Lausana, Gunnar Wiberg de Lund, Paul Ficat de Tolosa de Llenguadoc i Nova Monteiro de Rio de Janeiro.*

Aquesta quantitat de reunions científiques justificava amb escreix la necessitat d'una sala d'actes pròpia. Segueix el doctor Agustí:

"A l'aula de sessions se li donà el nom de "Marquès d'Alfarràs", fent honor a la memòria de qui tant havia contribuït al desenvolupament de l'Hospital i de les seves activitats. Aquesta sala, des d'aleshores, ha estat sempre el testimoni de les activitats científiques i laborals del centre. Esperem que els avatars polítics no desarborin el nom que tan justament se li ha atorgat".

Quan el doctor Agustí va acabar de redactar el seu llibre, publicat el 1980, no podia ni imaginar els avatars polítics dels gairebé quaranta anys transcorreguts des d'aleshores. Han estat molts i diversos, però podem afirmar amb satisfacció que per un cop el nostre llatí país s'ha comportat de manera anglosaxona i ha mantingut invariats el nom i la dedicació de la sala d'actes.

Però és que vista l'exhaustiva utilització facultativa de la sala durant dècades, podem garantir a la família Desvalls que la persona del IXè marquès d'Alfarràs ha transcendit la importància teòrica de la denominació oficial d'aquesta estança, que, aixoplugant sota el seu popular nom infinitat de sessions medico-quirúrgiques hospitalàries, ha romàs al centre de l'esperit assistencial, científic i docent de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.fu1838.org/publicaciones-monografias.php>
2. Biografia del Dr. Ignasi-Maria Aragó i Mitjans, al web Galeria de Metges Catalans, del COMB: www.galeria-metges.cat/
3. Cuarenta años de arquitectura hospitalaria. Leopold Gil Nebot. Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Universidad de Navarra. 1998.

Historia y directivos

En la edición del martes 6 de julio de 1976 de La Vanguardia[1], el día antes de la inauguración del Hospital ubicado en la calle Viladomat, se zanjaba la trayectoria de los 95 años previos, con la des-

cripción de cinco directores: los eminentes doctores Salvador Cardenal, José Bach Escofet, Agustín García-Die Andreu y Cayetano Alegre Marcet, reumatólogo.

Fecha	Directores del Hospital Sagrat Cor
4-3-1881	La Junta Directiva nombra a Manuel Isidoro Osío Valero, director del Hospital y vicedirector a Salvador Cardenal
Aproximadamente 1882-1883	Dr. Salvador Cardenal
23-4-1927	Muerte de Dr. Cardenal.
1927	Dr. Josep Bach Escofet .
1931	Dr. F Lloret [2]
1939	Dr. Josep Bach Escofet . Director Accidental Dr. Agustí García Die
1943	Dr. García Die
5-3-1964	Dr. Gaietà Alegre Marcet.
1980	Venta de l'Hospital a L'Aliança
	Dr. Sanchis, Gerente. Dr. Miquel Balcells, Director Médico

Secuencia de directivos en el Hospital del Sagrat Cor hasta 2010

ANY	Hechos destacables	DIRECCIÓN GENERAL	DIRECTOR GERENTE	DIRECTOR MÉDICO	
1992		Sr. JAUREGUIZAR	HSC: Dr. JURADO H.C.: Dr. SOLEY	HSC: Dr. BALCELLS H.C. Dr. JANE	DIRECTOR AREA Dr. BASILIO
1993	Primera reconversión. Dos centros	Sr. JAUREGUIZAR	H.B. Dr. SOLEY	H.B. DR. JANE	
1994	Fusión (febrero)	DR. VILLALOBOS	DRA. BENITO	DR. JANE	DIR. PROV. SERVEIS Dr. ESTEBAN de julio 94 a agosto 96
1995			DR. BELENES (agosto)		DE Sra. C. MARIGOT DAC Mercè Ranz DRRHH Julia de Diago
1996					
1997	Segunda reconversión. HSC único centro		DR. CARRANZA		
1998		DR. CARRANZA	DR. CAUFAPE DR. FONTCUBERTA	DR. SEGURA (abril)	
1999					
2000			Dr. FONCUBERTA (setiembre.) DR. ANTONI ROCA	DE: Rosa Utor DI – DC : Lucia Mata DGLS: Juan Carlos Pascual	
Febrero 2002	INTERVENCIO por parte de la Generalitat		Administradores públicos		Dr. Oscar SIENES
Mayo 2002		Id Sra. MALUQUER.	Sr. Camil ESCANEZ		
Desembre 2002		Id Sra- MALUQUER	Dr. SEGURA		
2003		Sr. Id (Nov. Sr. S.SOLER) CARSA		Dra. VERNET(abril)	
2004		Dr. SPAGNOLO (julio) Sr. SOLER CARSA		Dra. VERNET	DE: Rosa Utor DI: Lucia Mata DGL: Juan C.Pascual DC: Isabel Ferré (abril 2004)
2005				Dra. VERNET Hasta 16/5/05	
2006	CARSA En diciembre se levanta la intervención			Dr. JAUME CARBO	DI: Lucia Mata DE Antoni Cot DAC Isabel Ferre RRHH Sra. Rosa Vilà DGP Marta Elorduy
2007 (gener)	CARSA	Dr. Tarrats	Sr. Josep LANZO hasta 5/6/08	Dr. CARBO hasta 5/6/08	DI: Lucia Mata DE Antoni Cot RRHH Sra. Rosa Vilà DGP Marta Elorduy (fins 2009) Mant.obras. Sr. Jordi Gonzalez
2008	SAGRAT COR SL	Dr. Montserrat (Clíniques Catalunya			
Juny 2008			Dr. Lluís MIR		Dra. Fernanda ROIG Dir. Asistencial
2009		Sr. Rafael Barba			
2010					

BIBLIOGRAFIA

1. La Vanguardia [Internet]. Barcelona: La Vanguardia, 1976. Disponible en: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1923/01/18/pagina-30/33782967/pdf.html?search=Jos%C3%A9%20Bach%20escofet>
2. Corbella J. Nota sobre l'obra del Dr. Francesc Lloret Gil (València 1898 – Barcelona 1973), primer cap del Servei de neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Disponible a: <http://www.raco.cat/index.php/Gimbernat/article/viewFile/308101/398093>

Els uniformes també fan història

Consell de Redacció

En el moment de la inauguració del nou Hospital, cal destacar el paper que varen tenir en els aspectes logístics les responsables d'infermeria com Núria Cabestany, directora d'infermeria, i Núria Formosa amb responsabilitats logístiques. La decoració, cobrellits, cortines, mobiliari van ser triats molt curosament.

Concretament, els uniformes del personal d'infermeria varen ser considerats elegants, còmodes i pràctics. Coll tancat, casaques amb botons i pantalons.

Amb la compra de l'Hospital del Sagrat Cor per part de l'Aliança va haver-hi una involució amb aparició de còfia, faldilles i mitges blanques a ex-

cepció d'alguns serveis com la Unitat de Cures Intensives.

La còfia concretament no estava ben considerada pel personal d'infermeria i sovint era un element d'autoritat i de sanció en el cas que no es portés. Des de la porteria, s'avisava a les plantes si estava arribant alguna visita per sorpresa que pogués evidenciar que no estaven portant la còfia.

A la fotografia de desembre de 1987, a més de les característiques de l'uniforme hi ha constància d'una Verge que estava a l'entrada que... per cert, on és ara?

El Consell de Redacció vol agrair les fotografies i la col·laboració d'Infermeria.



Infermeres de planta, abril 1979



Infermeres de planta, maig 1980



Còfies, desembre 1980



Faldilles i mitges. Octubre 1987



Faldilles i mitges, sense còfia. Desembre 1987.

Documentación

En el fondo documental de la Fundación La Caixa se recoge que, "el Hospital del Sagrado Corazón, establecimiento de beneficencia privada (del arzobispado de Barcelona), fue fundado en 1879 por una junta de señoras dedicadas a la caridad cristiana.

La relación con la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona siempre había sido muy estrecha. A lo largo de los años habían firmado convenios de colaboración por los que "la Caixa" se comprometía a dar una cantidad de dinero en el hospital para su sostenimiento, a cambio de los cuales la entidad se convertía en miembro del patronato del hospital, órgano superior de la institución.

Finalmente, el arzobispado, que no podía hacer frente a los gastos continuados que suponía el hospital, traspasó la totalidad de la propiedad

en la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona. Este traspaso se firmó el 22 de diciembre de 1967. En 1980, el hospital fue vendido a una mutua, la Mutua Alianza, y la Caja de Barcelona dejó de ser el titular. Pero no fue hasta 1985 que se extinguió la fundación privada, para poder disolver el patronato."

Otra información se puede encontrar en el libro de Francesc CabanaVancells (1996), *Caixes i bancs de Catalunya. Caixes d'estalvis catalanes I: Caixa de Barcelona, Caixa de Sabadell, Caixa Laietana, Caixa Manresa, Caixa Terrassa i Manlleu*. 1a ed. Barcelona: Enciclopèdia Catalana.

En cuanto a la familia Desvalls, existe el libro Josep Fernández Trabal *"Els Desvalls i Catalunya, Set-cents anys d'història d'una família noble catalana"*. Pagés Editors, 2014.

IN MEMORIAM



Maruja Ruiz Pena Simpatía y empatía

Tuve la satisfacción de trabajar con Maruja bastantes años en nuestro hospital. Maruja encarnaba en su cotidianidad dos características encomiables: empatía y simpatía.

Empatía es la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. Empatizaba con sus pacientes, los niños, que acudían a sus sesiones de psicoterapia con ilusión. Ella se volcaba afectiva y profesionalmente con ellos. Los niños le correspondían con su colaboración, el afecto, y el afán de ser queridos que ellos, y todos, deseamos. Con las madres tenía comunicación y capacidad de intentar ayudar a mejorar las relaciones familiares.

La simpatía con los compañeros. Siempre había buen ambiente a su alrededor, lo propiciaba, era alegre. Era muy popular y divertida con todos los compañeros, fueran del servicio del que fueran.

Pasamos unos años felices a su lado. Nosotros estuvimos contentos con ella y se lo demostramos, porque lo importante es mostrar el agradecimiento mientras convives, que el otro se entere. Después de muerto, ya no vale.

Otro beso, Maruja.

Eduardo Irache

XXIII SESSIONS de la UNITAT DE MALALTIES VASCULARS CEREBRALS de l'HOSPITAL UNIVERSITARI del SAGRAT COR de BARCELONA

DIRECCIÓ: DR. ADRIÀ ARBOIX

9 de Maig de 2018 (13:30 h.)

“ESTUDI DE LA VULNERABILITAT DE L'ATEROSCLEROSI CAROTÍDIA: PAPER DE LA INFLAMACIÓ I LA NEOVASCULARITZACIÓ EN EL RISC DE RUPTURA DE LES PLAQUES”

Dr. Pol Camps-Renom
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

30 de Maig de 2018 (13:30 h.)

Conferència de Cloenda i VI Sessió “Professor Martí-Vilalta”

“INFLUÈNCIA DELS HÀBITS DIETÈTICS I DE L'OBESITAT ABDOMINAL A L'ICTUS ISQUÈMIC”

Dra. Anna M^a Rodríguez Campello
Hospital del Mar. Barcelona.

ÍNDIX VOLUM 24, 2017

A

Aguas Compaired, M. ... 111, 152
 Alegre de Miquel, C. 147
 Álvarez Pérez, A. 165
 Arboix
 Damunt, A. ... 28, 57, 109 , 190
 Arellano López, C. 185

B

Balcells Riba, M. 17, 79
 Bara Casaus, J. 149
 Barrera Aguilera, N. 92
 Bayona Huguet, X. 93
 Bernal Claverol, M. 7, 18
 Bosch Capblanch, X. 84

C

Caballero, M. 57
 Carbó, J. 83
 Cartanyà Fernández, A. 89
 Castejón Sánchez, C. 139
 Castel Mora, R.M. 70
 Castelltort Casas, J.M. 83
 Catalán Borrás, J.M. . 37, 77, 198
 Centelles Ruiz, M. 35
 Ciampa, I. 193
 Collgrós Totosaús, H. 85

D

De Sanctis Briggs, V. . 110 , 165
 Delás Amat, J. 75, 162, 200

E

Escarcena Fernández, P. 118

F

Ferro Lozano, E. 162
 Figueras Felip, J. 32
 Fornós Astó, C. 6

G

Gallart Ortuño, A.M. 193
 García Carnero, L. 134
 García Correa, A. M. 141
 García Eroles, L. 57
 García Lario, A. 172
 García Trallero, O. 89
 González Gil, E. 113
 Gonzálvez, L.M. 113
 Grimalt Álvaro, J. 57
 Grivé Isern, E. 29, 141

Grossi, S. 29

Guix Camps, G. 57

I

Irache Esteban, E. 204
 Isidro Llorens, A. 69, 113

J

Julien, S. 85
 Jurado Tapiador, R. 128

L

La Civita, M.V. 128
 Llaverías Borrell, S. 73, 193
 Lombardía López, C. 185
 López Pérez, N. 64
 López Perna, Y. 89
 Lozano Miñana, A. 5

M

Malik Khan, A. 144
 Mariño Hernández, E. 172
 Martí Ejarque, M. 139
 Mata Haya, L. 201
 Molins López-Rodó, L. 82
 Modamio Charles, P. 172
 Monerris Tabasco, M.M. 110
 Montalbán Martínez, E. 139
 Morcillo Serra, C. 88, 162

P

Padilla Santis, M.I. 190
 Parra Ordaz, O. 138
 Pi Sala, N. 161
 Pons Busom, M. 165
 Ponsa Roca, M. 172

R

Ramió Montero, E. 172

Roca García, Y. 70

Ruiz Villa, L. 165

S

Salas Campos, R. 80

Salaya Diaz, JT. 193

Sánchez, J. 161

Sánchez López, M.J. 57

Serrano Alcalá, E. 29, 73

Simón Solano, M.J. 165

T

Taulé Delor, M.A. 113

Torrent Quer, N. 196

U

Umbert Millet, P. 36

V

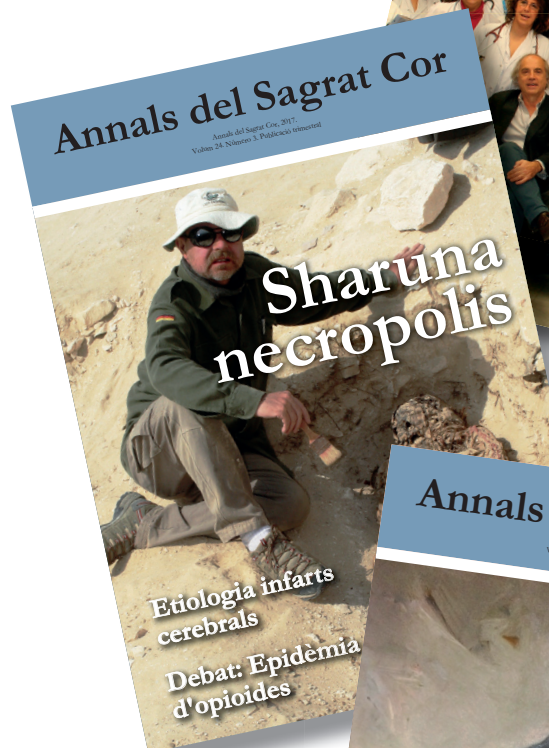
Velasco Gómez, M. 128

Vericat Queral, M.C. 87

CITACIONS:

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

Autor/s. Títol (...). Ann Sagrat Cor 2017; 24: pàg. Inicial-final.



Calendari de sessions hospitalàries pels residents de l' HUSC 2018

Horari: dimarts, 13h30m
Lloc: sala d'actes 7a planta hospital
Coordinació Núria Barrera i Adrià Arboix

Gener

- Dimarts 9:** Actuació inicial en el pacient crític.
Dra. R. Corcuera, servei de Medicina Intensiva
- Dimarts 16:** Codi sèpsia, Dra. R. Corcuera, servei de Medicina Intensiva
- Dimarts 23:** Sd. Febril i neutropènia. Dr. A. Cárdenas, servei de Medicina Interna
- Dimarts 30:** Anèmies. Dra. D. Campoy, servei d'hematologia

Febrer

- Dimarts 6:** Alteracions hidroelectrolítiques.
Dra. C. Casas, servei d' Urgències
- Dimarts 13:** Profilaxi TVP. Dra. Ene, servei d'Hematologia
- Dimarts 20:** VMNI. Dra. Marina Galdeano, servei de Pneumologia
- Dimarts 27:** Taquiarrítmies a ucies. Dr. E. González, servei d' Urgències

Març

- Dimarts 6:** Infecció del tracte urinari. Dr. Cárdenas, servei de Medicina Interna
- Dimarts 13:** Infeccions de transmissió sexual.
Dr. A. Gutiérrez, servei d'Urologia
- Dimarts 20:** Tòxics a urgències. Dra. M. Ruíz, servei d'Urgències

Abril

- Dimarts 3:** Cetoacidosi diabètica. Servei d'Urgències
- Dimarts 10:** Tep. Dra. Salas, servei de Medicina Interna
- Dimarts 17:** Ètica: final de vida. Dra. N. Barrera, servei d'Urgències
- Dimarts 24:** Cures pal.liatives. Dra. Valls, servei de Medicina Interna

Maig

- Dimarts 8:** Ictus, dr. Arboix, servei de Neurologia
- Dimarts 15:** Neuroimatge. Dra. Grivé.
- Dimarts 22:** Sd. Confusional agut. Dr. Seguí, servei de Psiquiatria.
- Dimarts 29:** Agitació, ansietat i depressió: farmacologia.
Dr. Seguí, servei de Psiquiatria

Juny

- Dimarts 5:** Traumatisme craneoencefàlic. Dra. A. Díaz, servei d'Urgències
- Dimarts 12:** Fugues i sociopaties. Dr. Delàs, servei de Medicina Interna



JORNADA de CLOENDA Curs Acadèmic 2017-2018

Patologia de les Poblacions Egípcies Antigues *Una visió a través de les Missions Espanyoles*

Presentació: Albert Isidro. President de l'ACBPP

President de la Taula: Prof. Assumpció Malgosa; Moderador: Dr. Sergi Loscos.

Programa Preliminar

16.00 a 16.15	Presentació de la Jornada	
16.15 a 17.00	Jaciment Oxirrinc / El Bahnassa	Bibiana Agustí
17.00 a 17.45	Projecte Djehuty / Draabu-l-Naga –Tebas Oest	Jesús Herrerin
17.45 a 18.30	Tomba de Montenhath / el Assasif – Tebas Oest	Rosa Dinarés
18.30 a 19.00	Coffee Break	
19.00 a 19.45	Thutmosis III Project / el Khokha – Tebas Oest	Albert Isidro
19.45 a 20.30	Qubbet el- Hawa / Aswan	Miguel Botella

20 de Juny de 2018

Seu Aula X

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut
de Catalunya i les Balears