

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2023.
Volum 30. Número 2. Publicació trimestral



Aprender a mirar...



Annals del Sagrat Cor

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

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delás Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Compaired

M. Balcells Riba

A. Arboix Damunt

M. Bruguera Cortada

L. Mata Haya

Editores Asociados / Associate Editors

Cirugía General

R. Soliva Domínguez

C. Ortopédica y Traumatología

A. Isidro Llorens

Dermatología

M. Iglesias Sancho

Neumología

O. Parra Ordaz

Neurología

J. Massons Cirera

Psiquiatría

J. Seguí Montesinos

Radiología

E. Grivé Isern

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vascular, HUSC

J. A. Bombí Latorre

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. De Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

K. Diz Miserachs

Psicología, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, H. Germans Trias i Pujol

F. J. Gil López

Neurología, HUSC

E. González Marín

Urgencias, HUSC

J. González Valdivieso

Farmacia, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

S. Llaverías Borrell

Radiodiagnòstic, HUSC

C. Lombardía López

Infermeria, HUSC

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerra

Dermatología, Hospital del Mar

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Moneris Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

J. Palés Argullós

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

C. Prat Torrevejano

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnòstic, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

C. Roca Saumell

CAP el Clot

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

L. Tuneu Valls

Endocrinología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel

E. Basilio Bonet

F. Fernández Monrás

P. Umbert Millet

G. Vidal López

E. Irache Esteban

EDITORIAL..... 56

Annals del Sagrat Cor: 30 anys poc probables

DEBAT 57

APRENDER A MIRAR.

La diversitat en medicina

JORDI DELÁS, MARÍA DE AREDE, MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ

Los errores de diagnóstico en trastornos del desarrollo en niños

M^a JOSÉ SÁNCHEZ, MIQUEL BALCELLS, LUCÍA MATA

“Un autre regard”. Exposició de fotografies de l’alumnat de l’Escola Moragas, per Monica Das Neves

MARTA CAMPUZANO, JOAN SOLER

Inauguración exposición fotográfica: “Un autre regard. Otra mirada”. “Otra mirada”. 21 de febrero de 2023

NATALIA TOLÓS BENET

Trastorns de l’aprenentatge. Educar en la diversitat: Dislèxia

LUCÍA MATA, M^a JOSÉ SÁNCHEZ, MIQUEL BALCELLS

Exclusions invisibles

JORDI LOBO

ORIGINAL 68

La información no escrita: consumo de sustancias no prescritas

La informació no escrita: consum de substàncies no prescrites

Unwritten information: use of non-prescribed substances

MARINA VÉLEZ, ALESSIO SCAPATI, ÁLVARO SORIANO, DAVIDE IANELLO, HIMALAYA VALLEJO, JORDI DELÁS, MARÍA MARTÍNEZ, MARINA TORT, MIQUEL COROMINAS, NACHO ROSELLÓ, NICO PIÑEIRO, PEDRO ORTIZ, RAFA CLÚA, SOFÍA MOREIRA

ORIGINAL BREVE 77

Efectividad y seguridad del videolaringoscopia frente al fibrobroncoscopio en la intubación de paciente sedado con vía aérea difícil conocida

Efectivitat i seguretat del videolaringoscopi enfront la broncoscòpia de fibra òptica en la intubació de pacient sedat amb via aèria difícil coneguda

Effectiveness and safety of videolaryngoscopy versus fiberoptic bronchoscopy for awake intubation in patients with anticipated difficult airway

ANDRÉS FELIPE GALLEGOS LEDESMA, ASTRID ÁLVAREZ

METODOLOGÍA..... 81

Mentir mata

Mentir mata

Lying Kills

EDUARDO GONZÁLEZ MARÍN

CAS CLÍNIC DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC 87

Divertículo traqueal como hallazgo incidental en tomografía computarizada: Caso clínico

Diverticle traqueal com troballa incidental en tomografia computada: cas clínic

Tracheal diverticulum as an incidental finding in computed tomography scan: case report

DANIEL O. ADRI CABERO, ANA PELAEZ, JEAN CARLO SOTO GARCIA, LI CONDE PIMENTEL, ELISENDA GRIVÉ ISERN, SILVIA LLAVERIAS BORRELL

CAS CLÍNIC 90

¿Hemos perdido el miedo a las benzodiacepinas?

Hem perdut la por a les benzodiacepinas?

Have we lost our fear of benzodiazepines?

ANNA GANELINA, HORACIO VALENCIA TEJERINA

ECONOMIA DE LA SALUT 93

El tratado del no tan inútil combate por la universalización

El tractat del no tan inútil combat per la universalització

The treatise on the not-so-useless fight for universalization

VICENTE ORTÚN RUBIO

DIBUJOS PARA UNA EXPOSICIÓN 101

Retos de lápiz y papel, vuelta a la pasión

EDUARDO GONZÁLEZ

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

Annals del Sagrat Cor està disponible online a:

<http://www.annalsdelsagratcor.org>

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

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

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

D.L.: B-3794-93



Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

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



Annals del Sagrat Cor: 30 años poco probables

Puede parecer sorprendente que un principal referente de *Annals del Sagrat Cor*, publicación biomédica, sea *El Ciervo* (1) una revista de pensamiento y cultura. Con ella compartimos celebración –sus 800 números, frente a nuestros 30 años de existencia- y su autodefinición como revista improbable.

Annals del Sagrat Cor ha superado expectativas, hasta alcanzar los 30 años que en 2023 cumple. Que una revista de hospital supere tres décadas ha sido posible por el continuo soporte de la dirección del *Sagrat Cor* que ha preservado *Annals* de toda dependencia comercial.

El cuerpo de la revista lo constituyen los artículos científicos originales junto a casos clínicos, que otras revistas no aceptan. Se mantienen de acuerdo al cariz asistencial del Hospital, disposición de quienes no han podido seguir, en tiempo o en presencia, interesantes vivencias.

Permiten estos redactados las primeras comunicaciones de jóvenes profesionales y es motivo de orgullo el número de estudiantes que han contribuido con sus aportaciones a las páginas de *Annals*. Junto a autores de otros centros y disciplinas que se han incorporado al Comité Editorial y la relación de revisores y autores.

Algunas secciones, como los casos clínicos del Servicio de Diagnóstico por la Imagen completan la identidad. La docencia - desde los inicios del hospital con el Dr. Cardenal es uno de sus pilares- está presente en el apartado de Educación Médica. Mientras que el trasfondo social -herencia de Dorotea Chopitea y la comprometida sociedad barcelonesa de 1879- impulsa no pocos textos.

El magnífico libro *Historia del Hospital del Sagrat Cor*, del Dr. Joan Agustí (2) se completa con el espíritu crítico y riguroso del Dr. Josep

María Catalán que impulsa revisiones de médicos y equipos predecesores. Y la colaboración del Dr. Miquel Bruguera con su serie de miembros históricos del *Hospital Sagrat Cor*, responsables de importantes contribuciones a la medicina, ciencia y sociedad.

De nueva creación, el apartado de metodología, donde el Dr. Eduardo González Marín hace accesibles conceptos de bioestadística. La compilación de sus artículos ha de ser un auténtico libro de consulta para investigadores.

En este número inauguramos la sección de Economía de la Salud a cargo del Profesor Vicente Ortún, vinculado a nuestro Hospital desde su jerarquización en los años 80. Si hemos admirado los textos del Doctor Ortún, es ahora un privilegio albergarlos en los *Annals*.

Número a número incorporamos temas de debate. En este segundo del treinta aniversario, de la mano de educadores y familias, ofrecemos un mosaico de opiniones sobre educación, diversidad y salud. La excelente y sensible psicóloga y fotógrafa, Monica Das Neves (3), una vez más, aporta bellas y emotivas imágenes.

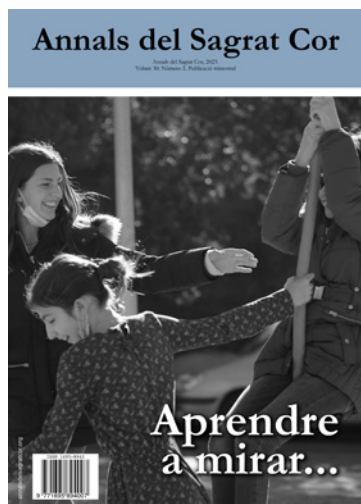
Annals ha tenido –nunca mejor dicho- su papel en estos treinta años y ahora también su sitio electrónico (4). Continuará, tanto como sea posible, pugnando por el bienestar de las personas, dramáticamente en entredicho en estos críticos días de 2023 y del treinta aniversario.

1. El Ciervo. <https://elciervo.es/>

2. Agustí i Peypoch, Joan. Història de l'Hospital del Sagrat Cor 1879-1980. <https://www.fu1838.org/pdf/8619.pdf>

3. Monica das Neves. https://www.instagram.com/monicad_photography/

4. Annals del Sagrat Cor. <https://www.annals-delsagratcor.org/>



Maria.

Font: Un autre regard.
Monica das Neves.



www.instagram.com/monicad_photography/

Visita la pàgina

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

Les instruccions pels autors están 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*

Aprender a mirar

"Pour voir clairement, il suffit de changer la direction du regard"
(Para ver claro, basta con cambiar la dirección de la mirada)
Antoine de Saint-Exupéry

La diversidad en medicina

Jordi Delás, María de Arede, María José Sánchez

Hospital Universitari Sagrat Cor

Tradicionalmente, la medicina se complica con la diversidad. La inmensidad de conocimientos que implica lleva a la generalización. No queda más remedio que describir enfermedades y que el buen hacer de la práctica médica realice adecuadamente la aplicación de protocolos y recomendaciones a cada individuo.

Es decir, primero hay enfermedades y luego enfermos.

La enfermedad de Smith:

Cuando el señor Smith pregunta a su médico: "¿Sabe lo que tengo?". Con aplomo, su médico responde: "Usted tiene la enfermedad de Smith". La anécdota incide en la particularidad de cada persona, diferente, con sus propias circunstancias, pero seguidamente el señor Smith preguntará: "Gracias, por su reconocimiento a mi identidad, ¿pero cómo se trata?"

Una buena respuesta debe adaptar el conocimiento universal al señor Smith.

Otra sentencia habitual es que en medicina lo más frecuente es lo más probable. Y siendo cierta, deja al margen las situaciones minoritarias, por tanto, menos estudiadas.

MEDICINA Y ESCUELA

En la infancia, el pediatra suele ser consultado ante trastornos del desarrollo o rendimiento físico, cuando el niño o la niña crece menos o tolera peor el ejercicio que el resto de la clase. No resulta tan claro que se consulte ante el menor rendimiento escolar.

A pesar de que la formación de los profesionales es clave, los módulos y contenidos sobre trastornos del desarrollo intelectual son actualmente mínimos, al menos en los planes de estudios europeos de ciencias de la salud. Este colectivo no sólo ha estado pobremente representado en las investigaciones, sino que, en muchos casos, ha sido considerada un criterio de exclusión [1].

La presencia del médico ante los primeros síntomas es importante, independientemente de que el equipo asistencial se acompañe de otros especialistas.

En el repertorio de enfermedades DSM5, ante deficiencias en determinados dominios se alerta de la posible existencia de un retraso global del desarrollo, tendencia a denominarlo así en menores de 5 años y discapacidad intelectual en mayores de esa edad (Tabla 1).

Tabla 1. Discapacidad intelectual

Deficiencias	Funcionamiento adaptativo	Diagnóstico
Habilidades en lenguaje, lectura, escritura, matemáticas, razonamiento, conocimiento y memoria.	Dominio conceptual	Retraso global del desarrollo (menores de 5 años).
Empatía, juicio social, habilidades de comunicación interpersonal, capacidad de hacer y conservar amistades.	Dominio social	
Autogestión en áreas como cuidado personal, responsabilidades laborales, administración del dinero, recreación y organización de tareas escolares y laborales.	Dominio práctico	Discapacidad intelectual (mayores de 5 años).

En la actualidad, la discapacidad intelectual se incluye dentro del trastorno del neurodesarrollo (Tabla 2).

Tabla 2. Trastornos del neurodesarrollo. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11.

Trastorno del desarrollo intelectual	Leve-moderado-grave-profundo
Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje	Trastorno del desarrollo de la fluidez Trastorno del desarrollo del sonido Trastorno del desarrollo del lenguaje Otros
Trastornos del Espectro Autista	Trastorno del lenguaje/discapacidad intelectual
Trastornos por hiperactividad y déficit atencional	Presentaciones HI/I/C Otro trastorno especificado por hiperactividad con déficit de atención
Trastornos del desarrollo del aprendizaje	Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultad en la lectura. Trastorno del desarrollo del aprendizaje con dificultad en la escritura Trastorno específico del aprendizaje con dificultad en matemáticas Otras dificultades
Trastorno del Desarrollo de la Coordinación Motora	Tics o Trastornos por Tics Primarios Síndrome de Tourette Trastorno por tic motor crónico Trastorno por tic fónico crónico Tics motores transitorios Otros trastornos por tics
Trastorno por Movimientos Estereotipados	
Tics o Trastornos por Tics Primarios	Síndrome de Tourette Trastorno por tic motor crónico Trastorno por tic fónico crónico Tics motores transitorios Otros trastornos por tics
Síndromes Secundarios del Neurodesarrollo	

El listado de entidades ya da idea de la complejidad de este campo. Sin embargo, el médico ha de contar con las herramientas para llegar a un diagnóstico o saber quién es el profesional competente para hacerlo.

Es importante reconocer las alertas, como síntomas de entidades más complejas, para así poderlas abordar en su conjunto y, especialmente,

para no presionar indebidamente a la persona, proponiéndole objetivos que no puede alcanzar (Tabla 3). Comprendiendo que hay conductas mediatizadas por su propia diversidad que intentamos englobar bajo diagnósticos más o menos adecuados. Reconocer que en ciertos momentos la persona no hace lo que quiere, sino lo que no le queda más remedio que hacer.

Tabla 3. Síntomas que pueden estar presentes en diferentes entidades

	Trastorno de actividad e hiperactividad (TDAH)	Trastorno del espectro autista (TEA)	Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV)	Déficit de atención, del control motor y de la Percepción (DAMP)
Inatención	x	x	x	x
Hiperactividad	x	x		
Irritabilidad	x	x		
Trastorno procesamiento sensorial	x	x		
Dificultad habilidades sociales	x		x	
Trastorno del movimiento	x			
Disfunción ejecutiva	x	x		
Trastorno del sueño	x	x		
Trastorno del aprendizaje	x	x	x	x
Dificultad en la interacción social		x		
Torpeza motora		x	x	x
Trastorno procesamiento sensorial			x	
Trastorno vio-perceptivo				x

Las personas con trastornos del neurodesarrollo van a tener que acudir a consultas médicas por diversas afecciones. Es importante que los médicos contemos con habilidades específicas para la atención personal y de sus familiares.

El diagnóstico proporciona predicción, y la correcta identificación es fundamental para: la intervención, pronóstico, conocimiento del riesgo de recurrencia y prevención. De ahí, la importancia de elaborar una historia clínica detallada.

En un estudio realizado por la Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo (UNIVIDD) de la Fundació Vil·la Blanca- Universitat Rovira i Virgili -CIBERSAM en 2015, se evidenció una falta de información adecuada en las historias clínicas de las personas con discapacidad intelectual. En el 61% de los casos, se desconocía la etiología de la discapacidad intelectual. El profesional sanitario se enfrentaba a personas con trastornos del desarrollo sin conocer su etiología. (<http://www.grupperemata.cat/spa/item/UNIVIDD.html>)

FACTORES PSICOBIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN EL FRACASO ESCOLAR

Este es el título de un estudio llevado a cabo por el psiquiatra Miquel Casas en escuelas e institutos públicos y concertados de Catalunya, aproximadamente 12.000 escolares en el periodo de 2020 a 2022 [2]. Los resultados indican que la principal causa del bajo rendimiento escolar en Catalunya deriva del infradiagnóstico y tratamiento de trastornos del neurodesarrollo, presentes entre el 18 y 20% de la población.

Este infradiagnóstico plantea problemas conductuales y laborales en la edad adulta. En el complejo mercado laboral, la diversa sintomato-

logía de las personas con trastorno del desarrollo dificulta el acceso al trabajo y hace más probable los despidos, con resultado de precariedad y situación socialmente deprimida. Es decir que, al estudio del Dr. Casas, se podría añadir que factores sociobiológicos influyen en la precariedad social y en la inexistencia de domicilio.

En estudios realizados con personas con trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto, se detecta una mayor tendencia en el uso de sustancias no prescritas [3], así como mayor prevalencia de trastornos por déficit de atención/hiperactividad del adulto en usuarios de drogas [4].

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador-Carulla L, Martínez-Leal R, Heyler C, et al. Training on intellectual disability in health sciences: the European perspective. *Int J Dev Disabil* 2015;61:20.
2. Casas M. Factores psicobiológicos que influyen en el fracaso escolar [Internet]. Disponible en: <https://fundacioepisteme.cat/2020/11/30/factors-psicobiologics-que-influeixen-en-el-fracas-escolar/>
3. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS. Disponible en: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)
4. Torrico Linares E, Vélez Moreno A, Villalba Ruiz E, et al. TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio. *Trast adict* 2012; 14: 89-95 .

Los errores de diagnóstico en trastornos del desarrollo en niños

M^a José Sánchez, Miquel Balcells, Lucía Mata

Hospital Universitari Sagrat Cor

Cuando los síntomas tienen múltiples causas, se pueden cometer errores.

Los niños que tienen problemas de atención suelen ser diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Pero los problemas de atención también pueden ser signos de otros trastornos, como la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los problemas de aprendizaje.

Los niños que tienen pensamientos repetidos y perturbadores suelen ser diagnosticados con TEPT. Pero también pueden tener un TOC. La diferencia es que con el TEPT, el niño está recordando algo que realmente sucedió, en lugar de cosas que teme.

La dificultad para hablar es un síntoma común del autismo, pero también puede ser un signo de un trastorno de ansiedad llamado mutismo selectivo. Los niños con mutismo selectivo pueden hablar con facilidad en casa o con per-

sonas conocidas, pero tienen dificultades en la escuela o con gente nueva.

Cuando los niños se sienten muy tristes y tienen poca energía, se les suele diagnosticar depresión. Sin embargo, los trastornos de ansiedad, especialmente el TOC, también pueden causar estos sentimientos. Y el hipotiroidismo también puede causar síntomas que se parecen a la depresión.

El comportamiento perturbador es otro síntoma que puede tener muchas causas. A muchos niños con problemas de comportamiento se les diagnostica un trastorno negativista desafiante (TND). Pero a veces los niños que parecen tener TND en realidad están combatiendo la ansiedad, el TOC o un trastorno del aprendizaje.

DÉFICIT DE ATENCIÓN

Los maestros suelen ser los primeros en observar el síntoma de déficit de atención, cuando observan que un niño se distrae con demasiada facilidad, tiene tendencia a fantasear, y muestra dificultad para completar los deberes y seguir instrucciones. A pesar de que todos los niños, especialmente los más pequeños, suelen tener períodos de atención más breves que los adultos, algunos niños tienen mucha más dificultad para concentrarse que otros.

- El diagnóstico común será un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ya que la falta de atención que fuera del rango típico es uno de los tres síntomas claves de TDAH, junto con la impulsividad e hiperactividad.
- Sin embargo, muchos niños con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se distraen por sus propias obsesiones y compulsiones, y cuando el TOC es lo suficientemente grave, pueden pasar la mayor parte del tiempo obsesionados. Ello puede interferir en su vida diaria de muchas maneras, como prestar atención en la escuela, y debido a que muchos niños con TOC con frecuencia se avergüenzan de sus síntomas, pueden tratar de ocultar sus compulsiones. Es muy común ver a los niños controlar sus rituales en la escuela, sólo para verse dominados por ellos al llegar a casa. Se puede observar que un estudiante tiene dificultad para concentrarse y suponer que tiene un problema de atención porque su TOC no es evidente.
- También el Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) puede causar un déficit de atención tras la exposición a un acontecimiento traumático.
- Dificultades de aprendizaje: Cuando una niña parece mirar para todas partes menos el libro que debería estar leyendo, también es posible que tenga algún trastorno de aprendizaje. La dislexia no diagnosticada no sólo puede hacer que la niña no se esté quieta debido a la frustración, podría darle vergüenza no ser capaz de hacer lo que hacen los

demás niños, e intentar ocultarlo. Sentirse como un fracaso es un gran impedimento a la concentración, y cualquier cosa que pueda aligerar ese sentimiento será una distracción bienvenida.

PENSAMIENTOS ANGUSTIANTES REPETITIVOS

Los pensamientos intrusivos y recuerdos que un niño no puede controlar son uno de los síntomas claves de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Los médicos ven el TEPT como una respuesta de "lucha o huida" dañada en un niño que ha tenido una experiencia traumática, tanto si fue un suceso que le afectó mucho o un patrón de violencia doméstica o abuso. La experiencia ya ha pasado, pero el niño continúa reviviendo la ansiedad.

Esto se puede manifestarse en forma de recuerdos recurrentes, pensando sobre el evento una y otra vez, o experimentando pensamientos atemorizantes que se les quedan "grabados".

HABLA RESTRINGIDA

A la hora de realizar el diagnóstico, es importante distinguir entre déficit de habilidad y déficit de desempeño:

- El autismo es un trastorno del desarrollo que causa problemas de comunicación en los niños. Los niños con autismo pueden tener un retraso (o ausencia completa) del desarrollo del habla. Las señales más obvias aparecen entre los 2 y los 3 años de edad. A pesar de que muchos niños en el espectro pueden hablar, es posible que usen el lenguaje de manera inusual, eviten el contacto visual, y prefieran estar solos, no interactuando socialmente con sus compañeros de una manera apropiada.
- Ahora bien, el mutismo selectivo, es un trastorno de la ansiedad en el cual los niños no hablan en determinadas situaciones sociales: hablan mucho en casa, pero no hablan nada en otros lugares, como en la escuela. Es posible que no se comuniquen nada con sus compañeros o maestros, lo que puede llevar a los profesionales de la escuela a preocuparse por su desarrollo social. Estas dificultades sociales pueden llevarles a pensar que están dentro del espectro del autismo.

TRISTEZA, FATIGA Y DIFICULTAD PARA PENSAR CLARAMENTE

Resulta fácil reconocer los síntomas de la depresión: sentimientos de tristeza, interés disminuido en actividades habitualmente agradables, fatiga, cambios de peso y dificultad para concentrarse. Es normal sentirse a veces triste, pero si los niños experimentan tristeza o irritabilidad durante más

de dos semanas y afecta a su capacidad de funcionar, podría llevar a pensar que se trata de un episodio depresivo.

Ahora bien, los síntomas de hipotiroidismo son muy similares a los de la depresión, e incluyen fatiga, aumento de peso, sentimientos de tristeza, y dificultad para pensar claramente. El hipotiroidismo sucede cuando el tiroides no segrega suficiente cantidad de hormona tiroidea, y el tratamiento es muy diferente.

COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Se considera que los niños tienen un trastorno negativista desafiante (TND), cuando se muestran repetidamente insolentes, desafiantes, o incapaces de controlar su ira, lo que puede afectar seriamente su rendimiento en la escuela y ser causa de conflicto en la familia. Los síntomas de un niño con TND son, entre otros, perder el control, discutir con adultos, enfadarse con facilidad, o desobedecer activamente reglas y órdenes. Para ser diagnosticado con TND, el comportamiento perturbador del niño debe ocurrir durante al menos seis meses y afectar negativamente su vida en la escuela o en casa.

Pero a los niños trastornos de ansiedad les cuesta mucho enfrentarse a situaciones estresantes y si un niño con un trastorno de ansiedad no tratado es expuesto a una situación estresante, puede mostrar signos de TND en un esfuerzo por escapar dicha situación o evitar la fuente de un miedo intenso.

También, un niño con TOC puede alterarse extremadamente y gritar a sus padres si no le proporcionan repetida y constantemente las palabras tranquilizadoras que utiliza para manejar sus miedos obsesivos.

Además, los niños con TDAH, especialmente aquellos que experimentan impulsividad e hiperactividad, pueden manifestar síntomas que parecen signos de TND: dificultad para sentarse quietos, puede que cojan y jueguen con cualquier cosa a su alcance, hacer de pronto algún comentario inapropiado, tener dificultad para esperar su turno, interrumpir a los demás, y actuar sin pensar en las consecuencias. Estos síntomas son más el resultado del déficit en sus funciones ejecutivas (su capacidad para pensar antes de actuar, y evaluar el impacto de su comportamiento) que de un comportamiento deliberado propio de TND.

“Un autre regard” Exposició de fotografies de l’alumnat de l’Escola Moragas, per Monica Das Neves

Marta Campuzano, Joan Soler

Psicòloga. Directora pedagògica de l’Escola Moragas. Gernet de l’Escola Moragas de Barcelona. Barcelona. Espanya.

Des de l’Escola Moragas estem molt contents de poder compartir l’exposició fotogràfica “*Un autre regard*” (“Una altra mirada”) en mans de la fotògrafa Monica Das Neves, que ha sabut capturar la mirada dels nostres alumnes amb una sensibilitat inigualable.

Les fotografies que conformen “*Un autre regard*” mostren moments de pausa, de contemplació, d’atenció, de reflexió, amb una llum que capta l’atenció de l’espectador i descobreix la realitat dels alumnes en el dia a dia. A través d’aquestes mirades i gestos s’estableix la interacció amb l’entorn i els que ens envolten. El vincle i la confiança que es crea, el respecte a cadascun dels alumnes i les seves capacitats i necessitats, és el que fa a l’alumne el protagonista de l’acció educativa i ens permet treballar plegats a família i escola pel seu creixement personal.

L’exposició s’emmarca en el 80è aniversari de la nostra escola, pel qual, durant el curs 2020/2021, es van dur a terme gran part d’aquestes fotografies. Malgrat això, la Covid ens va obligar a ajornar-la.

L’exposició compta amb el suport de l’Ajuntament de Barcelona i del Grup d’Inclusió del Districte de les Corts, que enguany celebra el seu desè aniversari, i s’ha pogut dur a terme gràcies a la col·laboració del Centre Comercial L’illa. Tant L’Illa com la seu de l’ajuntament de Les Corts l’han van acollir en els seus espais expositius.

L’Escola Moragas és un centre obert d’educació especial, fundat l’any 1940, pel Dr. Jeroni de Moragas. S’atenen alumnes entre els 3 i 21 anys amb necessitats educatives especials derivades de discapacitat intel·lectual i Trastorns de l’Espectre de l’Autisme.

Campuzano M, Soler J. “Un autre regard”. Exposició de fotografies de l’alumnat de l’Escola Moragas, per Monica Das Neves. Revista Eipea. 2023; 14:80-1. Disponible a: <https://raco.cat/index.php/eipea/article/view/418426/512797>



Monica Das Neves és una fotògrafa nascuda a Portugal, que ha viscut i exposat les seves primeres fotografies a París i des de 2008 viu i treballa a Barcelona. Des que va venir per primer cop a la nostra escola, vam saber que connectàvem amb ella i que sabia copsar amb la sensibilitat necessària els instants del nostre dia a dia a l'escola Moragas. Provem de mirar amb els ulls de l'altre? Ben segur que l'acompanyarem millor.

Nil. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

MUÉSTRAME LO QUE TUS OJOS VEN

Clara y Roger

Un día cualquiera, caminando por un pasillo de un todo a cien, te lanzaste sobre una bolsa de patitos de goma, de esos que se usan para jugar en la bañera. Apretabas un patito contra tus pequeños dientes y no lo soltabas ni para dormir. Al principio me hizo gracia, pero luego me fui asustando mucho, porque dejó de ser un juego, se convirtió en una obsesión, quizá tu primera obsesión!

Buscaba tu mirada y ya no estabas. Tu hermosa sonrisa desapareció y tu agradable carácter cambió...

Te fuiste.

¿Dónde estás? –me pregunté.

Poco a poco, todo en mi mundo se oscureció. Desapareció la luz, dejé de ver, dejé de sentir; estaba horrorizada...

¿Qué le pasa? –pregunté.

¿Has escuchado acerca del AUTISMO? –me respondieron.

Sí, he visto algunas películas –contesté.

Pues eso, tu hijo tiene autismo –me dijeron.

Inmediatamente el hielo se apoderó de mí. La incertidumbre, la duda, la culpa, el miedo... Entonces mis ojos se mojaron durante mucho tiempo.

Sin saber qué hacer, tomé tu pequeña mano, intenté buscar tu mirada y te dije: «MUÉSTRAME LO QUE TUS OJOS VEN», «quiero sentir lo que tú sientes, quiero saber ¿cómo es no tener voz?».

Entonces me quedé afónica, ino tenía voz! Sentía ansiedad, angustia, desesperación. Y me enfadé, me enfadé muchísimo, me descontrolé.

Ah, iya sé! –pensé-. Tengo que

buscar otra forma de llegar a ti.

Y nos fuimos a buscar otros caminos, a emprender otros vuelos, a descubrir otras maneras.

Aprendí tu idioma y me volvíste a mirar. Hablé más lento y nos pudimos entender. Me detuve, y nos pudimos observar. Y entonces, ¿qué es el AUTISMO? Simplemente, otra forma de amar.

Perdí la expectativa, que estaba en mi ego, te miré y también perdí el miedo. Y te empecé a observar y te descubrí siendo feliz en un aletear.

Y, así, seguimos caminando, disfrutando cada avance como una victoria. Y cada pequeña cosa me sabe a gloria.

Eso es, iya lo sé! –me dije-. El autismo me está enseñando a disfrutar de las pequeñas cosas, a no perderme en grandes objetivos. Me enseña a contemplar los detalles y a centrarme solo en lo realmente importante.

Claro, iya lo tengo! EL AUTISMO ES IR LENTO Y DISFRUTAR DE CADA MOMENTO.

Con profundo amor, para nuestro gran tesoro GERARD PAGÈS ESTRELLA, tus padres, que te aman infinitamente: CLARA Y ROGER.



EL MEU NET

El meu net va arribar al món fa gairebé dos anys. Ens ha canviat la vida. A tots.

Jo mai hauria imaginat que un net pogués fer-me viure d'una manera tan intensa cada instant que estic amb ell.

Malgrat la història molt difícil, complicada i de moments molt durs que s'ha generat al seu entorn, aconsegueix en un instant tornar-me l'alegria, la força i la il·lusió necessàries per continuar lluitant per ell.

Tot el que fa em sorprèn i em fa riure obertament. Ell se'm queda mirant estranyat en sentir les meves rialles i al cap d'uns segonsriu amb mi. És divertit i espavilat, i sap molt bé com aconseguir dels seus avis tot allò que vol.

Passegem gairebé cada dia, jugo amb ell assegut a terra, l'agafo de la mà per anar a caminar, el porto a coll quan es cansa, l'acompanyo a fer la migdiada i, fins i tot, li he canviat els bolquers. Tota una aventura. Jo, que tinc cinc fills!

Crec que sols des de la mirada d'aquells que l'estimem podem veure la realitat del meu net, qui és i com és. La nona i jo, l'avi, tenim molta sort que hagi arribat al món.

Desitgem i lluitarem amb totes les nostres forces perquè sigui el més feliç possible.

T'estimem amb tot el cor.

El meu net és molt més de tot el que pugui escriure en milions de línies.

Els teus avis.

EL PUNT JUST ON COMENÇA LA BIFURCACIÓ

Natalia Tolós Benet

Soc mare d'un bombonet de 14 anys amb discapacitat.

No fa gaire vaig llegir un text sobre les mares de fills amb discapacitat. Directe, plasmat, a carn viva. Llegir-ho m'ha fet recordar que moltes vegades em vaig sentir com el punt just on comença una bifurcació. Parada, gairebé sense alè. Preguntant-me què havia de fer. Què havia de sentir. Una vegada i una altra. Vaja, que no sabia quina era la manera com havia d'enfocar els meus pensaments com a mare del Marc i, com a conseqüència, els sentiments que se'n desprendrien.

Sabia que un dels camins em provocava ràbia, tristesa i impotència. Feia que em sentís incompresa, petita, desgraciada. Perquè era una sendera trista, plena "d'allò que no vaig tenir", d'abandó, de patiment, d'injustícia, d'esgotament, de les preguntes que no tenen resposta. Havia començat a caminar

per ella moltes vegades, per frenar en sec, eixugar-me les llàgrimes, girar-me i fugir cap al punt just on començava la bifurcació.

L'altre camí requeria molt més esforç per part meua, tot i que sabia que era un trajecte que em feia sentir molt millor. Perquè m'hi guiava per la intuïció. Trobava la serenitat necessària per sentir l'amor que em portava sense remei cap a l'acceptació. Però, de vegades distreta i d'altres copejada fins a sagnar, em traslladava de nou fins al punt just on començava la bifurcació, un cop més.

Parada en aquell punt sense determinar què havia de sentir, de l'única cosa que tenia la certesa és que decidís el que decidís, algú s'entestaria a fer-me pagar les conseqüències dels meus sentiments.

Però amb el temps vaig entendre que no calia afanyar-se a resoldre. M'havien pressionat tant i tan cruelment que vaig arribar a pensar que ningú no em comprenia, que era una egoista i gairebé, fins i tot, em fan creure que era una mala mare. (I no, no ho som de males mares).

Em vaig asseure bressolant el meu fill entre els meus braços. Sí, al punt just on començava la bifurcació. Vaig centrar els meus sentits en ell, tots. Vaig lluitar per fer callar totes les veus, els sorolls i les agressions externes. Vaig procurar ofegar el vendaval de pensaments que recorrien la meua ànima a tanta velocitat que feien mal.

I allà asseguda, tancada en una bombolla mental amb el Marc, vaig començar a construir els meus veritables sentiments com a mare d'un nen amb discapacitat. No va ser fàcil, no van deixar que fos gens fàcil. Però va ser el camí interior més meravellós que he recorregut mai.

Gràcies Marc.



Inauguración exposición fotográfica: "Un autre regard. Otra mirada".

21 de febrero de 2023

Natalia Tolós Benet

Cuando vi que la exposición se llamaba "Otra mirada", pensé; no puede ser más acertado. Las miradas son un tema de conversación recurrente entre las madres de hijos con discapacidad. A veces lo hablamos con cansancio, muy agotadas de coexistir con una realidad que nos hiere. Pero otras, incluso hemos conseguido reírnos de situaciones que han sido tan dolorosas y absurdas a la vez. Porque no existe un muro de defensa más fuerte que el humor.

Podría escribir un libro al respecto. Sobre cómo las miradas de los demás han marcado nuestro camino desde el mismo día en que nuestros hijos nacieron o nos dimos cuenta de que eran diferentes.

Aquellos primeros días hubo miradas inundadas en lágrimas, las hubo llenas de miedo, las hubo de alivio: "Suerte que no me ha tocado a mí". Las hubo de incredulidad, de negación, de pena, de condescendencia... ¡qué horribles son estas últimas! Pero también las hubo de amor, de felicidad. Las hubo amables, tranquilizadoras, empáticas. Recuerdo mucho la radiante mirada de mi madre cuando vio por primera vez a Marc y sólo dijo: "Es precioso".

Así que muy pronto me di cuenta de que debería aprender a lidiar con las miradas que dolían, - ahora me enfadan más que me duelen-, pero también a saber gestionar las más bellas, que las hay, y muchas.

Fue impactante empezar a darme cuenta de aquellas miradas que se clavaban con cara de gravedad sobre

Marc y que, en segundos, como un periscopio se volcaban con espanto hacia mí. Casi podía oír sus mentes:

"¡Bufl!. Pobre madre". "Dios, qué horror pobre chica". Entonces, de manera espontánea, creé mi gran obra magistral: Enlazaba a Marc entre mis brazos, le daba un beso y esbozaba la sonrisa más potente que la musculatura de mi cara permitía. Era como decirles: "¡Oiga señor, que este niño es la razón y la alegría de mi vida!". "¡No sufran señoras que me hace muy feliz!". "¿Acaso no se dan cuenta de que es mi hijo?". No, claro que no. Sus miradas no pueden ir más allá de sus prejuicios y de sus miedos.

Ahora me he vuelto más firme y combatiente. He perdido gran parte de la prudencia que me caracterizaba.

Así que, cuando alguien se queda pasmado observando a Marc adopto posición de combate fijando mis pupilas desafiantes sobre la persona que lo mira. ¡Es que ni parpadeo!. Y entonces, la



Chaymae. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

mayoría de las veces, cuando esos ojos se giran hacia los míos, me sonríen. Y yo quedo desarmada, intentando devolver la sonrisa, disimulando como puedo que no es fácil. Y cuando me voy se me escapa la risa por mi desacierto, pero me siento feliz.

Con los años nos convertimos en una especie de expertos sociales para con la discapacidad. Tratamos de analizar este extraño planeta, insistiendo en descubrir cómo cambiar estas miradas y escribiendo páginas que casi nunca tienen final. A veces con fuerza y convicción, a veces con desesperación y desencanto. Muchas veces con la resignación de aceptar una realidad muy difícil de cambiar.

Pero de repente llegan nuevos proyectos, como el de hoy, que nos vuelve a llenar de ilusión.

Cuando desde la escuela nos comunicaron que nuestros hijos e hijas serían los protagonistas de una exposición fotográfica, no pude sentirme más ilusionada y, al mismo tiempo, tuve algo de inquietud. Pero sobre todo me sentí orgullosa de nuestra escuela, de los profesionales que trabajan en ella por atreverse con esta maravillosa aventura. Porque saben que sus alumnos merecen este protagonismo que tantas veces se les está negado. Protagonismo que nuestra extraña sociedad ni se plantea. Gracias por dedicar la vida a educar y enseñar a nuestros hijos e hijas con paciencia y amor y, además, por poner impulso a educar en la tolerancia y la inclusión en el mundo que nos rodea fuera de los límites de la seguridad tranquilizadora de la escuela.

Luego dudé sobre su repercusión. Y, aunque en las reuniones de la escuela y de la AFA nos explicaban que el Ayuntamiento de Barcelona nos apoyaba y que el Distrito de Les Corts se implicaba en el proyecto, una está tan escaldada que pierde la fe. Pero hoy es la tercera vez que



inauguramos nuestra exposición, en tres espacios diferentes. Y me hace tan feliz. La primera fue en la Illa Diagonal y me provocó una sonrisa, porque podría decir que Marc aprendió a caminar por sus pasillos durante los fríos días de invierno. Los últimos en preciosos espacios públicos de Barcelona. Ahora las fotografías están expuestas en la calle, simplemente maravilloso. Y lo más bonito, con proyectos que se hacen realidad. Gracias por no mirar hacia otro lado, ni cerrar los ojos. Gracias por enfocar con otra mirada la discapacidad y colaborar con vuestro esfuerzo para poder mostrarla.

Monica Das Neves. Cuando leí su nombre debo confesar que lo primero que hice fue escribirlo en el buscador de internet. Y bien que hice, porque entonces me convencí de que nadie tan idónea como ella para captar desde el objetivo de su cámara la realidad de nuestros hijos. Visitar su trabajo es viajar a un mundo de realidades diferentes en una misma. Fotografías

de personas que transmiten emociones y sensaciones que traspasan la piel. Adentrarse en sus proyectos fotográficos te transporta al mundo de la tolerancia, donde no importa el dónde, el cuándo, el porqué, el cómo, ni el con quién. Gracias Monica, no sólo por estas maravillosas imágenes, sino por tu enorme generosidad, por tu visión de la vida, por tu modo de procesar el mundo y a todos los que habitamos en él.

No sé, quizá algún día queden enterrados los prejuicios llenos de discriminación e intolerancia y podremos mirar a las personas sin que salten estúpidas alarmas incrustadas en nuestra mente, ni por el género, ni la orientación sexual, ni la religión, ni la clase social, ni el color de la piel, ni las diferentes capacidades, ni...

Pero mientras tanto, intentaremos entre todos ir empujando para conseguir que cada día más personas perciban a nuestros hijos como lo hacemos nosotros, desde "Otra mirada". Gracias.

Trastorns de l'aprenentatge. Educar en la diversitat: Dislèxia

Lucía Mata, M^a José Sánchez, Miquel Balcells

Hospital Universitari Sagrat Cor

Segons estudis de diferents països la prevalença de la dislèxia està entre el 7% i el 15%, i per això en totes les aules hi ha alumnes amb aquesta dificultat.

Els símptomes que pateix el dislèxic canvien segons l'etapa de la vida. La detecció precoç i la sensibilitat del món educatiu són essencials en la bona evolució escolar d'aquests infants per tal que la dislèxia tingui la mínima repercussió.

L'èxit és un terme molt de moda, com ho és el bullying. Un alumne dislèxic, i en cada classe en pot haver-hi al voltant del 10%, pot patir cada dia la por al fracàs, a la befa dels companys, a vegades a la correcció poc encertada de les seves faltes ortogràfiques per part del professor...

També hi ha moments de frustració, en veure que llegir, i per tant escriure i estudiar, els suposa molt més esforç i no obtenen els mateixos resultats numèrics que els seus companys en l'avaluació. Pensar que el seu esforç ningú no el veu i, al contrari, sovint sentir que se'l veu com si fos gandul.

Podem afegir que aquells que han estat diagnosticats, i que els pares s'ho poden permetre, assisteixen a espais educatius per organitzar el seu estudi, que per ells suposa un ajut importantíssim, però, al mateix temps, implica haver d'assistir a una escola més.

L'ansietat i l'angoixa van fent que cada cop sigui més difícil enfrontar-se a l'estudi, a qualsevol examen, a qualsevol exposició pública. Tot això pot derivar en una actitud de procrastinar per tal d'evitar aquesta ansietat. I això encara dificulta més l'avenç en els estudis, en tendir a deixar les tasques per més endavant, deixant que s'acumuli el volum a llegir, sintetitzar, fer resum i repassar el resum, que és el procés que ha de fer el dislèxic.

L'alumne de secundària ja ha millorat en la seva habilitat lectora i utilitza eines pròpies per avançar, però en l'escola i en la vida van sorgint les implicacions del pas per l'adolescència: més pressió pensant en estudis futurs, més competitivitat, més comparació amb els companys. I en l'ESO es dona un altra realitat, i és que les escoles són molt demandants d'apunts de qualitat per part dels alumnes, i s'oblida que un dislèxic té moltes dificultats en escoltar i passar al paper el que està escoltant. Noves dificultats i frustracions a cada pas.

Estem preparats els pares, metges, professors, psicòlegs escolars... per abordar les dificultats i necessitats de cada alumne per tal que sigui feliç? Que no fracassi? Que no s'escurci el seu procés formatiu per incomprensió, ansietat o frustració?

No tot va tan bé, tampoc tan malament

Lucía Mata

La dislèxia és un desordre específic basat en el llenguatge. Es caracteritza per les dificultats de descodificació de les paraules, dificultats degudes a l'estructura neuronal dels dislèxics. Els problemes de lectura inicials, faciliten problemes en l'adquisició de l'expressió escrita i l'ortografia. En cap cas és resultat d'una discapacitat generalitzada del desenvolupament o d'un dèficit sensorial.

Es parla molt de la importància de la detecció i diagnòstic precoç, però penso que molts poden explicar experiències personals, com algunes que aquí expliquem.

En el darrer curs de formació infantil, els pares havíem detectat i comentat dificultats en aprendre a llegir, en aprendre sèries com els dies de la setmana o mesos de l'any, les taules de multiplicar... en un infant amb intel·ligència normal i competent en tots els aspectes de la vida diària. Tot el curs vàrem comentar aquests punts, esmentant que poden ser signes de dislèxia... i no va ser fins a finals de curs –elmes de maig- que ens va citar el psicòleg de l'EPA. En començar va faltar la veritat dient que al nostre fill li havien posat un professor de reforç per aprendre lectura durant tot el curs, sense resultat. De fet, no hi va haver mai aquest professor de reforç. Va afegir que li havien fet un test -sense prèvia informació als pares- i que "malauradament el teu fill tindrà moltes dificultats pel seu cervellet" del que "se'n traurà ben poc profit".

Sortosament, nosaltres ja havíem començat a cercar informació, a cercar una nova escola, i una persona que, durant l'estiu, tractés de què aprengué a llegir. Per cert, el test era un dibuix d'un nen de 5 anys on possiblement hi havia certa immaduresa. Ah! I durant l'estiu, l'alumne va aprendre a llegir amb un professional motivat, i finalment vàrem arribar al diagnòstic de dislèxia. Els pares ja érem conscients que s'havia d'incrementar el suport mentre hagués d'estudiar.

Finalment, va fer la primària a una escola on tots els professors van demostrar perfectament saber en què consisteix educar en la diversitat, personalitzar la formació, no fer judicis de valor, no classificar els alumnes. I les qualificacions van ser força bones, millors de les esperades per un noi amb dislèxia. El més important de tot, el noi va ser feliç cada dia, tots els cursos.

Però, l'ESO va significar canvi d'escola. Després de visitar gran nombre de centres vàrem optar per una escola concertada, amb molt bones valoracions i sensacions. El propi alumne va considerar que l'ordre i organització que publicitava li seria d'utilitat en les seves dificultats. Era molt bona escola, però vàrem

comprovar que, juntament amb certa supèrbia enfront dels pares, hi havia poca elasticitat i adaptabilitat als alumnes en particular i ben poc compliment de les recomanacions específiques per a dislèxies.

El primer curs, la primera setmana, unes redaccions fetes en català van retornar a casa amb quasi totes les paraules encerclades en retolador vermell, i signes d'exclamació remarcant que eren faltes molt greus... això va succeir en varies ocasions; en exàmens tipus test, on la recomanació per la dislèxia és que no hi hagin preguntes de doble direcció, o en negatiu, sempre hi havien preguntes d'aquest tipus.

Es feien llegir tres llibres trimestralment, un en català, un en castellà i un en anglès. Una recomanació clara és que les persones que pateixen dislèxia no s'esgotin llegint, i tenint en compte que els costa quatre cops més de temps, es recomana fer un 25% de lectures i fer-ho amb llibres resumits. Mai es va contemplar aquest punt, així que vàrem cercar versions resumides o vàrem resumir nosaltres, els pares, la majoria dels llibres.

A tercer d'ESO, encara assistia dues hores setmanals a un centre de rehabilitació de la dislèxia on va millorar molt la mecànica lectora i l'escriptura, ja que la comprensió sempre va ser prou bona. Doncs bé, el tutor d'aquell curs li va dir que tenia una mare molt pesada, i que en lloc d'estudiar o fer deures cada tarda i d'anar al centre, mirés de divertir-se i que si calia fumar o beure per divertir-se quan un és jove, és el que s'ha de fer. Els pares ho vàrem saber per que vàrem detectar reticències en el nostre fill i el mateix tutor ens va explicar aquesta conversa, amb gran orgull...

Amb aquestes "anècdotes" només es vol mostrar les dificultats que suposa tenir un trastorn de l'aprenentatge. Potser és comprensible l'actitud de les escoles envers la motivació dels alumnes estàndard, però no es pot desestimar o estigmatitzar alumnes que requereixen més empatia, respecte als seus *tempus*, més suport i comprensió; s'haurien de mesurar molt els missatges suposadament motivadors a l'esforç. Són més efectius el comentaris encoratjadors, positivitzant capacitats o competències. Cal alimentar l'autoestima de cadascú segons la seva personalitat i necessitats.

Sortosament això no succeeix sempre, ni en tots els llocs, però cal que tots els professionals de l'educació, sanitat, psicologia, temps de lleure, aprenguem a diferenciar cada cas i intentem saber i comprendre més.

Cal valorar la competència pràctica i diària abans que la nota numèrica en alguns continguts, i visualitzar les competències en les quals serà més autònom cada alumne. Més encara en moments de final de cicles formatius, on l'alumne rep molta més pressió i on juguem amb la seva continuïtat en el món formatiu i, per tant, el futur laboral.

Exclusions invisibles

Jordi Lobo

Pedagog Terapeuta i Logopeda Escola Moragas

Sobre l'escola inclusiva, m'agradaria parlar de molts i molts aspectes: de les polítiques i planificacions, de la necessitat d'un pacte d'Estat per a l'Educació que pugui garantir contextos sòlids, duradors i consistents, de la conveniència d'establir xarxes i actuacions col·laboratives entre diferents estaments, de la bondat per a uns i altres, dels punts forts, dels punts febles, etc.

Però, avui he preferit parlar d'un tema que m'apassiona! Reflexionar sobre algunes situacions que es poden donar en algunes pràctiques de l'anomenada escola inclusiva i que poden comportar exclusions invisibles, (tal com defineix Gerardo Echeita en el seu article "*Ojos que no ven, corazón que no siente. Cuando los procesos de exclusión escolar se vuelven invisibles*").

Fetes aquestes consideracions, entrem a comentar; a compartir, algunes reflexions de diferents situacions que es poden donar en pràctiques de l'anomenada escola inclusiva.

Em refereixo a la NO detecció en algunes ocasions, del que en Gerardo Echeita anomena les *exclusions invisibles* i de les seves conseqüències pels alumnes amb vulnerabilitat. Em refereixo a la percepció i cura de l'impacte emocional que suposa per a una persona, no poder compartir vida amb "iguals". I que vull dir amb "iguals"? Vull dir relacions amb qui el Principi de Reciprocitat (la imatge que l'altre em retorna de mi) sigui generadora de benestar emocional, complicitat i de plenitud amb l'altre; baula fonamental per a la construcció de la identitat.

Des del principi de la vida, la identitat es va construint, entre altres aspectes, amb aquest principi de reciprocitat; per "la imatge que tu em tornes de mi" (mare/nadó).

Quan aquest retorn en contextos bàsics de socialització (com és l'escola) és un continu: no ho sé!, no ho entenc!, no ho comprenc!, no puc!, aquells temuts "què?" com?, a on?, quan?, per què?, etc. la identitat, en les etapes elementals de construcció de conceptes, de coneixement i d'evolució psicològica, i sobretot en l'etapa de l'adolescència, queda profundament condicionada, ferida i llavors és quan apareixen les fugides, les desconexions, les conductes disruptives, l'EXCLUSIÓ!

Bé... aquestes Exclusions invisibles, (Antoine de Saint-Exupéry deia "el que és essencial és invisible als ulls") són al meu entendre, el que dificulten practiques inclusives exitoses, reeixides i adequades. És per això que és tan important poder oferir situacions de vida, activitats i relacions amb *iguals*!! I acabo, reiterant el principi, per mi fonamental, que té a veure amb no confondre igualtat amb equitat:



Ainhoa. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

No hi ha pitjor desigualtat que tractar igual la diferència.

Aquestes reflexions no són un no voler pensar nous reptes i nous models (des de l'any 1940, el centre on treballo -Escola Moragas- ho estem fent contínuament!), són un toc d'alerta a no perdre algunes conquestes!! Un toc d'alerta per visualitzar aspectes profunds que no sempre estan a la "superfície" i que, al meu entendre, tenen a veure amb els drets de les persones amb discapacitat intel·lectual a tenir reptes educatius i propostes d'activitats escolars en sintonia amb les seves necessitats, no amb la dels altres; a poder construir un Projecte de Vida Propi.

En definitiva, crec que tenir en compte tot el que he intentat compartir, és col·laborar a construir un món més respectuós amb la diversitat, a garantir drets i facilitar vida amb plena de dignitat.

BIBLIOGRAFIA

Lobo J. Reflexions sobre situacions que es poden donar en algunes pràctiques d'escola inclusiva. Exclusions invisibles [Internet]. Rosa Sensat. 2022 [citad 22 Sep 2023]. Disponible a: <https://www.rosasensat.org/reflexions-sobre-situacions-que-es-poden-donar-en-algunes-practiques-descola-inclusiva-exclusions-invisibles/>

Echeita Sarrionandia G. Ojos que no ven corazón que no siente. Cuando los procesos de exclusión escolar se vuelven invisibles. En: Verdugo Alonso MA, Jordán de Urríes Vega FB (coord.). Rompiendo inercias: claves para avanzar. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca: Amaru; 2006; p. 216-29.

La información no escrita: consumo de sustancias no prescritas

La informació no escrita: consum de substàncies no prescrites

Unwritten information: use of non-prescribed substances

Marina Vélez^{a,b}, Alessio Scapati, Álvaro Soriano, Davide Ianello, Jordi Delás^a, Himalaya Vallejo, María Martínez^c, Miquel Corominas, Marina Tort, Nacho Roselló^b, Nico Piñeiro, Pedro Ortiz, Rafa Clúa, Sofía Moreira^b.

^aDepartamento de Medicina. Hospital Universitari Sagrat Cor, Grup Quironsalud.

^bUniversitat de Barcelona.

^cHospital Clínic i Provincial de Barcelona.

RESUMEN

Introducción y Objetivo. El abuso de sustancias es un hábito desadaptativo debido a su ilegalidad y ello conlleva riesgos y consecuencias. En los últimos años, se ha producido un aumento del consumo de anfetaminas y drogas inhaladas. Hasta la fecha, los estudios realizados se centran solamente en las consecuencias más directas del consumo de drogas y sus efectos, descuidando características importantes de la vida y el contexto de los usuarios. Esta revisión pretende ampliar el conocimiento de los datos no publicados, entrevistando a expertos que trabajan en primera línea en las diferentes perspectivas relacionadas con el consumo, teniendo en cuenta el material inyectable e inhalado.

Material y método. Se han realizado 13 entrevistas: médico de medicina interna, médica de medicina interna especializada en enfermedades infecciosas, enfermera, educadora social, educador social, educador social y psicólogo, usuario, sociólogo, antropólogo, experto en anfetaminas y cannabis, experta en anfetaminas, arquitecto y catedrático de urbanismo.

Resultados. El pragmatismo médico, que se centra en la atención médica y la resolución de problemas, prioriza los problemas de conducta, evitando sanciones y pendiente de la relación médico-paciente. Es imprescindible dejar atrás la política de mínimos, por lo que podrían plantearse excelentes cuestiones como el tratamiento del VIH y el VHC; el desarrollo personal, creativo y autónomo.

Conclusión. Solamente la asistencia médica y social puede rivalizar con el mercado ilícito. Es importante mantener una perspectiva de género amplia y multidisciplinar a la hora de abordar la cuestión.

RESUM

Introducció i Objectiu. L'abús de substàncies és un hàbit desadaptatiu a causa de la seva il·legalitat i això comporta riscos i conseqüències. Els darrers anys s'ha produït un augment del consum d'amfetamines i drogues

Palabras clave: Ciudades; Drogadicción / epidemiología; Metadona /uso terapéutico; Psicotrópicos /efectos adversos; Tráfico de drogas.

Paraules clau: Ciutats; Drogadicció / epidemiologia; Metadona /ús terapèutic; Psicofàrmacs /efectes adversos; Tràfic de drogues.

Keywords: Cities; Drug Trafficking; Methadone / therapeutic use; Psychotropic Drugs / adverse effects; Substance-Related Disorders / epidemiology.

Recibido: 9-enero-2023

Aceptado: 2-marzo-2023

Correspondencia: mvelezmi7@alumnes.ub.edu

Vélez M, Scapati A, Soriano A, Ianello D, Vallejo H, Delás J, Martínez M, Tort M, Corominas M, Roselló N, Piñeiro N, Ortiz P, Clúa R, Moreira S. La información no escrita: consumo de sustancias no prescritas. *Ann Sagrat Cor.* 2023; 30(2): 68-76

inhalades. Fins ara, els estudis realitzats se centren només en les conseqüències més directes del consum de drogues i els seus efectes, descuidant característiques importants de la vida i el context dels usuaris. Aquesta revisió pretén ampliar el coneixement de les dades no publicades entrevistant experts que treballen a primera línia en les diferents perspectives relacionades amb el consum, tenint en compte el material inyectable i inhalat.

Material i mètode. S'han fet 13 entrevistes: metge de medicina interna, metgessa de medicina interna especialitzada en malalties infeccioses, infermera, educadora social, educador social, educador social i psicòleg, usuari, sociòleg, antropòleg, expert en amfetamines i cannabis, experta en amfetamines, arquitecte i catedràtic d'urbanisme.

Resultats. El pragmatisme mèdic, centrat en l'atenció mèdica i la resolució de problemes, prioritza els problemes de conducta, evitant sancions i pendent de la relació metge-pacient. És imprescindible deixar enrere la política de mínims, i això permetria plantejar-se excel·lents qüestions com el tractament del VIH i el VHC; el desenvolupament personal, creatiu i autònom.

Conclusió. Només l'assistència mèdica i social pot rivalitzar amb el mercat il·lícit. És important mantenir una perspectiva de gènere àmplia i multidisciplinària a l'hora d'abordar la qüestió.

ABSTRACT

Introduction and Objective. Substance abuse is a maladaptive habit due to its illegality, and precisely this entails risks and consequences. In recent years there has been an increase in the use of amphetamines and inhaled drugs. To date, studies have focused only on the most direct consequences of drug abuse and its effects, neglecting important features of users' lives and context. This review aims to expand the knowledge of unpublished data by interviewing experts working at the front line in the different perspectives related to consumption, taking into account injectable and inhaled material.

Material and method. Thirteen interviews were conducted: internist physician, internist physician specializing in infectious diseases, nurse, social educator, social educator, psychologist and social educator, user, sociologist, anthropologist, expert in amphetamines and cannabis, expert in amphetamines, architect, and professor of urban planning.

Results. Medical pragmatism, focused on medical care and problem solving, prioritizes behavioral problems, avoiding sanctions and pending the doctor-patient relationship. It is essential to leave behind the policy of minimums, which will allow raising issues of excellence such as HIV and HCV treatment; personal, creative and autonomous development.

Conclusion. Only medical and social care can rival the illicit market. It is important to maintain a broad and multidisciplinary gender perspective in addressing the issue.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas no prescritas se engloba en un marco de ilegalidad y clandestinidad que condiciona un uso marginal, un mercado no regulado y unos riesgos derivados, que genera una condición de vulnerabilidad de los usuarios [1]. El uso marginal aumenta las situaciones de riesgo por desinformación, mal uso y dificultad de acceso a los recursos existentes. El mercado no regulado, mercado negro, ofrece mercancía sin garantías ni control [2].

Por parte de la sociedad, existe un rechazo y un estigma que favorece tratar el consumo como un tema tabú del que se evita hablar y no interesa publicar. Esto potencia la clandestinidad y desinformación [3]. Si esta evitación se lleva a cabo desde la atención sanitaria, la dejación de funciones provoca una atención sesgada desde ámbitos policiales o exclusivamente educativos y sociales, sin las habituales características de rigor y pragmatismo de las ciencias de la salud.

La clandestinidad dificulta obtener información certera del tipo y vía de consumo de los usuarios, patrones, preferencias y opinión sobre los servicios asistenciales y su funcionamiento.

La fuente fidedigna es la diversidad de usuarios, mientras que las fórmulas habituales de documentación son los consumidores atendidos en urgencias, o en su demanda de atención a causa de su consumo, con lo que la información está sesgada [4].

Los programas asistenciales vigentes analizan la información recibida y la devuelven a los usuarios con argumentos contrastados. Esto ha aumentado el conocimiento sobre higiene, enfermedades infecciosas y atención a las sobredosis. Sin embargo, a pesar de los programas de reducción de daños y de su ampliación a lo largo de los años [4,5] un porcentaje importante de consumidores adictos a drogas vía parenteral (ADVP) continúan con prácticas de riesgo [6] Se estima que, entre los usuarios de centros de reducción de

daños (CRD), el 30% comparte jeringuillas, más del 50% comparte otros utensilios y solo un 20% hace un uso frecuente de las salas de consumo higiénico (SCH) [7,8].

Actualmente, la utilización de drogas por vía parenteral es la segunda causa de contagio de VIH en los nuevos diagnósticos tanto en hombres (33,6%) como mujeres (25,2%) [9]. El número de sobredosis ha sufrido un descenso de 2011 a 2016, quedando estabilizado desde entonces en unos 330 fallecidos por año en España [9]. Permanecen creencias erróneas, lo que explica la persistencia de prácticas de riesgo y sugiere la parcial eficacia de los proyectos [11]. Al ser los consumidores una población de mayor riesgo, es esperable que los profesionales sanitarios entren en contacto con este perfil de pacientes. Dependiendo de la especialidad, el contacto será inherente a la misma o esporádico. Sin embargo, como parte de la sociedad, los profesionales no están exentos de prejuicios, rechazo hacia los usuarios, que en ocasiones influyen y dificultan la correcta práctica clínica. Son diversos los estudios sobre los efectos biológicos de las drogas, la adicción y tolerancia que generan [11]. También sobre los riesgos directos del consumo, sobredosis, alteraciones psiquiátricas, infecciones asociadas [12-14].

El objetivo principal del trabajo es ampliar el conocimiento existente sobre la situación real de los usuarios, utilizando una perspectiva amplia, global y multidisciplinar. Además, se pretende incentivar un abordaje del tema distinto del más habitual y animar a aumentar las publicaciones sobre consumo de drogas con los usuarios como centro de la investigación [11,15]. Con ello se pretende mejorar el conocimiento y la formación de los profesionales sanitarios, a para una mejor atención al usuario [15-17].

Trataremos las salas de consumo. La primera sala de consumo supervisado de droga abrió sus puertas en Berna (Suiza) en junio de 1986. En Barcelona, la primera surgió en Can Tunis

2003 [18]. Aunque existe notable bibliografía previa, [4,5, 19-23] a diario se muestran aspectos novedosos.

En los últimos años, y tras la aparición y expansión de nuevas drogas (estimulantes), el policonsumo es la norma [24-28]. Se define Chemsex como el uso intencional de drogas para prolongar y potenciar las relaciones sexuales, más frecuente entre el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres [28-30]. Y otra práctica que se ha incrementado es la utilización de la metadona para uso oral, consumida por vía intravenosa, considerada más placentera [31-32]

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión narrativa a partir de Pubmed que abarca el periodo comprendido de 1993 hasta 2022 completada por información obtenida de personas conocedoras del tema, seleccionados por su profesión.

Se han realizado 13 entrevistas: médico de medicina interna, médica de medicina interna especializada en enfermedades infecciosas, enfermera, educadora social, educador social, educador social y psicólogo, usuario, sociólogo, antropólogo, experto en anfetaminas y cannabis, experta en anfetaminas, arquitecto y catedrático de urbanismo. Todos estos participantes tienen carácter de coautores.

Todos ellos forman parte de un proyecto mayor común dirigido a aumentar la información disponible sobre aspectos no bien conocidos de las drogodependencias.

RESULTADOS

Material de consumo

[Entrevista con Rafa Clúa, Antropólogo]

El consumo intravenoso se realiza con agujas y jeringas de insulina o de test de tuberculina, junto con otros materiales que se distribuyen en forma de paquetes gratuitos de inyección [33].

El papel de plata o papel de aluminio se entrega gratuitamente, mientras que algunos centros entregan gratuitamente las pipas y en otros se pagan.

La principal forma de acceso al material de consumo es a partir de los programas de distribución de jeringas, subvencionados y gratuitos para los usuarios que se entregan en centros de atención a consumidores y también a farmacias. En estos mismos puntos se recoge el material usado. Completa la prevención de riesgos, la entrega de preservativos y lubricantes.

Salas de consumo higiénico (SCH)

[Entrevista con Himalaya Vallejo, Enfermera]

Inicialmente, la actividad de los profesionales consistía en preparar a los usuarios para el

consumo, a partir de aconsejar sobre prácticas más seguras y combatir mitos. En la década de los 2000, aparece en España la posibilidad de supervisar el mismo consumo, a través de las SCH. Aunque nacen con el espíritu de acompañar, supervisar, proteger y dar independencia a los usuarios, actualmente se dan contradicciones. Se han reducido horarios hasta cerrar las noches y, algunas, los fines de semana. No en todas las sustancias se puede consumir cualquier sustancia. Recientemente, se está aceptando el consumo de metadona inyectada.

Los consumidores de heroína son los más habituales y los que más se benefician porque la sala está más adaptada a este consumo (función inicial) y los pisos para consumo de opiáceos son más inhóspitos. En general, a la sala va el usuario que no puede consumir en otro sitio, cuya alternativa es la calle.

El personal de enfermería asesora sobre cómo pinchar, potenciando la autonomía, importante especialmente en mujeres, que a menudo no saben pincharse y están supeditadas a hombres que se aprovechan a cambio de diversas prestaciones.

Existe la práctica de "Ayuda a la recerca de la vena", idea surgida en Cataluña y con no poco debate entre la propia profesión de enfermería, pero que se realiza actualmente en todas las SCH. Consiste en que sea el personal de enfermería quien busca venas de difícil acceso y que pueda llegar a pincharla, pero nunca se administra la droga. Esto siempre debe de hacerlo el usuario.

Los usuarios son críticos, especialmente con la destreza práctica de los profesionales. Refieren diversos problemas de las salas: forman parte del sistema, hacia el que sienten rechazo porque les ha rechazado. Son pequeñas, resultan agobiantes y desagradables, especialmente para el consumo de estimulantes y, por último, el trato cambia mucho dependiendo del profesional y en ocasiones refieren ser mal tratados, con falta de profesionalidad.

Consumo por vía parenteral

Desde enfermería se hará hincapié en una correcta canalización del acceso venoso, explicando los siguientes puntos clave:

- Previa higiene de manos.
- Material estéril, previamente entregado por el personal, que evite un riesgo de enfermedades de contagio e infecciones al compartirlo o reutilizarlo (Ver Anexo 5).
- Elección de la vena y zona de punción, explicando que las extremidades superiores son el lugar de primera elección, seguidas de las extremidades inferiores, de la yugular y la femoral. Estas dos últimas se deben evitar al ser venas de gran calibre, por un mayor riesgo de hemorragia e infección.
- Desinfectar la zona de punción, manteniendo un mínimo de normas de asepsia, evitando así la entrada de microorganismos al organismo.
- Realización de un buen torniquete, utilizando un smarch (preferiblemente una cinta hemos-

tática), evitando hacer nudos y una compresión excesiva que compliquen su retirada.

- Comprobar canalización correcta realizando una aspiración previa a la inyección de la sustancia para cerciorarse del acceso venoso y así evitar una extravasación de la sustancia.
- En caso de que el usuario no pueda realizar esta técnica de forma correcta, se ofrecerá la asistencia por parte del profesional de enfermería en la canalización del acceso venoso. Esto será siempre como segunda opción después de haber realizado una educación sanitaria correcta que proporciona al usuario una autonomía en la práctica de la inyección.
- Otros motivos por los cuales se ofrecerá realizar esta práctica serán una dificultad física, ansiedad ante la venopunción, usuarios no habituados a la técnica y presencia de venas deterioradas, que dificulten el acceso y aumenten la posibilidad de extravasación [4].
- Desde 1993 hasta 2022, ninguna sala del mundo ha comunicado una muerte por consumo.

Otros espacios

[Entrevista con Álvaro Soriano y Marina Tort, educadores sociales]

En los centros de atención a consumidores activos hay zonas de "club" o "calor y café", donde los usuarios pueden descansar y tomar alguna ligera alimentación.

Los límites son tres: violencia hacia personas y objetos, consumo en el resto de espacios y tráfico. Traspasarlos conlleva castigos graves. La sanción más grave es la expulsión definitiva, incluso de la sala de consumo.

Otras expulsiones pueden ser del centro o solo de la zona de descanso. El incumplimiento de normas de higiene y orden básicas es el motivo más frecuente de castigo. A pesar de ser un recurso útil, deberían emplearse alternativas para mejorar el comportamiento, solo tiene sentido el castigo si es educativo. La visión de castigo es diferente desde la perspectiva sanitaria, ya que es imprescindible el contacto con el paciente para su atención, centrada en solucionar problemas.

Pisos de consumo

[Entrevista con Alessio Scapati, usuario]

Surgen a partir de los vendedores por la necesidad de tener espacios de venta fuera de la calle. Algunos argumentos para su utilización derivan de que no siempre están disponibles las salas y se puede preferir un entorno de consumo más libre.

Los tipos de piso de consumo son diversos. Dependen del dueño, la droga consumida, la vía, los consumidores y el contexto. Las normas son impuestas por quien lo regenta y cambian de uno a otro.

Existen importantes diferencias entre pisos de consumo de opiáceos y de anfetaminas. Para en-

trar por primera vez en un piso suele ser necesario ir acompañado por otro consumidor que haya estado antes.

Mercado ilícito versus mercado lícito

[Entrevista con Rafa Clúa, antropólogo y Davide Ianello, sociólogo]

Al no estar controlado ni sujeto a ningún marco legal, funciona por autorregulación libre. Se vende todo aquello que se quiera consumir, como se necesite y al precio que se pueda pagar, dependiendo del nivel económico del consumidor y, en los consumidores con bajo nivel, del dinero que hayan recaudado ese día. Es decir, se adapta al consumidor para afianzarlo como comprador.

La única alternativa al mercado ilícito es en el mercado lícito desde la atención social y sanitaria. Si este mercado avanza y se expande, se lleva parte del ilegal, pero cuando recibe trabas, se está enviando usuarios al mercado ilícito.

En cuanto a la cadena de compra/venta, funciona como un mercado normal, más barato al por mayor que al por menor. Para calcular el precio de las sustancias más consumidas funciona la "regla de los 60 euros", que es lo que vale un gramo. Funciona para anfetaminas, cocaína y heroína, y se ha mantenido estable durante 20 años.

Los vendedores al por menor son los propios usuarios, porque proporciona dinero y consumo gratuito. Se distinguen dos niveles de vendedores-consumidores: con sitio donde vender (menor riesgo, más ventas, más beneficio y venta estable y mantenida) y el que no tiene, se mueve con la mercancía y vende en la calle (menor beneficio, más riesgo). Por tanto, todos los consumidores habituales son vendedores ocasionales. Hay quien incluso lo considera como un sistema de ayuda mutua.

Policonsumo

[Entrevista con Sofía Moreira y Nacho Roselló, expertos en anfetaminas]

En la actualidad, la droga que ha sufrido mayor incremento son las metanfetaminas, principalmente por vía inhalada, seguidas de la cocaína. Los motivos más repetidos para el consumo son estar activo, aguantar el trabajo, buscar alivio y socializar. El consumo de Cannabis, mayoritario en otros entornos, en el entorno del consumo más deprimido, toma un papel más secundario como sustitutivo o para conseguir dormir o lograr un control emocional junto al consumo de anfetaminas. La aparición de las nuevas drogas ha sido similar al inicio de la heroína. Hubo una falsa creencia de ausencia de riesgo que incentivó el consumo y, cuando se vieron los efectos, muchos consumidores ya estaban enganchados.

Los efectos adversos del consumo prolongado de metanfetaminas (desinhibición, ansiedad) se vuelven una constante en los usuarios, au-

mentando el estigma de personas agresivas o complicadas, cuando en realidad es un efecto adverso.

Para entender por qué se produce el policonsumo, hay que entender cómo funciona el ciclo de consumo en los usuarios, especialmente entre los consumidores de opiáceos. Desde el momento en el que se levanta, el consumidor crónico tiene por objetivo, acceder a las dosis diarias ya para no sufrir síndrome de abstinencia o para acceder al bienestar que la sustancia le aporta.

Para ello existen diferentes opciones, que elegirán en función de la situación en la que se encuentren ese día (Figura 1).

Si la persona está en tratamiento y metadona o psicofármacos son efectivos, no hay modificaciones con consumo no prescrito.

Si la persona cuenta con dinero suficiente, recurre a una dosis en el mercado negro de una o dos sustancias. No suele haber policonsumo.

Pero si, el dinero no es suficiente y la opción de tratamiento prescrito no es suficiente o no la deseada, se recurre a sustitutivos considerados baratos: alcohol, cánnabis, psicofármacos, dosis bajas de diferentes sustancias que llevan a un nuevo frecuente consumo diario. De esta forma, el consumo de un usuario varía en función de lo que puedan conseguir y de lo que prefiera. Suelen consumir distintas drogas e ir cambiando, tanto por días como por etapas de la vida.

La individualización de las personas, lleva a contemplar el uso de drogas como autotratamiento, a fin de intentar mejorar su situación basal o su estado de salud, si bien de forma más o menos aceptada. La tendencia existe y se hace necesario un diálogo y acompañamiento también en esta reflexión y conducta.

Chemsex

[Entrevista con María Martínez Rebollar, médica, especialista en VIH y Chemsex]

Con el consumo de drogas vinculado a las relaciones sexuales, el chemsex, se evidencia una tendencia donde participan usuarios de clases altas con consumidores en situación socialmen-

te deprimida. Relacionable con la contratación de prostitución masculina.

Comenzó a detectarse partir del 2010 por algunas organizaciones de usuarios, aunque no se comenzó a publicar y tener conocimiento real hasta 2015. Desde entonces, ha ido aumentando el conocimiento sobre este fenómeno de forma exponencial. Se observa una relación de riesgo bidireccional con el VIH. Más uso de chemsex en VIH+ y mayor riesgo de contagio. Además, está asociado a prácticas sexuales de alto riesgo, con más infecciones de transmisión sexual y policonsumo.

Se utilizan diferentes drogas de uso generalizado (cocaína y éxtasis) con otras propias del chemsex (mefedrona, GHB, metanfetamina, poppers, sildenafil). Se propicia la mezcla de estimulantes (buscando aumentar la duración de las relaciones) y sustancias disociativas o depresoras(que evaden).

Puede variar según la zona geográfica, pero suele ser mayoritario el consumo vía oral o inhalado, con incremento reciente de la vía intravenosa (*slamming* o *slamsex*). El colectivo de los hombres que tienen relaciones con hombres, por tener una sexualidad disidente, es un grupo más vulnerable y en el que se ha descrito mayor tendencia a problemas de salud mental, consumo y prácticas de riesgo.

Esta situación ha creado una comunidad, con un argot propio y un cambio en su socialización. Las redes sociales han jugado un papel importante en la expansión de la tendencia, dado que facilitan el acceso, dan inmediatez, permiten perfilar características y conseguir las sustancias.

Tiene un impacto en varias esperas: sexual, salud mental y riesgo biosocial. Hay que entender que el consumo no hace que haya un problema, sino que todo el conjunto de factores supone un riesgo de que lo haya. Se debe individualizar cuál es el nivel de riesgo en cada caso y tenerlo en cuenta en la práctica. Siempre un diferente perfil supondrá un diferente riesgo. También influyen en el riesgo y la evolución las motivaciones de la práctica, dependiendo de si son positivas (disfrutar, experimentar) o negativas (homofobia internalizada, baja autoestima).



Figura 1. Ciclo vital diario de un consumidor habitual

Metadona inyectada

[Entrevista con Jordi Delás, médico internista]

En 2017, los profesionales de las SCH y de los centros de distribución de jeringas comenzaron a detectar una tendencia a mayor volumen (10-20 cc) de las jeringas solicitadas por los usuarios con la finalidad de inyectar la metadona propuesta para consumo oral.

A diferencia de la heroína, a la que se añade agua previa a la inyección para diluirla, la metadona ya va muy diluida, por lo que las cantidades que se necesitan inyectar son mucho mayores y se necesita ejercer más presión para que entre en la vena. Por eso se pedían jeringas de mayor volumen, para facilitar la punción. Sin embargo, se observó que había usuarios capaces de inyectarla incluso con las jeringas habituales.

Habitualmente, la dilución de la metadona es en zumo o agua corriente, dado que está destinada al consumo vía oral, por lo que el consumo inyectado aumenta los riesgos y problemas derivados.

En algunas salas, tras descubrir esta tendencia, se decidió asumirla y continuar con la supervisión durante el consumo. Permitir la inyección de metadona y adaptar el material entregado a los usuarios.

Otra tendencia es intervenir en el circuito de la metadona con el fin de dificultar el consumo y disuadir a los usuarios (Figura 2). Esta reacción encaja dentro de la gestión denominada "guerra contra las drogas", referida al conjunto de medidas y castigos que el sistema toma en torno a las drogas.

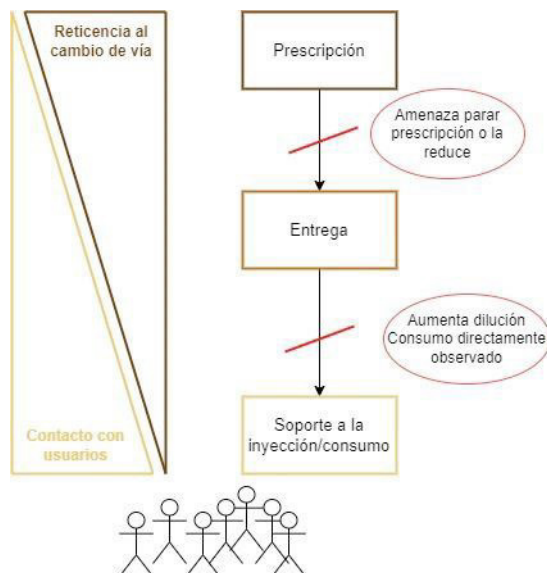


Figura 2. Circuito de la metadona, relación entre profesionales y usuarios y medidas adoptadas frente al consumo inyectado

Existen dos motivos principales para el consumo de la metadona intravenosa y no oral. Por un lado, obtener mayor subida/placer y, por otro, evitar el sufrimiento. Con esto, los usuarios

transforman un medicamento sustitutivo en un flash placentero, convirtiéndola en una droga placentera de acceso gratuito.

Urbanismo y vivienda

[Entrevista con Pedro Ortiz, arquitecto y Miquel Corominas, Catedrático de Urbanismo]

Las personas sin techo padecen mayor riesgo de policonsumo, enfermedades, violencia y todo tipo de abusos. A su vez, los usuarios son un colectivo con mayor riesgo de ser personas sin hogar. El urbanismo de las ciudades y su planificación influyen mucho en la organización, distribución y patrones de movilidad de los usuarios.

La tendencia urbanística actual emplea medidas reduccionistas que buscan hacer la ciudad más incómoda. Además, ha aumentado la presión para disminuir el consumo en la calle, tanto por la policía como por los equipos comunitarios que trabajan en la calle. Esto desplaza a los usuarios, los vuelve más itinerantes y los aleja del centro de la ciudad. Por otro lado, los lugares que atienden a los usuarios son edificios adaptados, no creados para este fin. Esta diferencia es importante en los albergues, ya que provoca que no cumplan con las particulares necesidades y expectativas de los usuarios.

Profesionales del urbanismo proponen soluciones que se articulan en la idea de espacios de habitabilidad transitoria, algo existente en el mundo de la arquitectura, pero que no se contempla en los planes urbanísticos de las ordenanzas municipales. Se necesita resolver la regulación, la parte técnica del diseño y la logística de dónde situarlos (Ortiz).

Respecto a la parte técnica, no hay ninguna limitación y existen diversas opciones. Como base, se propone contar con un diseño prefabricado y replicable en diferentes lugares con pequeñas modificaciones, permitiendo ahorrar futuros diseños. Cabe ajustar más el precio si se adapta la normativa de condiciones de habitabilidad.

En este trabajo, se plantea el diseño original de un modelo básico de vivienda temporal a base de módulos (Figura 3). A partir de este diseño, se podría plantear añadir otros servicios y complejizarlo. La ventaja de los módulos reside en que son dispersables, lo que favorece la aceptación vecinal y la integración en el barrio.

En cuanto al espacio a utilizar, existen diferentes opciones y modelos. Espacios privados mediante acuerdos, espacios con un uso diferente que puedan asumir este añadido o espacios sin uso. Los ayuntamientos cuentan con suelo no utilizado, distribuido por la ciudad (Ortiz).

Por tanto, no es un problema técnico ni logístico, ni siquiera económico, sino de voluntad.

Diferencias de género

[Entrevista con Davide Iannello, sociólogo, y Nico Piñeiro, educador social y psicólogo]

Existen evidentes diferencias sociales que afectan a nivel económico, cultural y suponen di-



Figura 3. Diseño de vivienda temporal para usuarios. Módulos periféricos individuales (modelo A con baño integrado, B sin baño), con módulo central de almacenamiento y cámara higiénica. (Ortiz)

ficultades y riesgos diferentes, que se acentúan al vivir en la calle o en albergues. Son las mujeres las que se ven más afectadas y perjudicadas por esta desigualdad. Los recursos exclusivos para mujeres, continúan siendo insuficientes. De acuerdo a las estadísticas, consumen más los hombres que las mujeres. Sin embargo, el consumo de las mujeres está más invisibilizado. Normalmente, las mujeres tienen más estrategias de ocultación, de adaptación y por parte del entorno suele invisibilizarse más, por lo que permanece oculto y es desconocido en muchos casos.

Las mujeres tienden a evitar la vía intravenosa por ser más agresiva. Buscan algo menos agresivo con su cuerpo en la concepción de tener que cuidar su cuerpo, tenerlo presente y valorarlo.

También hay diferencias en los motivos por los que utilizan la vía inyectada, siendo dos los motivos principales en las mujeres:

1. Causa romántica: rol de poder. El hombre es consumidor y por compartirlo como pareja la mujer comienza a utilizar esta vía. Es el hombre quien le pincha, (la mujer no sabe) para "cuidarla", como un ritual romántico.
2. Causa de devaluación: cuando su cuerpo ha sido atacado, utilizado y maltratado de forma repetida, la mujer acaba cambiando la percepción, su cuerpo no vale nada. Puede llegar a haber una disociación con

el cuerpo. También puede haber rabia contra el mismo y la inyección es una forma de castigo y de maltrato, pero propio y controlado por una misma (les otorga algo de poder sobre sí mismas).

Ante los abusos, a menudo se da una situación en la que las mujeres no los identifican como tales.

DISCUSIÓN

Uno de los programas más utilizados es la distribución de jeringas y otros materiales de consumo. Se observa cómo ha sido capaz de adaptarse el material entregado a la deriva de la vía del consumo, hacia el aumento de la vía inhalada.

Las salas no han sido capaces de adaptarse al cambio, siendo minoritarias en el uso de consumo inhalado, por no estar preparadas para esta vía de consumo.

Se hace necesaria una discusión sobre métodos y protocolos que contemplen contemplar la convivencia sin tener que recurrir siempre a los castigos y la privación de los usuarios de los espacios a los que tienen acceso, ya que son uno de los pocos lugares a los que pueden acudir.

En los pisos de consumo es más difícil que se cumplan las recomendaciones y además son puntos de venta, con lo que se favorece el mercado. Todas las medidas que dificultan el consumo en el

entorno sanitario redirigen los usuarios hacia el mercado ilícito, haciendo que aumente cada vez más, ya que funciona como un negocio capaz de adaptarse a todas las necesidades de los usuarios.

Se hace necesario potenciar el mercado lícito frente al ilícito, para atraer a los usuarios hacia el sistema sanitario, entendiendo lo que necesitan y ofertándolo, para que no se sientan rechazados y se les pueda ayudar con una perspectiva autónoma y no paternalista.

Un ejemplo claro aparece en la gestión del cambio hacia la metadona inyectada, en el que se puede seguir supervisando su consumo o continuar con el modelo de castigo que propicia un consumo oculto, sin apoyo.

Afrontar la realidad de las drogodependencias pasa por dignificar y cumplir con el derecho a la vivienda. El consumo es solo una parte de la realidad de los usuarios, que deben entenderse como individuos complejos en un entorno y un contexto social.

Para tomar medidas y soluciones adecuadas desde el sistema y realizar una buena atención al usuario, el primer paso consiste en recopilar información veraz y contrastada que refleje la realidad de la calle, actualizada y con perspectiva amplia y de género, recordando siempre las diferencias que hay entre usuarios y usuarias y la necesidad de adecuar la gestión a cada grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- De Andrés M, Delás J. Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:700-2.
- Clua García R. Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona. *Salud drogas*. 2018; 18:79-89.
- Suárez AL, Clua-García R. Public policies for people who use drugs: Strategies for the elimination of stigma and the promotion of human rights. *Salud Col*. 2021; 17:e3041.
- Folch C, Lorente N, Majó X, et al. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J Drug Policy*. 2018; 62:24-9.
- Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit*. 2016; 30:99-105.
- Martínez Oró DP, Pallarés Gómez J (ed). De riesgos y placeres : manual para entender las drogas. Lleida: Milenio; 2013.
- Strike C, Watson TM, Kolla G, et al. Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders. *Harm Reduct J*. 2015; 12:26.
- Rhodes T, Briggs D, Kimber J, et al. Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: qualitative study. *Addiction*. 2007; 102:1782-90.
- Español de las Drogas las Adicciones O. INFORME 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
- Clua García R. Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral adscritos a programas de reducción de daños en Barcelona. *Rev Esp Drogodepend*. 2021; 46:75-89.
- Delas J, Adán E, Díaz O, Aguas M, Pons M, Fuertes R. Smoked cocaine in socially-depressed areas. *Harm Reduct J*. 2010; 7:27.
- Kampman KM. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv*. 2019 Oct 16;5(10):eaax1532.
- Steinkellner T, Freissmuth M, Sitte HH, et al. The ugly side of amphetamines: short- and long-term toxicity of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'Ecstasy'), methamphetamine and D-amphetamine. *Biol Chem*. 2011; 392:103-15.
- Kiyatkin EA. Respiratory depression and brain hypoxia induced by opioid drugs: Morphine, oxycodone, heroin, and fentanyl. *Neuropharmacology*. 2019; 151:219-26.
- González M, Cebrián S, Nadal C, et al. Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona. *Gac sanit*. 2003;17:256-8.
- Delás J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130:35.
- Delás J, Morcillo C. Urgencias por drogas de abuso. El papel de las salas de consumo supervisado. *Emergencias*. 2019; 31:219-20.
- Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, et al. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Rev Esp Salud Publica*. 2004; 78:601-8.
- Rtve. Un oasis en Las Barranquillas [Internet]. Madrid:RTVE; 2011. [Acceso 30 junio 2023]. Disponible en: <https://www.rtve.es/radio/20111104/oasis-barranquillas/473197.shtml>
- Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, et al. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011; 377:1429-37.
- Así viven los "machacas", guardianes de la droga en la Cañada Real [Internet]. [cited 2020 Jul 25];Available from: <http://www.telemadrid.es/programas/madrid-directo/Machacas-Canada-Real-viviendas-2-2173902642--20191104075527.html>
- Coffin PO, Coffin LS, Murphy S, et al. Prevalence and characteristics of femoral injection among Seattle-area injection drug users. *J Urban Health*. 2012; 89:365-72.
- Bayoumi AM, Strike CJ. Making the case for supervised injection services. *Lancet*. 2016; 387:1890-1.
- Araos P, Vergara-Moragues E, González-Saiz F, et al. Differences in the Rates of Drug Polyconsumption and Psychiatric Comorbidity among Patients with Cocaine Use Disorders According to the Mental Health Service. *J Psychoactive Drugs*. 2017; 49:306-15.
- Morley KI, Ferris JA, Winstock AR, et al. Polysubstance use and misuse or abuse of prescription opioid analgesics: A multi-level analysis of international data. *Pain*. 2017; 158:1138-44.
- Jarlenki M, Barry CL, Gollust S, et al. Polysubstan-

- ce use among US women of reproductive age who use opioids for nonmedical reasons. *Am J Public Health*. 2017; 107:1308-10.
27. Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend*. 2012; 125:8-18.
 28. Llorens Poblador D, Justicia Garriga M, Coll R. Chemsex: ¿cómo optimizar el acceso a la profilaxis posexposición para el VIH? *Emergencias*. 2022; 34:158.
 29. Daiwile AP, Sullivan P, Jayanthi S, et al. Sex-Specific Alterations in Dopamine Metabolism in the Brain after Methamphetamine Self- Administration. *Int J Mol Sci*. 2022; 23:4353.
 30. Perelló R, Aused M, Saubí N, et al. Acute street drug poisoning in the patient with human immunodeficiency virus infection: the role of chemsex. *Emergencias*. 2018; 30:405-7.
 31. Feldman N, Mino A. Les traitements de substitution à Genève. *Ann Med Interne (Paris)*. 1994 Nov;145 Suppl 3:31-3
 32. Mittal ML, Guise A, Rafful C, et al. "Another Person Was Going to Do It": The Provision of Injection Drug Use Initiation Assistance in a High-Risk U.S.-Mexico Border Region. *Subst Use Misuse*. 2019; 54:2338-50.
 33. UNODOC. Terminología e información sobre drogas - Tercera edición. https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf



Encarna. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

Efectividad y seguridad del videolaringoscopia frente al fibrobroncoscopio en la intubación de paciente sedado con vía aérea difícil conocida

Efectivitat i seguretat del videolaringoscopi enfront la broncoscòpia de fibra òptica en la intubació de pacient sedat amb via aèria difícil coneguda

Effectiveness and safety of videolaryngoscopy versus fiberoptic bronchoscopy for awake intubation in patients with anticipated difficult airway

Andrés Felipe Gallego Ledesma, Astrid Álvarez

Servicio Anestesiología y Reanimación Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España.

Palabras clave: Broncoscopia; Fibra óptica; Intubación Intraqueal; Laringoscopia.
Paraules clau: Broncoscòpia de fibra òptica; Intubació intratraqueal; Laringoscòpia.
Keywords: Bronchoscopy; Fiber Optic Technology; Intubation, Intratracheal; Laryngoscopy.
Recibido: 17-enero-2023
Aceptado: 4-mayo-2023
Correspondencia: andres.gallego@quironsalud.es
Gallego Ledesma AF, Álvarez A. Efectividad y seguridad del videolaringoscopia frente al fibrobroncoscopio en la intubación de paciente sedado con vía aérea difícil conocida. Ann Sagrat Cor. 2023; 30(2): 77-80.

RESUM

Revisió bibliogràfica amb l'objectiu de determinar l'efectivitat del videolaringoscopi (VDL) davant del fibrobroncoscopi (FOB) en termes de rapidesa, seguretat i efectes adversos en la intubació en pacients sedats amb via aèria difícil coneguda.

L'anàlisi qualitativa va concloure que hi havia una diferència mitjana de 40 segons en el temps d'intubació a favor del VDL davant del FOB amb un GRADE qualificat de baix; no es van trobar diferències estadísticament significatives en altres aspectes.

ABSTRACT

Literature review with the aim of determining the effectiveness of the video laryngoscope (VDL) versus the fibrobronchoscope (FOB) in terms of speed, safety and adverse effects in intubation in sedated patients with known difficult airway.

Qualitative analysis concluded that there was an average difference of 40 seconds in intubation time in favor of the VDL versus the FOB with a GRADE rated as low; no statistically significant differences were found in other aspects.

RESUMEN

Revisión bibliográfica con el objetivo de determinar la efectividad del videolaringoscopia (VDL) frente al fibrobroncoscopio (FOB) en términos de rapidez, seguridad y efectos adversos en la intubación en pacientes sedados con vía aérea difícil conocida.

El análisis cualitativo concluyó que existía una diferencia promedio de 40 segundos en el tiempo de intubación a favor del VDL frente al FOB con una GRADE cualificado como bajo; no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en otros aspectos.

INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia de complicaciones mayores relacionadas con la vía aérea difícil es baja, las consecuencias son potencialmente incapacitantes (daños cerebrales permanentes) y/o mortales, y se ha publicado un manejo deficitario en la resolución de los casos críticos ocurridos [1,2].

Es por ello que el abordaje de la vía aérea difícil, sigue siendo a día de hoy un tema candente, con profusión de estudios a fin de conseguir una orientación diagnóstica y terapéutica más segura y eficaz.

En el caso de una vía aérea difícil (VAD) previamente conocida, las guías recomiendan una intubación en paciente despierto, con fibrobroncoscopio (FOB), dispositivo que sigue siendo el gold

standard para la intubación orotraqueal (IOT) del paciente despierto, con un porcentaje de éxito del 99,4%, rara mortalidad y con 0,34% de efectos severos [3]. No obstante, la técnica de FOB no está exenta de inconvenientes como son mayor tiempo de preparación, disponibilidad limitada y, por parte del personal anestésista, requiere una curva de aprendizaje larga y una práctica continua para mantener la destreza.

A su vez, el uso del videolaringoscopio (VDL) está adquiriendo mayor protagonismo en la intubación de pacientes con VAD, no solo en el área intrahospitalaria sino también en el ámbito extrahospitalario, ya que se trata de un dispositivo con una curva de aprendizaje corta, amplia disponibilidad en los distintos servicios intra y extrahospitalarios y una visión ampliada de la vía aérea en comparación al fibrobroncoscopio.

El propósito de este estudio es revisar la bibliografía a fin de determinar la efectividad del videolaringoscopio frente al fibrobroncoscopio en paciente con VAD conocida.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library y Pubmed, en un periodo comprendido entre enero de 2012 a marzo 2022 y con los siguientes descriptores "Videolaryngoscope", "Fiberoptic intubation", "Difficult airway", "Awake intubation".

Los criterios de inclusión fueron que se tratará de trabajos originales controlados, randomizados y publicados en inglés o español, que comparen la efectividad del Videolaringoscopio frente al Fibrobroncoscopio en pacientes con VAD conocida e intubación despierto.

Los criterios de exclusión fueron que se trata-se de estudios en maniquís /cadáveres y estudios que involucraban pacientes con VAD conocida e intubación bajo anestesia general.

La evaluación de la calidad de los artículos seleccionados se realizó de acuerdo a las normas PRISMA 2020 [4].

Se obtuvo un resultado inicial de 709 artículos, de los cuales solo 8 cumplieron los criterios de inclusión [9-16], dos de los cuales eran revisiones sistemáticas [10,15]. Posteriormente, se eliminaron dos estudios por incluir pacientes con VAD e intubación bajo anestesia general [13,16].

Se realizó un análisis cualitativo de las variables principales de cada estudio: tiempo de intubación, tasa de éxito al primer intento, desaturación de oxígeno y cambios hemodinámicos, grado de confort para el paciente y anestésista.

RESULTADOS

Los resultados del análisis cualitativo de los 6 artículos seleccionados se recogen en la Tabla 1.

Todos los artículos coincidieron en medir el tiempo de intubación, excepto la revisión sistemática de Jiang et al, que buscaba determinar la tasa de éxito en la intubación [15].

Se concluyó una diferencia promedio de 40 segundos a favor del VDL frente al FOB aunque con una GRADE cualificado como BAJO, debido a un tamaño de muestra relativamente pequeño, la alta heterogeneidad respecto a tipo de paciente, premonitorios en VAD, tipo de intervención quirúrgica, nivel de destreza del anestésista y falta de una definición precisa y común para todos los estudios respecto a la medición de la variable principal que era el tiempo de intubación.

Respecto a las otras variables estudiadas en relación con los cambios hemodinámicos, desaturación de oxígeno, grado de confort por parte del paciente y del anestésista, todos los estudios revelaron que no hay una diferencia estadísticamente significativa, destacando que el nivel de caída en la saturación de oxígeno durante la intubación ocurrió con más frecuencia en el grupo del fibrobroncoscopio, al igual que la visibilidad del aparato laríngeo fue mejor con el uso del videolaringoscopio.

DISCUSIÓN

Aunque la incidencia en las complicaciones derivadas del manejo de una vía aérea difícil, previamente conocida o no, es relativamente baja, no hay que menospreciar la verdadera magnitud del problema respecto al manejo de la vía aérea en situaciones difíciles.

Ahora bien, un reciente estudio observacional cuyo objetivo era determinar las complicaciones mayores en relación con el manejo de la VAD, siguiendo un método similar al estudio NAP4, concluyendo que la incidencia de complicaciones mayores relacionadas con el manejo de la VAD siguen siendo tan alta como las reportadas en el estudio NAP4 [2,5].

La fibrobroncoscopia continúa siendo la técnica Gold Standard para el abordaje de una vía aérea difícil previamente conocida; sin embargo la llegada de nuevos videolaringoscopios ha permitido la incorporación de los mismos en las recomendaciones de las guías de intubación difícil [6].

La efectividad y seguridad que ofrece el uso del videolaringoscopio ante una VAD previamente conocida, se evidencia en dos grandes meta-análisis que demuestran que el uso del VDL proporciona mejor visión del aparato laríngeo, más alta tasa de éxito y menor frecuencia en el número de intentos en las intubaciones en comparación a la laringoscopia directa (categoría A1-B) [7,8].

Igualmente, los VDL requieren de una menor curva de aprendizaje, siendo su técnica principal de abordaje bastante similar a la técnica de la laringoscopia directa; no requieren de ajustar foco ni luminosidad; permiten un fácil intercambio de tubo orotraqueal por otro de mayor o menor tamaño durante el proceso de intubación, lo que es más difícil si usamos el FOB; tienen un fácil acceso intra y extrahospitalario, junto adiferentes grados de angulación y anchura de las palas, lo que favorece la intubación.

Se concluye que con el VDL se logra un menor tiempo de intubación en comparación con el uso

Ref.	n	Inclusión/Exclusión	Objetivo	Resultados	Sesgos
[9]	100	Inclusión: > 18 años, criterios de VAD (≥ 1 criterio), necesidad de incubación nasal, cirugía maxilofacial. Apertura bucal >1,3 cm. Exclusión: ASA IV	Tiempo de intubación Cirugía maxilofacial	Menor tiempo de Intubación nasal en grupo de VDL C MAC-D Blade vs FOB. 38" vs 94". $p = 0,0001$. No diferencias respecto al éxito en la intubación. No diferencias en otras variables.	Estudio muy bien diseñado. Único estudio que hizo ciego único al operador. Anestesiastas experimentados.
[10]	429 8 art.	Estudio se realizó cumpliendo las guías PRISMA para revisiones sistemáticas- Meta análisis.	Tiempo de intubación	Se registraron 5 tipos de VDL: Glidescope en 4 estudios. Laringoscopia de Bullard, Mc Grath serie 5, C MAC D-Blade, Pentax AWS. Dos tipos de FOB: Olympus y Karlz. Menor tiempo de intubación para el grupo de VDL con diferencia estadística (bajo nivel de evidencia). No diferencia estadística en otras variables.	Heterogeneidad entre los estudios: dificultad en definir los criterios de VAD, definir tiempo de intubación, utilización de distintos VDL, tipo de paciente, tipo de cirugía y experiencia del anestesiasta. La mayoría de estudios excluyeron pacientes con apertura bucal reducida.
[11]	60	IMC >30, 18- 60 años. Mallampati III/IV. Exclusión: Limitación psicomotora, ciegos, sordos, poco colaboradores, patología respiratoria, ASA IV o más, incubación imposible anticipada.	Tiempo de intubación	Menor tiempo de intubación para grupo Airtraq vs FOB. 40"± 1" vs 75"±14" Mejor visibilidad de la glotis en grupo de FOB. No diferencias en éxito al primer intento en la intubación.	Imposibilidad de sesgo por paciente ni por anestesiasta. Anestesiastas experimentados. Mallampati III/IV y OM como únicos criterios de VAD.
[12]	84	SARI score >4 (historia de VAD, Mallampati, movilidad de cabeza y cuello, apertura bucal, prognatismo, distancia tiromentoniana, IMC). Exclusión: ASA >4. Apertura bucal <1,5cm, incubación nasal, imposibilidad de anestesia tópica transtraqueal, mal estado dental y dificultad en identificar la membrana cricotiroides.	Tiempo de intubación	Estudio multicéntrico. No hubo significancia estadística en tiempo de intubación: 80" para fibro y 62" para McGrath. No hubo diferencia estadística en variables demográficas ni en variables de VAD.	Imposibilidad de cegar paciente ni operador. Variabilidad en posición de la cabeza al momento de intubar. Anestesiastas experimentados.
[14]	64	Inclusión: IMC >40, EGRI score >4. Entre 18 y 60 años, ASA I-III. Exclusión: Boca < 15mm, Mal estado dental. ASA IV.	Tiempo de intubación	No diferencias estadísticamente significativas Tiempo intubación FOB 84" ±37,9" vs 73,6"± 31,1" VDL.	Imposibilidad de cegar al paciente, ni el operador. Intervenciones realizadas por anestesiastas expertos.
[15]	446 6 art	Estudios randomizados y controlados que comparaban VDL frente a FOB en IOT despierta. Pacientes > 18 a, con VAD previamente conocida, IOT o Nasal bajo anestesia local de la VA y sedación hasta obtener un Ramsay 2-4.	Tasa de éxito de la IOT.	Se registraron 4 tipos de VDL: Glidescope, C MAC, McGrath serie 5, Airway Scope. No hubo diferencia estadística en cuanto al éxito de la IOT ni en la Int. nasal. Ambos con ALTO grado de Evidencia. Menor tiempo de intubación con VDL, bajo nivel de evidencia.	Anestesiastas con alto nivel de experiencia Excluyeron apertura bucal <2cm. Heterogeneidad: En caso de haberla, se decidió realizar SUBGRUPOS: GRUPO de IOT vs Nasotraqueal, Experiencia del anestesiasta vs no

del FOB. Esta ventaja se traduce probablemente en menor tiempo de hipoxia favoreciendo su utilización no solamente en casos de VAD, sino en todos aquellos casos en los que el paciente tolere menos el tiempo de apnea: pacientes en UCI que están inestables hemodinámicamente, obesos, SAOS... entre otros [17-19].

Hasta la fecha no hay estudios comparativos entre estos dos dispositivos en las áreas de cuidados intensivos y Emergencias.

REFERENCIAS

- Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, et al. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2005;103:33-9.
- Cook TM, Woodall N, Frerk C, eds. The NAP4 report: Major complications of airway management in the UK. Royal College of Anaesthetists. London; 2011. Disponible en: <https://www.nationalaudit-projects.org.uk/downloads/NAP4%20Full%20Report.pdf>
- Cabrini L, Baiardo Redaelli M, Ball L, et al. Awake Fiberoptic Intubation Protocols in the Operating Room for Anticipated Difficult Airway: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesth Analg*. 2019;128:971-80.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74:790-9.
- Cumberworth A, Lewith H, Sud A, et al. Major complications of airway management: a prospective multicentre observational study. *Anaesthesia*. 2022; 77:640-8.
- Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022; 136:31-81.
- Aziz MF, Dillman D, Fu R, Brambrink AM. Comparative effectiveness of the C-MAC video laryngoscope versus direct laryngoscopy in the setting of the predicted difficult airway. *Anesthesiology*. 2012; 116:629-36.
- Zhu H, Liu J, Suo L, et al. A randomized controlled comparison of non-channeled king vision, McGrath MAC video laryngoscope and Macintosh direct laryngoscope for nasotracheal intubation in patients with predicted difficult intubations. *BMC Anesthesiol*. 2019; 19:166.
- Kramer A, Müller D, Pfortner R, et al. Fiberoptic vs videolaryngoscopic (C-MAC®) D-BLADE) nasal awake intubation under local anaesthesia. *Anaesthesia*. 2015; 70:400-6.
- Alhomary M, Ramadan E, Curran E, Walsh SR. Videolaryngoscopy vs. fiberoptic bronchoscopy for awake tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2018; 73:1151-61.
- Alzeftawy AE, El-Daba AA. Awake orotracheal intubation using fiberoptic bronchoscope versus Airtraq laryngoscope in morbidly obese patients Ashraf E. *Ain-Shams J Anaesthesiol*. 2018; 10:177-81.
- Rosenstock CV, Thøgersen B, Afshari A, et al. Awake fiberoptic or awake video laryngoscopic tracheal intubation in patients with anticipated difficult airway management: a randomized clinical trial. *Anesthesiology*. 2012; 116:1210-6.
- Cetin YS, Soyalp C. Comparison of three video-assisted intubation methods: Rigid telescopes, C-MAC, flexible fiberoptic bronchoscopy, for anticipated difficult airways. *Trends Anaesth Crit Care*. 2022; 43:33-37.
- Abdellatif AA, Ali MA. GlideScope videolaryngoscope versus flexible fiberoptic bronchoscope for awake intubation of morbidly obese patient with predicted difficult intubation. *Middle East J Anaesthesiol*. 2014; 22:385-92.
- Jiang J, Ma DX, Li B, et al. Videolaryngoscopy versus fiberoptic bronchoscope for awake intubation - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ther Clin Risk Manag*. 2018; 14:1955-63.
- Moore A, Schricker T. Awake videolaryngoscopy versus fiberoptic bronchoscopy. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019; 32:764-8.
- Schaeuble JC, Heidegger T. Strategies and algorithms for the management of the difficult airway: traditions and paradigm shifts. *Trends Anaesth Crit Care*. 2017; 13:32-40.
- Kleine-Brueggene M, Greif R, Schoettker P, et al. Evaluation of six videolaryngoscopes in 720 patients with a simulated difficult airway: a multicentre randomized controlled trial. *Br J Anaesth*. 2016; 116:670-9.
- Lenhardt R, Burkhart MT, Brock GN, et al. Is video laryngoscope-assisted flexible tracheoscope intubation feasible for patients with predicted difficult airway? A prospective, randomized clinical trial. *Anesth Analg*. 2014; 118:1259-65.



Hugo. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

Mentir mata

Mentir mata

Lying Kills

Eduardo González Marín

Profesor Máster de Investigación Clínica y Máster Enfermo Crítico y Emergencias. Universidad de Barcelona. Comisión de investigación. Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Sagrat Cor.

RESUMEN

La investigación científica basada en el método científico es esencial para comprender nuestro entorno.

Los comités de ética evalúan metodología y ética, mientras que la revisión por pares -pre y postpublicación- busca mejorar y validar los resultados recogidos en los artículos. Sin embargo, el fraude no está ausente del ámbito científico. El caso de Andrew Wakefield y su estudio sobre la vacuna triple vírica muestra cómo el engaño puede afectar negativamente la salud pública y socavar la confianza en la ciencia. Metaanálisis revelan altas tasas de mala conducta científica, incluyendo alteración de datos, manipulación y plagio.

La mala praxis en la investigación surge por diversas razones: presión por publicar, interés económico, ego y presiones institucionales. En la búsqueda de avances científicos, las críticas y revisiones constructivas son esenciales para mejorar la calidad de la investigación y promover el avance de la ciencia en beneficio de la sociedad.

ABSTRACT

Scientific research based on the scientific method is essential to understand our environment.

Ethics committees evaluate methodology and ethics, while peer review -pre and post-publication- seeks to improve and validate the results collected in the articles. However, fraud is not absent from the scientific field. The case of Andrew Wakefield and his study on the MMR vaccine shows how deception can negatively affect public health and undermine trust in science. Meta-analyses reveal high rates of scientific misconduct, including data alteration, manipulation, and plagiarism.

INTRODUCCIÓN

La investigación científica que sigue el método científico es actualmente la única forma válida que tenemos de conocer y manejar el entorno en que vivimos, es la que nos ha permitido desarrollar la tecnología y la cultura actual, con logros que solo hace un par de generaciones parecerían

Palabras clave: Fraude; Investigación biomédica/ética; Mala praxis científica; Publicación/ética.

Paraules clau: Fraude; Mala praxi científica; Publicació/ètica; Recerca biomèdica/ètica.

Keywords: Biomedical Research/ethics; Fraud; Publishing/ethics; Scientific Misconduct.

Recibido: 22-agosto-2023

Aceptado: 23-septiembre-2023

Correspondencia: edgonzam@gmail.com

González Marín E. *Mentir mata. Ann Sagrat Cor. 2023; 30(2): 81-86.*

Research malpractice arises for a variety of reasons: pressure to publish, economic interest, ego, and institutional pressures. In the pursuit of scientific advances, constructive criticism and review are essential to improve the quality of research and promote the advancement of science for the benefit of society.

RESUM

La investigació científica basada en el mètode científic és essencial per comprendre el nostre entorn. Els comitès d'ètica avaluen metodologia i ètica, mentre que la revisió per parells -pre i postpublicació- cerca millorar i validar els resultats recollits als articles. Tot i això, el frau no és absent de l'àmbit científic. El cas d'Andrew Wakefield i el seu estudi sobre la vacuna triple vírica mostra com l'engany pot afectar negativament la salut pública i socavar la confiança en la ciència. Metaanàlisi revelen altes taxes de mala conducta científica, inclòs alteració de dades, manipulació i plagis. La mala praxi en la investigació sorgeix per diverses raons: pressió per publicar, interès econòmic, ego i pressions institucionals. En la recerca d'avanços científics, les crítiques i les revisions constructives són essencials per millorar la qualitat de la recerca i promoure l'avenç de la ciència en benefici de la societat.

cosa de magia. El método científico que nace en el siglo XVI con genios de la época como Galileo o Descartes ha sido y viene siendo la principal herramienta de desarrollo tecnológico de nuestra civilización. En esencia, podemos resumirlo en un ciclo, que se inicia en la observación estricta y objetiva de los hechos naturales, la formulación de una pregunta sobre ellos y la elaboración de una

hipótesis o explicación que responda a esa pregunta; la hipótesis debe ser demostrada o refutada y para ello se realiza un estudio o experimento que en su resultado dará posibilidad de veracidad a la hipótesis, o por el contrario, demostrará su falsedad, Karl Popper filósofo de la ciencia que vivió en el siglo XX nos define una teoría como científica si es posible falsearla, de lo contrario no sería científica. (1) En este ciclo de adquisición de conocimiento no nos detenemos en la demostración de probable verdad o falsedad de la hipótesis, sino que este resultado se ha de comunicar a la comunidad científica, para enriquecer el conocimiento y que nuestra sociedad se desarrolle.

A esta última fase del proceder científico a veces no se le da la merecida importancia. En este momento la redacción del estudio, la exposición de los resultados obtenidos y describir como lo hemos hecho es de gran importancia. Propiedades importantes del método científico son su reproducibilidad y su fiabilidad.

Para hacerlo bien

Para asegurar el rigor del trabajo científico en nuestro medio hay varios mecanismos que velan por el apropiado y correcto proceder del investigador: los comités de ética, las revisiones por pares, el registro de ensayos clínicos, entre otros, también las revisiones o críticas post-publicación contribuyen a ello. La recepción de comentarios y críticas sobre nuestro trabajo no debe tomarse como una reprobación, sino como un enriquecimiento y mejora futura de nuestra labor investigadora.

Todo ello constituye pasos que contribuyen al rigor y fiabilidad del trabajo científico, con un objetivo de calidad y transparencia de los resultados y datos utilizados.

Los comités de ética, presentes en los hospitales y en diferentes instituciones públicas y privadas, son el primer evaluador de un proyecto de investigación, sus objetivos son valorar el rigor de su metodología y cuidar especialmente aspectos éticos en cuanto al manejo de datos personales y la participación de personas en la investigación [2]. Su composición y funcionamiento en España viene regulado por la Ley 14/2007 y el Real Decreto 1090/2015). Es muy recomendable o más bien obligatorio contar con la acreditación de uno de estos comités antes de comenzar cualquier proyecto de investigación, tal como recomienda la asamblea médica mundial en la declaración de Helsinki de 2013.

Cuando enviamos nuestro artículo a una revista para su publicación, se inicia un proceso de revisión, que se conoce como revisión por pares [3], (peer review en inglés). Este paso pretende asegurar la calidad y rigor del artículo antes de su publicación, por lo que es remitido a otros expertos que, tras su lectura, emiten su recomendación, que debe ser imparcial, objetiva y libre de cualquier prejuicio o posible sesgo de interés o conflicto de interés, que si lo hubiera, el revisor debería rechazar llevar a cabo la revisión. Este

método viene usándose desde hace más de 300 años. Aun así, este sistema viene generando controversia, dado que se puede caer en el sesgo del interés del revisor [4].

El proceso de revisión por pares pretende principalmente mejorar el artículo para que tenga más robustez, mejore su lectura y genere interés o utilidad para el público al que va dirigido. Aun así, nuestro estudio se enfrenta a la decisión de la editorial de publicarlo o no.

Con la publicación no ha acabado todo, hemos cumplido con el requisito de dar a conocer los resultados de nuestra investigación, pero esto no acaba aquí. Ahora nuestra publicación puede ser objeto de la crítica por pares, postpublicación. Antiguamente, las réplicas a artículos publicados se realizaban mediante las cartas al director, en las que se comentaba algún aspecto del artículo y quedaba bajo criterio de la editorial publicarlo o no. Actualmente, existen un número creciente de foros que comentan abiertamente cualquier artículo publicado, algunos como F1000Prime, que cuenta con un panel de investigadores que comentan trabajos publicados, Pubpeer, Researchgate y otras son los usuarios los que comentan y revisan los trabajos que se publican. Sus comentarios y valoraciones han permitido la detección de casos de fraude científico, y algunos de tal magnitud que ha empujado a la retracción del trabajo publicado [4].

¿Fraude en la ciencia? Existe. El afán de publicar, la búsqueda de notoriedad y fama, intereses económicos, lleva a algunos a no seguir una conducta ética en su trabajo de investigación, muchas veces ajenos o inconscientes de las consecuencias o perjuicios que estos actos pueden ocasionar, no solo a la comunidad científica sino a la sociedad en que vivimos.

Datos inventados, copiados o manipulados para que los resultados parezcan sorprendentes, no parece que sea tan raro. Un récord en fraude lo tiene Yoshitaka Fujii, (Japón, 1960) médico anestesiólogo que inventó datos para realizar 219 publicaciones en revistas de su especialidad desde 1993 [5]. Hasta la fecha de consulta para este artículo ya se había retractado de 183 de ellos, y una investigación independiente encontró que solo 3 de sus publicaciones podrían ser correctas.

En una referencia de Wikipedia se recogen más de 50 casos de fraudes detectados y reconocidos que se han producido desde 2021 hasta el presente solo en el área de ciencias biomédicas, todos ellos con retracción de sus múltiples trabajos publicados [6]. Muchos de ellos reconocían que esta actividad la venían realizando durante muchos años y algunos con sentencias penales al haber recibido ayudas públicas para realizar estos falsos trabajos.

En un metaanálisis publicado en 2009, realizado por D. Fanelli [7], sobre malas prácticas de los investigadores, encuentra que, tras un elaborado análisis de 18 estudios, publicados entre 1988 y 2005, en los que se realizaron encuestas a diferentes investigadores del área biomédica, encontraron que alrededor de un 2% de los encuestados reconocían haber alterado los datos de algún

un estudio, y preguntados sobre si conocían de algún colega hubiera realizado esta práctica la respuesta positiva alcanzaba el 14%, en cuanto a otras cuestionables actuaciones la respuesta llegaba al 72%. El estudio se centraba en aspectos como la alteración, falsificación o fabricación de datos. El autor considera que sus resultados son subestimados.

En 2023 se publicó otro metaanálisis sobre el mismo tema realizado por Ritu Phogat [8] sobre 17 artículos seleccionados, publicados entre 2007 y 2015, incluyendo una población de estudio de 11.039 investigadores de diferentes países y continentes. Concluyeron que el plagio, fabricación y falsificación de datos eran las malas prácticas más prevalentes en los artículos revisados; entre el 4,2 y el 9,7% de estos hechos habían sido reconocidos por los propios autores, pero entre el 21 y el 33% declararon conocer a alguien que realiza estas prácticas.

Estos metaanálisis reflejan una alarmante tasa de mala conducta en los investigadores de las áreas biomédicas en todo el mundo, un dato lo suficientemente alarmante para llamar la atención sobre esta práctica potencialmente peligrosa en muchas vertientes.

Los resultados de los estudios publicados se utilizan para realizar protocolos y guías de actuación en diagnóstico y tratamiento. Además, cuando estos casos llegan a los medios periodísticos, siembran la desconfianza en el entorno científico y alientan comportamientos erróneos, absurdos y perjudiciales, favoreciendo la aparición de pseudoterapias y paraciencias que se atribuyen para sí la verdad absoluta.

EL CASO DE ANDREW WAKEFIELD

En febrero de 1989 la revista *The Lancet* publicó el artículo "Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children" firmado por Andrew Wakefield junto con otros 11 autores [9]. En este estudio se relacionaba la administración de la vacuna triple vírica (sarampión, parotiditis y rubeola) con la aparición de autismo y determinados problemas intestinales en niños. Su publicación desató una polémica que persiste hasta hoy en día.

Hay que tener en cuenta que su publicación se siguió de un comunicado y una rueda de prensa en el hospital Royal Free en Hampstead, al norte de Londres, donde trabajaba el investigador, por lo que la polémica estaba servida. El estudio recogía 12 casos de niños de entre 4 y 9 años diagnosticados de una ileitis inespecífica de los que 9 desarrollaron autismo regresivo entre 6 y 14 días después de administrarles la vacuna triple vírica.

El artículo fue respondido por otros profesionales mediante cartas a la editorial. Así, justo al mes siguiente de la publicación, J.W. Lee [10] en una carta al director ya cuestionaba los datos y la idoneidad del estudio, argumentando que se trataba de una muestra muy pequeña y selectiva, sin control. También mostraba discrepancia sobre el diagnóstico del autismo, basado solo en la in-

formación aportada por los familiares, y concluía advirtiendo el potencial daño que podría ocasionar en las campañas de salud pública, tanto estatales como mundiales. Poco se equivocaba. En julio del mismo año, otra carta al director de R.T.Chen y F. De Stefano del centro de control de enfermedades (CDC) [11] defendían la seguridad de las vacunas y el rigor de los paneles de vigilancia de efectos secundarios en EEUU, tachando de alarmista el estudio de Wakefield. Estos mismos autores publicarían un año después, también en *The Lancet* una revisión de numerosos artículos no encontrando asociación alguna entre autismo y la administración de la vacuna triple vírica [12].

Consecuencias

A título de ejemplo que podría extenderse a otros ámbitos, en 2003 en BMJ apareció un artículo que revisaba la cobertura vacunal con la triple vírica en Inglaterra entre 1991 y 2001 [13]. Esta vacuna se introdujo en el calendario vacunal inglés en 1988 y su administración había alcanzado una cobertura del 92% de la población en 1997. A partir de este año disminuyó la cobertura, en más de un 4%, llegando en 2002 a reducirse por debajo del 83% en algunas zonas, lo que podría propiciar la aparición de brotes de la enfermedad. En 2008, la parotiditis fue declarada endémica en Inglaterra y Gales [14]. En la prensa han ido apareciendo casos de brotes epidémicos de estas enfermedades, que prácticamente teníamos olvidadas, y actualmente en UK hay varios cientos de miles de personas alcanzando la adolescencia que no han recibido la vacuna [14]. Igual está pasando en otras partes del planeta. Las consecuencias de esta situación aún están por venir. En nuestro país, se detectó un aumento de casos de Sarampión en Barcelona entre agosto de 2006 y julio de 2007, se declararon 130 casos de los que se confirmaron 99, el origen se atribuye a un caso importado, el año anterior se habían declarado solo 6 casos [15].

Desmontando el artículo

En 2011 en el BMJ, sus editores -Fiona Godlee, Jane Smith y Harvey Marcovith- publican una editorial defendiendo el escepticismo, la crítica, la veracidad y el rigor que debe caracterizar el trabajo científico y directamente califican de fraude el trabajo de Wakefield publicado en 1998 [14]. En esta editorial se hace extensa mención al trabajo periodístico que Brian Deer realizó en 2004 [14,16] y que provocó que el General Medical Council (GMC) de Inglaterra <https://www.gmc-uk.org/>, organismo que vela por el bien hacer médico en UK, iniciara una investigación y una extensa audiencia entre mayo de 2007 y julio de 2010, en la que se realizaron un total de 217 sesiones [18].

El trabajo periodístico de Deer puso de relieve que el trabajo de Wakefield podría ser un fraude [16,17], y la investigación del GMC en su informe final [18] concluyó que:

Existía una relación entre Wakefield y Legal Aid Board (LAB) desde 1996, entidad que tenía como objetivo realizar litigios contra las empresas fabricantes de vacunas, y que también estaba en posesión de una patente de vacuna contra la parotiditis supuestamente libre de efectos indeseables [16,18].

Los niños se reclutaron entre 1996 y 1997, desde asociaciones activistas antivacunas, dos de ellos eran hermanos y otros se reclutaron por indicaciones de familiares o allegados. Se les sometió a pruebas cruentas y peligrosas sin una clara indicación clínica, y sin la debida protección ética. Se les realizó: colonoscopia, punción lumbar, administración de bario, entre otras [16,18].

La mayor parte de los informes de colonoscopia las describían como normales o inflamación leve y fueron cambiados deliberadamente a posteriori por "ileitis inespecífica". Uno de los casos presentaba un problema de estreñimiento crónico. El diagnóstico de autismo regresivo solo era cierto en un paciente de los nueve que recogía el artículo [16,18].

Los síntomas conductuales, o ya estaban presentes antes del estudio y antes de la administración de la vacuna, o aparecieron mucho tiempo después. La fuente de los datos se basaba en la opinión y memoria de los progenitores. Uno de los casos, la única niña, que manifestaba retraso en el desarrollo, el diagnóstico definitivo fue coartación de la aorta, que tras la cirugía progresó rápidamente [16,18].

Durante las sesiones del GMC se aportó documentación en la que se constataba que LAB había financiado parte de las pruebas realizadas a los niños [18]. También durante las sesiones GMC, diez de los autores firmantes se retractaron del estudio y reconocieron no haberlo revisado antes de aceptar figurar en él. El GMC también concluyó que la elaboración y redacción del estudio fue realizada única y enteramente por A. J. Wakefield [18].

Destacable fue el hecho de que Wakefield acudió a una fiesta infantil de cumpleaños para tomar muestras de sangre de los asistentes, únicamente con fines de investigación, ofreciéndoles 5 £ a cada uno [16,18].

El comité de ética del hospital Royal Free aprobó el proyecto catalogado de 172-96 para 25 niños, y el propio Wakefield formaba parte del subcomité consultor responsable, para el que se autonombró. El GMC concluyó que no se cumplieron ni las condiciones aprobadas, ni los criterios de inclusión, ni el requisito del Comité de Ética de la honestidad del Dr. Wakefield como consultor responsable [18].

El GMC declaró al final de la investigación culpable a A.J. Wakefield y su colega Walker Smith de 31 delitos de actuación deshonestas, cuatro de fraude y 12 de abuso de niños. En mayo de 2010 se le retiró la licencia para ejercer la medicina en el Reino Unido para siempre [18].

La revista *The Lancet* publicó la retractación del artículo el 6 de febrero de 2010 [19], pero este se puede seguir consultando en su plataforma aún hoy en día [9]. Y se sigue citando en la

literatura médica y acumula más de 57.000 citaciones en los últimos 25 años (y con este trabajo se acaba de añadir una más).

Actualmente A. Wakefield vive en Estados Unidos y continua su actividad antivacunas, insistiendo en la veracidad de su estudio y es actualmente un referente de los movimientos antivacunas. A propósito de la epidemia COVID-19 constan declaraciones de que recomendó no vacunarse [20].

La historia que no acaba.

En mayo de 2014, Taylor et al, de la Universidad de Sydney, publicaron en la revista *Vaccine* un extenso metaanálisis analizando cinco estudios de cohortes que incluían 1.256.457 niños y cinco casos control que incluían 9.920 niños [21]. Sus conclusiones, traducidas directamente del artículo original en inglés, fueron:

Los datos de la cohorte no revelaron relación entre la vacunación y el autismo (OR: 0,99; IC del 95%: 0,92 a 1,06) o TEA (OR: 0,91; IC del 95%: 0,68 a 1,20), ni hubo relación entre el autismo y MMR (OR: 0,84; IC del 95%: 0,70 a 1,01), o timerosal (OR: 1,00; IC del 95%: 0,77 a 1,31), o mercurio (Hg) (OR: 1,00; IC del 95%: 0,93 a 1,07). De manera similar, los datos de casos y controles no encontraron evidencia de un mayor riesgo de desarrollar autismo o TEA. Después de MMR, Hg, exposición al timerosal cuando se agrupan por afección (OR: 0,90; IC del 95%: 0,83 a 0,98; $p = 0,02$) o agrupados por tipo de exposición (OR: 0,85; IC del 95%: 0,76 a 0,95; $p = 0,01$). Los hallazgos de este metaanálisis sugieren que las vacunas no están asociadas con el desarrollo del autismo o del trastorno del espectro autista. Además, los componentes de las vacunas (timerosal o mercurio) o de las vacunas múltiples (MMR) no están asociados con el desarrollo del autismo o del trastorno del espectro autista. (MMR: measles, Mumps, Rubella; TEA: trastornos del espectro autista; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza).

Aun a pesar de la publicación de este y otros estudios sobre el asunto, el tema continúa vigente y el debate y la desinformación llega hasta hoy día. En un reciente estudio cualitativo realizado en Suecia, por Appelqvist E y cols [22] consistente en la realización de una serie de entrevistas a 11 enfermeras que trataban con la población somalí migrante en Suecia y la valoración del efecto de una serie de actuaciones formativas e informativas, con el objetivo de potenciar el papel de la enfermería en la comunicación, así como la aceptación de la vacuna triple vírica por este colectivo. Las entrevistas recogieron en varias ocasiones el temor y la inseguridad que tenían las enfermeras sobre la relación de la vacuna triple vírica y el autismo, refiriendo que se sentirían culpables si eso ocurriera. El estudio recoge que tras la realización de las actividades formativas e informativas el personal adquirió seguridad y confianza para continuar con su tarea, teniendo claro la no relación entre la vacuna y el autismo.

Las entrevistas y las formaciones referidas en este estudio se realizaron entre 2015 y 2017.

Lejos de los fraudes como el descrito, existe una tendencia creciente a la publicación de artículos de los que más tarde el autor se desdice de ellos, las revisiones y aportaciones posteriores pueden poner de manifiesto deficiencias en el procedimiento o en la interpretación de los resultados, así como el uso no apropiado de las herramientas estadísticas. Una búsqueda realizada por el autor en PubMed® (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) con el mesh "retracted article" devolvió 27.745 resultados. Recordemos que PubMed® alberga más de 35 millones de citaciones. Los artículos aparecen consultables, pero con el aviso claro de "retracted article", muchos se acompañan de notas explicativas por parte de los editores; llama la atención la concentración de estas referencias en los últimos tres años.

La revisión por pares previa a la publicación o en la postpublicación realizadas honestamente contribuye a la calidad de las investigaciones. No solo se trata de detectar fraudes, sino de mejorar el trabajo detectando errores o aportando puntos de vista no valorados por los autores de los trabajos.

En el caso que hemos analizado, hay hechos que potenciaron la extensión del fraude, y son las implicaciones de los medios de comunicación desde un primer momento, invitados por el mismo autor del artículo. Las contestaciones no tuvieron la misma difusión y el papel del periodismo de investigación fue clave para desentrañar el engaño.

Lamentablemente, toda la mecánica que vela por el bien hacer y el rigor del trabajo científico es desconocida por el gran público. La deshonestidad, el engaño y el fraude dañan mucho la credibilidad de la ciencia y en paralelo tienen efectos perjudiciales en la población.

E. Cogan considera que *es una responsabilidad ética esencial de toda la comunidad científica no contaminar la literatura médica con datos falsos* [23].

¿Qué lleva a un investigador a cometer fraude?

En el artículo de E. Cogan se describen tres ejes o motivaciones principales que conducen al fraude [23]: En primer lugar, la *presión para publicar*, vínculos con contratos monetarios, presiones institucionales, resultados que no son los esperados. En segundo lugar: *Estrés psicológico*, prestigio, ego hinchado, narcisismo y la necesidad de reconocimiento social. Por último, las llamadas *revistas depredadoras*, aparecidas en los últimos años, que aseguran la publicación de un artículo previo pago de cierta suma de dinero, cuyo principal riesgo es la tentación de publicar trabajos no revisados ni validados. Estas revistas aprovechan la necesidad de publicar del joven investigador que busca conseguir alguna promoción.

Cogan insiste en su artículo, en la importancia de la educación y la formación en buenas prácticas clínicas (Good Clinical Practices, en inglés). No es lo mismo, revisar errores que se pueden

subsancar con recomendaciones y mejor formación metodológica, que la invención o falsificación de datos o el plagio que son claramente actuaciones de fraude deliberadas y deben ser sancionadas ejemplarmente [23]. También considera que deben jugar un papel importante los comités de control, comités éticos o académicos, para validar y monitorizar los estudios científicos que se realizan en sus instituciones. El fraude en investigación biomédica va más allá de la contaminación con datos falsos, sino que puede constituir un grave peligro para la salud pública, concluye Cogan [23].

En nuestro esfuerzo de investigar y por supuesto de publicar, las críticas y revisiones siempre son constructivas, ayudan a mejorar lo que estamos haciendo y en consecuencia conseguimos publicaciones cada vez de mejor calidad. De esta forma, la ciencia avanza y mejora la calidad de vida de nuestra sociedad.

Recomiendo la lectura de un excelente artículo realizado por J. Plaza y publicado en febrero de este año, que revisa y reflexiona sobre el caso Wakefield en: Wakefield, mala ciencia y un peligroso legado antivacunas: 25 años de uno de los mayores y dañinos fraudes científicos; <https://principia.io/2023/02/28/wakefield-mala-ciencia-y-un-peligroso-legado-antivacunas-25-anos-de-uno-de-los-mayores-y-daninos-fraudes-cientificos.IjE2NTgi/>

BIBLIOGRAFÍA

1. González Marín E. Investigación biomédica, fundamentos y métodos. Ann Sagrat Cor. 2021; 28:116-120.
2. Martínez IP, Alvarez RM. Importancia de los Comités de Ética en la Investigación en Medicina de Familia. Aten Primaria. 2019; 51:263-5.
3. Sanz Valero J. La revisión por pares en las revistas científicas Peer review in scientific journals. Med Segur Trab (Internet). 2017; 63(248):206-7 [citado 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n248/0465-546X-mesetra-63-248-00206.pdf>
4. Martínez-Saucedo M, Téllez-Camacho S, Aquino-Jarquín G, et al. La revisión por pares pospublicación: otro control de calidad del registro científico en biomedicina. Gac Med Mex. 2020;156:523-6.
5. Wikipedia contributors. Yoshitaka Fujii [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia; 2023 Sep 10 [citado 22 de agosto de 2023]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Yoshitaka_Fujii&oldid=1174671918.
6. Wikipedia contributors. List of scientific misconduct incidents [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia; 2023 Sep 19 [citado 22 de agosto de 2023]. Disponible en: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=List_of_scientific_misconduct_incidents&oldid=1176058845
7. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. PLoS One. 2009; 4(5):e5738.
8. Phogat R, Manjunath BC, Sabbarwal B, et al. Misconduct in Biomedical Research: A Meta-Analysis

- and Systematic Review. J Int Soc Prev Community Dent. 2023; 13:185-93.
9. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 1998; 351(9103):637-41. Retraction in: Lancet. 2010; 375(9713):445. Erratum in: Lancet. 2004; 363(9411):750.
 10. Lee JW, Melgaard B, Clements CJ, et al. Autism, inflammatory bowel disease, and MMR vaccine. Lancet. 1998;351(9106):905; author reply 908-9.
 11. Chen RT, DeStefano F. Vaccine safety. Lancet. 1998; 352(9121):63-4.
 12. DeStefano F, Chen RT. Negative association between MMR and autism. Lancet. 1999; 353(9169):1987-8.
 13. Middleton E, Baker D. Comparison of social distribution of immunisation with measles, mumps, and rubella vaccine, England, 1991-2001. BMJ. 2003; 326(7394):854.
 14. Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. BMJ. 2011; 342:c7452.
 15. Monfort L, Muñoz D, Trenchs V, et al. Brote de sarampión en Barcelona. Características clínicas y epidemiológicas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28:82-6.
 16. Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed. BMJ. 2011; 342:c5347.
 17. Deer B. Andrew Wakefield: the fraud investigation – briandeer.com [Internet]. Briandeer.com. [citado 23-agosto-2023]. Disponible en: <https://briandeer.com/mmr/lancet-summary.htm>
 18. Jeremy A. This case is being considered by a Fitness to Practise Panel applying the General Medical Council's Preliminary Proceedings Committee and Professional Conduct Committee (Procedure) Rules 1988 [Internet]. Archive.org. 2010 [citado 22 de Agosto de 2023] Disponible en: https://web.archive.org/web/20110809092833/http://www.gmc-uk.org/Wakefield_SPM_and_SANCTION.pdf_32595267.pdf
 19. Retraction--Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet. 2010; 375(9713):445.
 20. Colaboradores de Wikipedia. Andrew Wakefield [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre; 2023 abr 25, [citado 22 de agosto de 2023]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Andrew_Wakefield&oldid=150766319.
 21. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. Vaccine. 2014; 32:3623-9.
 22. Appelqvist E, Jama A, Kulane A, et al. Exploring nurses' experiences of a tailored intervention to increase MMR vaccine acceptance in a Somali community in Stockholm, Sweden: a qualitative interview study. BMJ Open. 2023 Feb 6;13(2):e067169.
 23. Cogan E. Preventing fraud in biomedical research. Front Cardiovasc Med. 2022 Aug 24;9:932138.

Nota del autor: La mayoría de los enlaces al documento de las conclusiones del GMC sobre el caso Wakefield encontradas conectaban con una página de error, incluida la web del propio GMC. Finalmente, dicho documento se pudo descargar de un repositorio histórico, Web.archive.org: El enlace lo pueden encontrar en la bibliografía.



Gregori. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

Divertículo traqueal como hallazgo incidental en tomografía computarizada: Caso clínico.

Diverticle traqueal com troballa incidental en tomografia computada: cas clínic

Tracheal diverticulum as an incidental finding in computed tomography scan: case report

Daniel O. Adri Cabero, Ana Pelaez, Jean Carlo Soto Garcia, Li Conde Pimentel, Elisenda Grivé Isern, Silvia Llaverias Borrell.

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor

Palabras clave: Divertículo/ diagnóstico por imagen; Enfermedades de la Tráquea /diagnóstico por imagen; Hallazgos Incidentales; Tomografía computarizada

Paraules clau: Diverticle/ diagnòstic per la imatge; Malalties de la Tràquea/ diagnòstic per la imatge, Tomografia computada; Troballa incidental.

Keywords: Diverticulum/ diagnostic imaging; Incidental Findings; Tomography, X-Ray Computed; Tracheal Diseases/ diagnostic imaging

Recibido: 17-julio-2023

Aceptado: 21-septiembre-2023

Correspondencia: daniel.adri@quironsalud.es

Adri Cabero DO, Pelaez A, Soto García JC, Conde Pimentel L, Grivé Isern E, Llaverías Borrell S. Divertículo traqueal como hallazgo incidental en tomografía computarizada: caso clínico. *Ann Sagrat Cor.* 2023; 30(2): 87-89.

como hallazgo incidental. Se discute la presentación clínica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de los traqueoceles.

RESUM

Els diverticles traqueals o traqueoceles consisteixen en quists paratraqueals plens d'aire, anomalia poc freqüent que sol aparèixer en adults. La majoria són asimptomàtiques i es descobreixen com a troballes incidentals a les imatges radiològiques.

Presentem el cas d'un home de 28 anys amb traqueocele de probable origen congènit, identificada com a troballa incidental. Es discuteix la presentació clínica, el diagnòstic diferencial i el tractament de les traqueoceles.

ABSTRACT

Tracheal diverticula or tracheocele consist of paratracheal air-filled cysts, a rare abnormality that usually occurs in adults. Most are asymptomatic, being discovered as incidental findings on radiological imaging.

We report the case of a 28-year-old male with tracheocele of probable congenital origin, identified as an incidental finding. The clinical presentation, differential diagnosis and management of tracheocele are discussed.

RESUMEN

Los divertículos traqueales o traqueoceles consisten en quistes paratraqueales llenos de aire, anomalía poco frecuente que suelen aparecer en adultos. La mayoría son asintomáticas y se descubren como hallazgos incidentales en las imágenes radiológicas.

Presentamos el caso de un varón de 28 años con traqueocele de probable origen congénito, identificado

INTRODUCCIÓN

Presentamos un paciente con traqueocele de probable origen congénito como hallazgo casual. Dados los hallazgos radiológicos y la situación clínica del paciente, no precisa tratamiento, solo seguimiento en la consulta. Solamente en caso de que se produjeran complicaciones, se empezaría tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años, que consulta para realizar un control tomográfico por antecedentes de politrauma (accidente de tráfico), asintomático.

RADIODIAGNÓSTICO

Se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax sin contraste (Figuras 1 y 2).

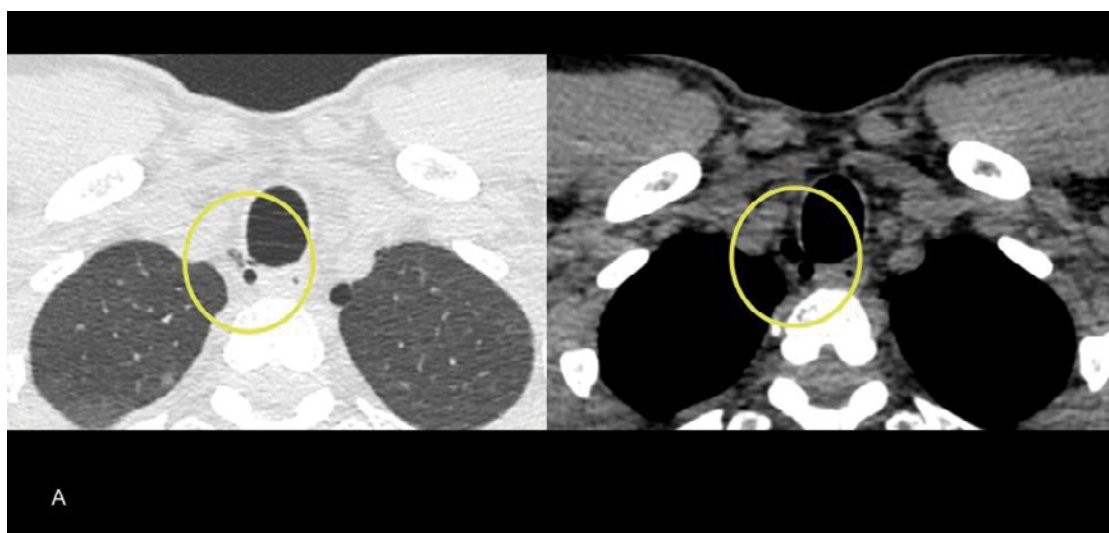


Figura 1. Cortes axiales de TC de tórax a nivel de mediastino superior, en ventana de pulmón y de mediastino, donde se visualiza colección aérea que surge del margen posterolateral derecho de la tráquea, con conexión a la misma (círculo).



Figura 2. Reconstrucciones coronales de TC de tórax a nivel de mediastino superior, en ventana de pulmón, donde se visualiza colección aérea que surge del margen posterolateral derecho de la tráquea, con conexión a la misma (círculo).

A continuación, se realiza tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional (Figuras 3 y 4)

DIVERTÍCULO TRAQUEAL

El traqueoceles o divertículo traqueal es una entidad poco frecuente, que surge, como en nuestro caso, del margen posterolateral derecho de la tráquea. Su origen puede ser adquirido o congénito. El primero suele ser de mayor tamaño y de base ancha, produciéndose por el aumento crónico de la presión intraluminal, como en el caso de los pacientes enfisematosos. El congénito, de forma sacular, tiene relación con la germinación supernumeraria de la pared traqueal, que puede conllevar que se rellene con moco.

La falta de publicaciones sobre esta entidad se debe a que es infrecuente y a sus pocos e inespe-

cíficos síntomas, lo que dificulta el diagnóstico adecuado.

Suele ser asintomático, pero puede debutar con tos persistente, infecciones respiratorias recurrentes, disfagia o, más raramente, dolor torácico.

La Tomografía Computada (TC) es el método de imagen de elección para su identificación, aunque la broncoscopia arroja el diagnóstico definitivo, con la visualización de la comunicación con la luz traqueal. Mediante TC, se identifica la comunicación en muy pocos casos. El divertículo suele asentar en la transición de la tráquea intra o extratorácica, mide menos de 2 centímetros, y no suele presentar calcificaciones o niveles hidroaéreos, a diferencia de los quistes broncogénicos.

Entre los diagnósticos diferenciales se deben considerar, el divertículo de Zenker, hernia apical pulmonar, bullas apicales, neumomediastino, laringocele y faringocele.

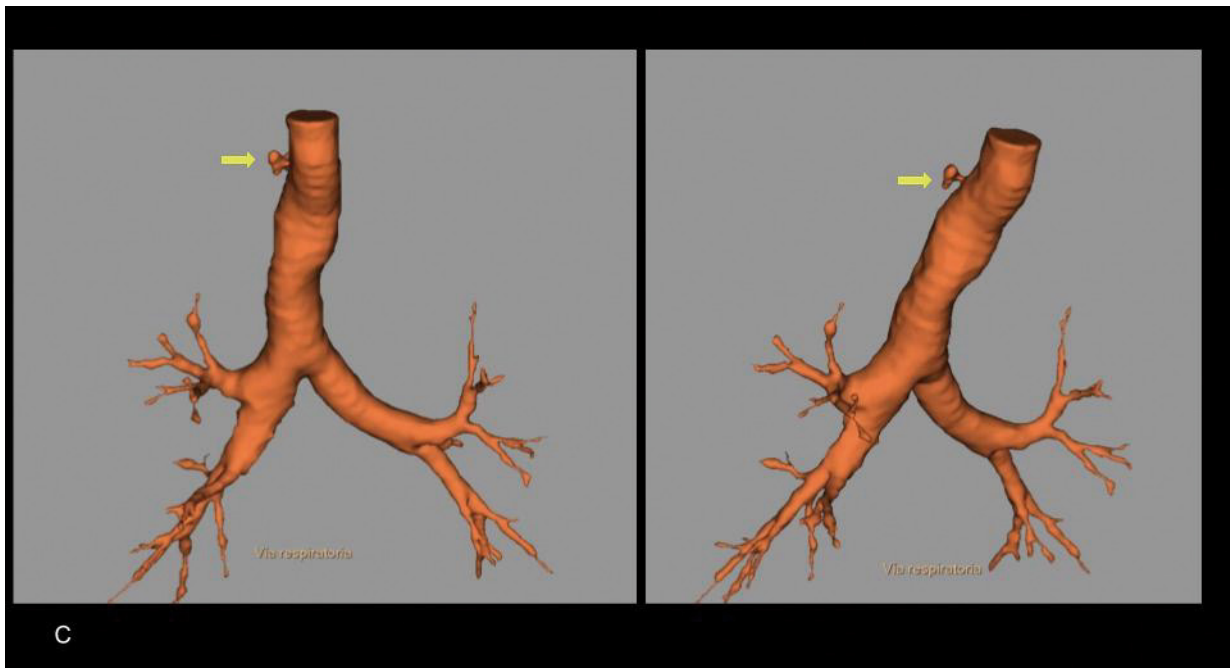


Figura 3. TC con reconstrucción tridimensional de la vía aérea. El divertículo se indica con flecha amarilla.



Figura 4. TC con reconstrucción tridimensional de la vía aérea, con parénquima pulmonar, donde se señala el divertículo con flecha.

La importancia de reconocerlo radica en que puede provocar complicaciones en la intubación orotraqueal (perforación) y que, a pesar de ser casi siempre asintomático, puede presentarse con clínica respiratoria, disfagia o incluso simular tromboembolismo pulmonar. Se indica tratamiento conservador si son asintomáticos y quirúrgicos si se producen complicaciones importantes y/o aumento de tamaño del divertículo.

En conclusión, presentamos un paciente con traqueoceles de probable origen congénito como hallazgo casual. Dados los hallazgos radiológicos y la situación clínica del paciente, no precisa tratamiento, solo seguimiento en la consulta y tratar quirúrgicamente en caso de que se produjeran complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmona Soto P, Congregado M, Loscertales J. Divertículo traqueal adquirido como causa de intubación orotraqueal complicada. Arch Bronconeumol. 2012; 48:64-6.
2. Hernández Pérez L, Pac Ferrer J, Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti N et al. Divertículo traqueal causante de disfagia. Cir Esp. 2010; 88:197-8.
3. López Miguel P, Godoy Mayoral R, Pastor Juan R, et al. Traqueoceles, también conocido como divertículo traqueal. A propósito de un caso. Rev Esp Patol Torác. 2009; 21:163-5.
4. Tanaka H, Mori Y, Kurokawa K, et al. Paratracheal air communicating with the trachea: CT findings. J Thorac Imaging. 1997; 12:38-40.

¿Hemos perdido el miedo a las benzodiacepinas?

Hem perdut la por a les benzodiacepines?

Have we lost our fear of benzodiazepines?

Anna Ganelina, Horacio Valencia Tejerina

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona.

Palabras clave: Benzodiacepinas /efectos adversos; Salud Pública /tendencias; Sobredosis; Uso indebido de medicamentos recetados

Paraules clau: Benzodiazepines /efectes adversos; Salut pública /tendències; Sobredosi; Ús indegut de medicaments receptats

Keywords: Benzodiazepines /adverse effects; Drug Overdose; Prescription Drug Misuse; Public Health / trends.

Recibido: 19-diciembre-2022

Aceptado: 13-abril-2023

Correspondencia: aganelga27@alumnes.ub.edu
Ganelina A, Valencia Tejerina H. ¿Hemos perdido el miedo a las benzodiacepinas? *Ann Sagrat Cor.* 2023; 30(2): 90-92.

RESUMEN

Presentamos un caso de desorientación y somnolencia en un paciente diagnosticado de ansiedad y depresión que requiere atención en el Servicio de Urgencias por intoxicación de su medicación habitual, en la que le han sido pautadas como tratamiento dos tipos de benzodiacepinas: diazepam y fluracepam. Se revierte con flumazenilo recuperando el nivel de consciencia.

RESUM

Presentem un cas de desorientació i somnolència en un pacient diagnosticat d'ansietat i depressió que requereix atenció al Servei d'Urgències per intoxicació de la seva medicació habitual, en què han estat pautades com a tractament dos tipus de benzodiazepines: diazepam i fluracepam. Es reverteix amb flumazenil recuperant el nivell de consciència.

ABSTRACT

We present a case of disorientation and somnolence in a patient diagnosed with anxiety and depression who required attention in the Emergency Department due to intoxication of his usual medication, in which two types of benzodiazepines were prescribed as treatment: diazepam and fluracepam. It reverts with flumazenil, recovering the level of consciousness.

INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas (BZD) son agentes hipnótico-sedantes que se utilizan clínicamente desde los años sesenta. Actúan como agente depresor del sistema nervioso central, y son más seguras y selectivas que los barbitúricos, aunque presentan una estructura química similar. Son absorbidos en estómago y metabolizados en hígado. Debido a sus múltiples usos y a su amplio índice terapéutico, las BZD se prescriben ampliamente y se utilizan habitualmente para sedar y tratar la ansiedad, las convulsiones, los estados de abstinencia, el insomnio y la agitación.

Las vías de administración pueden ser oral, intramuscular o intravenosa. Por vía oral la absorción es rápida y aparece en la sangre a los pocos minutos. Su uso es elevado por su inmediata respuesta en comparación con otros medicamentos. En personas sanas y en dosis adecuada no altera la realización de ejercicios físicos y mentales en pacientes con ansiedad. Se utilizan principalmente para los trastornos de la ansiedad, pero crean dependencia, tolerancia y abstinencia [1-3].

Tradicionalmente, las benzodiacepinas han sido excluidas ante la sospecha de trastornos de la ventilación, con resultado de hipoxemia e hiper-capnia. Pero la persistencia de entidades asociadas de larga evolución como ansiedad, agitación, insomnio nos deben hacer reevaluar los beneficios y posibles inconvenientes de las benzodiacepinas.

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años que acude a Urgencias acompañado por el Servicio de Emergencias Médicas, por somnolencia de un día de evolución, junto a tos con expectoración blanquecina, aumento de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, y escalofríos de una semana de evolución. Refiere problemas de memoria inmediata y de concentración de dos semanas de evolución. Sin dolor torácico, palpitaciones, ortopnea, síntomas digestivos o urinarios.

Anamnesi

Exploración física

A su ingreso, tensión arterial 99/84 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 lat/min, saturación de oxígeno 89%.

Consciente, desorientado, no muy colaborador, somnoliento. Bien nutrido, normocoloreado, con sequedad de mucosas. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos, hipofonesis global con sibilancias. Edemas con fóvea en ambas extremidades inferiores. Pulsos palpables y simétricos. Peristaltismo conservado, abdomen blando y depresible, sin masas, visceromegalias, peritonismo, ni focalidad neurológica. Pupilas simétricas, normoreactivas. Temblor de las manos.

Ritmo sinusal a 90 latidos por minuto con bloqueo incompleto de rama derecha ya conocido, sin otras alteraciones. Radiografía de tórax, con aumento de la trama broncovascular en base derecha.

No anemia, no leucocitosis, creatinina 1,19 mg/dL, Filtrado glomerular 65,08, normalidad de NT-proBNP, ionograma y PCR.

Gasometría arterial: pH 7,33, pCO₂ 82 mmHg, PO₂ 52 mmHg, Bicarbonato 43 mEq/l, Exceso de bases celulares 14 mEq/l, saturación de O₂ 84%.

Antecedentes

Fumador activo (10 cig/día) desde los 20 años. Sin otros hábitos tóxicos.

EPOC GOLD 3: recurrentes agudizaciones. Obesidad con síndrome de apnea obstructiva del sueño. Ansiedad, esquizofrenia.

Medicación habitual: Diazepam 25 mg 0-0-1, Fluoxetina 20 mg 1-0-0, olmesartan/hidroclorotiazida 20/25 mg día 0-0-1, budesonida/formoterol fumarato dihidrato 160/4.5 mcg 1-0-1, bromuro de ipatropio, flurazepam hidrocloreuro 30 mg antes de acostarse.

Diagnóstico

Debido a su medicación habitual con dos benzodiacepinas, se diagnóstica de intoxicación involuntaria por psicofármacos. Se administra una ampolla de flumazenilo, con lo que recupera el nivel de consciencia.

DISCUSIÓN

España es líder mundial en consumo de benzodiacepinas y el número de prescripciones de ansiolíticos e hipnóticos sigue creciendo, según los datos de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La prevalencia de los problemas de salud mental, como trastorno de ansiedad y depresión, se ha elevado significativamente durante la pandemia, lo cual se ha reflejado en el aumento del consumo de benzodiacepinas. Se estima que en 2021 en España se consumieron 93 dosis diarias de benzodiacepinas por cada 1.000 habitantes, siendo las mujeres y los ancianos, los grupos más consumidores [1-3].

Las benzodiacepinas actúan potenciando la acción inhibitoria del ácido gamma aminobutírico (GABA) en la transmisión neuronal y tienen efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. Se utilizan

principalmente en el tratamiento de la ansiedad y del insomnio y están indicadas en estadios que limiten la actividad del paciente. Otras posibles indicaciones de su aplicación son como anticonvulsivante, relajante muscular, premedicación anestésica y desintoxicación alcohólica. Se clasifican según la vida media en tres grupos: de acción corta (midazolam), intermedia (lorazepam) y larga (diazepam, clonazepam) [2-4].

La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible. El tratamiento debe comenzar con la dosis más baja recomendada, sin exceder la dosis máxima y retirarse de manera gradual. En caso de insomnio y trastorno de ansiedad no se recomiendan pautas más largas de 4 semanas. Las benzodiacepinas tienen efectos de rebote (ansiedad, depresión e insomnio) y provocan tolerancia. A más largo plazo la persona puede empezar a presentar síntomas de abstinencia: ansiedad, disforia intolerancia a la luz brillante y ruidos, náuseas, sudoración, contracturas musculares, insomnio.

Son factores predictores del síndrome de abstinencia y su mayor gravedad, las dosis altas de benzodiacepinas y de semivida más corta, mayor duración del tratamiento, interrupción brusca, antecedentes de ansiedad o depresión previa al inicio del tratamiento o historia del abuso de tóxicos.

Los inconvenientes a largo plazo de las benzodiacepinas, además de su capacidad para producir tolerancia y dependencia, incluyen sedación y alteraciones psicomotoras (que contribuyen a las posibilidades de caídas y accidentes de tráfico), riesgo de deterioro cognitivo y pérdida de memoria, embotamiento de las emociones, apnea de sueño, incontinencia urinaria y efectos paradójicos estimulantes [2,3,5].

Debido a su amplia prescripción, las benzodiacepinas son los agentes más frecuentemente presentes en intoxicaciones por psicofármacos en todas las edades. No obstante, como agente único, raramente generan complicaciones graves. Una intoxicación leve-moderada puede tener las siguientes manifestaciones clínicas: estupor, disartria, somnolencia, hipotonía, hiperreflexia, nistagmos, obnubilación, ataxia, excitación paradójica. Cuando la sobredosis está asociada a otras sustancias con efecto depresor del SNC (opiáceos, alcohol, antidepresivos, antipsicóticos) su efecto hipnótico se potencia y puede producirse depresión respiratoria y cardiovascular y se aumenta el riesgo de la coma e incluso muerte.

El tratamiento de un paciente intoxicado por benzodiacepinas incluye la monitorización de las constantes y las medidas de estabilización y soporte de las funciones vitales: garantizar vía aérea, asegurar una correcta oxigenación, colocar vía periférica para infundir sueroterapia si la situación hemodinámica lo requiriese. En casos de una intoxicación reciente (menos de 2 h) se puede administrar el carbón activado.

Inducir vómito está contraindicado por riesgo de broncoaspiración. La diuresis forzada y las técnicas de depuración extrarrenal no han demostrado eficacia en estos casos. Es importan-

te identificar si la intoxicación puede tener fines autolíticos y activar el código suicidio si fuera necesario. El uso de antagonista benzodiazepínico competitivo del receptor GABA, flumazenilo, según la revisión bibliográfica, es restringido solamente a casos de intoxicaciones graves. Sin embargo, en la práctica clínica real se utiliza a menudo para el diagnóstico diferencial de intoxicaciones y coma de origen desconocido y en los casos de sospecha de intoxicaciones leves-moderadas por benzodiazepinas. La dosis inicial es habitualmente de 0,1-0,25 mg y se puede administrar un bolus cada minuto (hasta un máximo de 2 mg). El flumazenilo revierte los síntomas en 1-5 minutos, pero tiene vida media corta (menos de 1 h). Por lo tanto, en casos de benzodiazepinas de semivida larga, pacientes ancianos o con antecedentes de insuficiencia hepática con una intoxicación grave, se puede realizar perfusión continua. Debemos utilizar flumazenilo con precaución en caso de antecedente de epilepsia por un alto riesgo de convulsiones.

Otro efecto secundario frecuente son las arritmias cardíacas (sobre todo, en combinación con antidepresivos tricíclicos). Asimismo, en pacientes con uso crónico de benzodiazepinas, puede provocar síndrome de abstinencia [3,6,7].

Teniendo en cuenta todos los problemas y riesgos relacionados con el uso crónico y abuso de benzodiazepinas, es muy importante revisar la medicación de nuestros pacientes de una manera sistemática, sobre los riesgos del consumo prolongado de benzodiazepinas y su uso fuera de la pauta, evitar prescripciones innecesarias y retirarlas lo antes posible. La retirada tiene que ser un proceso individualizado (teniendo en cuenta tipo de benzodiazepinas, dosis, duración de la administración, estilo de vida del paciente y las razones que motivaron la prescripción de las benzodiazepinas) y gradual [2,3].

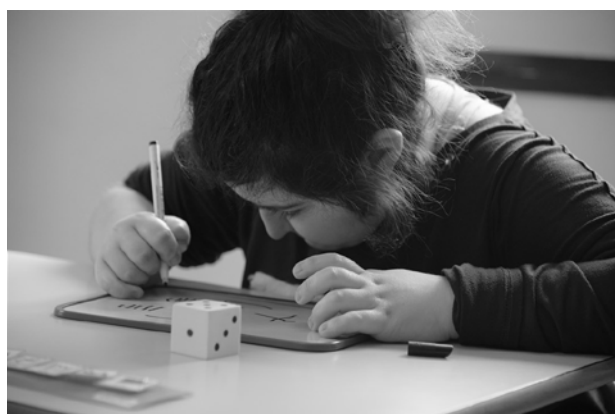
CONCLUSIÓN

España es el líder mundial de consumo de benzodiazepinas. El abuso y uso crónico de benzodiazepinas provoca múltiples efectos adversos, tolerancia, dependencia grave y aumenta riesgo de

intoxicación. Las intoxicaciones mixtas por benzodiazepinas con alcohol y otros psicofármacos pueden ser grave y provocar depresión respiratoria, coma e incluso muerte. Por lo tanto, es imprescindible revisar la medicación de los pacientes, informarles sobre los riesgos del consumo prolongado de benzodiazepinas y su uso fuera de la pauta, evitar prescripciones innecesarias y retirarlas cuanto antes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España | Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
2. Martínez García R, González Gero M, Cano Hinarejos R, et al. Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: otras alternativas [Internet]. Bol Farmacoter Castilla La Mancha. 2012; 13(5) [citado 19 diciembre 2022]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/benzodiazepinas.pdf>
3. Lligoña Garreta A, Álvarez Mazariegos JA, Guardia Serecigni J, et al. Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas [Internet]. Socidrogalcohol. 2019. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_G_UIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf
4. Benzo.org.uk : Las Benzodiazepinas: Mecanismo de acción y cómo suspender la ingestión. Ashton H, 2002 [Internet]. Org.uk. [citado 19 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.benzo.org.uk/espman/bzcha01.htm>
5. Osborn CO. How long does withdrawal from benzodiazepines last? [Internet]. Verywell Mind. 2019 [citado 19 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.verywellmind.com/benzodiazepine-withdrawal-4588452>
6. Acuña JP. Intoxicación grave por psicofármacos. Rev Med Clin Las Condes. 2011; 22:332-9.
7. Osés I, Burillo-Putze G, Munné P, et al. Intoxicaciones medicamentosas (I): Psicofármacos y antiarrítmicos. An Sist Sanit Navar. 2003;26:49-63.



Malena. Font: Monica das Neves | www.instagram.com/monicad_photography/

El tratado del no tan inútil combate por la universalización

El tractat del no tan inútil combat per la universalització

The treatise on the not-so-useless fight for universalization

Vicente Ortún Rubio

Catedrático emérito de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Palabras clave: Financiación pública; Planes de Asistencia Médica para Empleados; Política Sanitaria; Programas obligatorios; Sector privado; Seguros de salud.

Paraules clau: Assegurança de salut; Finançament públic; Plans d'Assistència Mèdica per a Empleats; Política Sanitària; Programes obligatoris; Sector privat.

Keywords: Financing, Government; Health Benefit Plans, Employee; Health Policy; Insurance, Health; Mandatory Programs; Private Sector.

Recibido: 28-julio-2023

Aceptado: 23-septiembre-2023

Correspondencia: vicente.ortun@upf.edu

Ortún Rubio V. *El tratado del, no tan inútil, combate por la universalización. Ann Sagrat Cor. 2023; 30(2): 93-100.*

alguna inspiración siempre que no se pierda de vista su necesario acomodo progresivo a la cultura, valores y reglas de juego (instituciones) de cualquier país.

RESUM

S'analitza l'experiència comparada dels Estats Units d'Amèrica, Alemanya, Holanda i, parcialment, Espanya, ja que són països que han canalitzat l'assegurament obligatori per canals privats, cosa que proporciona alguna inspiració sempre que no es perdi de vista el seu acomodament progressiu necessari a la cultura, valors i regles de joc (institucions) de qualsevol país.

ABSTRACT

The comparative experience of the United States of America, Germany, Holland and, partially, Spain is analyzed, since these are countries that have channeled compulsory health insurance through private channels, which provides some inspiration, provided that the necessary progressive adaptation to the culture, values and rules of the game (institutions) of any country is not lost sight of.

RESUMEN

Se analiza la experiencia comparada de Estados Unidos de América, Alemania, Holanda, y, parcialmente, España, pues son países que han canalizado el seguro obligatorio por canales privados, lo que proporciona

INTRODUCCIÓN

Alemania como EUA o Chile son países donde la obligación de asegurarse, en el ámbito de la salud, puede canalizarse por entidades privadas que segmentan riesgos [1-2-3]. También lo era Holanda hasta 2006, año a partir del cual dejó de perder a los ciudadanos con mayores rentas.

Se analiza la experiencia de los países citados, con una mención a España, y se propone una regulación básica del seguro voluntario privado.

Alexis, de Yourcenar [4], contrajo compromisos imprudentes y la vida se encargó de protestar. La financiación sanitaria en muchos países está llena de compromisos imprudentes contrarios al bienestar social. El combate para huir de la segmentación de riesgos y tender hacia la universalización puede parecer inútil pero hay experiencias de éxito total o parcial.

LECCIONES DE EXPERIENCIA COMPARADA: EUA, ALEMANIA Y HOLANDA

Estados Unidos de América se caracteriza por tener un sistema sanitario con amplias y reconocidas deficiencias (e.g. publicaciones Commonwealth Fund [5]). Tanto las administraciones de Bill Clinton como la de Barack Obama fracasaron en sus intentos de reforma sanitaria para mejorar la cobertura sanitaria de forma más solidaria. Los seguros privados, un 10% del PIB, constituyen un interés creado muy poderoso desde hace décadas. La dependencia de senda y el enquistamiento organizado de esos intereses creados, unido a unos valores más individualistas y menos partidarios de las redes de apoyo social [6], hace que transitar hacia una financiación pública universal sea más difícil en EUA que en otros países desarrollados. El sistema sanitario de EUA resulta el doble de caro per cápita que los sistemas en Europa, pero eso

no da como resultado que los estadounidenses tengan una mejor salud ya que su expectativa de vida es más baja que en otros países ricos y las muertes por desesperación (sobredosis, enfermedad alcohólica hepática/cirrosis, y suicidio) siguen aumentando.

En un artículo reciente [7], Liran Einav, de Stanford, y Amy Finkelstein del MIT, exponen diáfano que los parches llevan medio siglo sin funcionar. No hay otra solución que la cobertura universal automática (para todos), gratuita en el momento de la utilización y básica. Quien quiera volar en *business* que acuda al mercado de los seguros complementarios. EUA gasta, como porcentaje de lo que cada año produce, el doble que el resto de países de renta alta (para obtener peores resultados) que financian su gasto sanitario fundamentalmente con impuestos... algo que ya está haciendo EUA, pues la mitad de su gasto está financiada públicamente. Están pues pagando por una cobertura básica universal que no obtienen, tanto por su 11% de menores de 65 años sin seguro como, sobre todo, por asegurados apenas cubiertos que deben afrontar facturas catastróficas. "La falta de una cobertura sanitaria universal en EUA es excepcional. La solución no tendría que serlo" concluyen Einav y Finkelstein.

Los países europeos tienen muchos sistemas diferentes, pero comparten dos rasgos: uno es que todos están cubiertos y el otro es que se negocian los precios de los medicamentos y servicios. Evitan la posición de los EUA, donde aproximadamente \$1 de cada \$5 de su producto interno bruto se destina al sector de la atención de la salud. Y esto significa, por ejemplo, menos dinero anual para carreteras, para sus otrora grandes universidades estatales, o para otros bienes públicos [8].

EUA, un sistema sanitario con un comportamiento manifiestamente mejorable pese a estar integrado por organizaciones excelentes, como Kaiser, Mayo Clinic, Veterans, Geisinger... de las que hay bastante que aprender, además de constatar que ser mejor no sirve para ganar cuota de mercado en contextos estatales oligopólicos. Geisinger, por ejemplo, constituye un modelo pues en una zona poco dinámica de Pensilvania secuencia el exoma a toda la población, tratando los hallazgos (BrCa, Lynch...) en atención primaria, y a las personas diagnosticadas con diabetes tipo II les proporciona terapia alimentaria en lugar de farmacológica, bajando así los costes anuales a una quinta parte y consiguiendo una reducción de la hemoglobina glicosilada 2,5 veces superior [9].

Alemania: Todos los residentes están obligados a estar cubiertos y algunos que han optado por el aseguramiento privado no tienen permitido reincorporarse al régimen público.

Ginis

Para capturar desigualdades relevantes en las sociedades, es conveniente recordar que, según la OCDE, el índice Gini de renta

disponible para Alemania es de 30, de 44 para Chile, de 38 para EUA y de 32 para España. Esta aproximación a la medida de la desigualdad, indicio de resistencia esperable tanto a una fiscalidad progresiva como a unos servicios públicos que atiendan según necesidad, puede mejorarse incluyendo las prestaciones en especie –tipo educación o sanidad– que no suelen recogerse. Importante cuando estas prestaciones son redistributivas como puede ocurrir con la atención primaria o con la educación infantil o cuando son regresivas como la financiación pública de las universidades en algunos países. La universidad constituye el estadio más barato para muchas familias del proceso formativo. En el capítulo IV de la Crítica del programa de Gotha [10], Karl Marx escribía en 1875: "En algunos países las universidades son gratuitas, lo que únicamente significa financiar a las clases altas a partir de la recaudación general". Esa afirmación está vigente en la actualidad [11]. Y más ahora tras la reducción de tasas universitarias. Hablamos mucho de progresividad fiscal, pero olvidamos completamente el otro platillo de la redistribución de renta, el de la utilización de servicios financiados públicamente: en España el 20% de las familias de renta más alta reciben el 25% de los beneficios sociales mientras que el 20% de las familias de renta más baja recibe únicamente el 10% de los beneficios sociales [12].

El sistema alemán, en contraste con el de EUA, presenta menos desventajas en su funcionamiento. Las aseguradoras privadas en Alemania pueden fijar primas que reflejen el riesgo individual al tiempo que excluyen la cobertura de condiciones preexistentes. Sin embargo, deben cubrir tanto la atención hospitalaria como la ambulatoria e igualar los beneficios ofrecidos por el seguro obligatorio alemán, la GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*).

Para evitar primas de aseguradoras privadas insostenibles a medida que las personas envejecen, en Alemania, se obliga a las aseguradoras privadas a introducir una cuota suplementaria entre los nuevos suscriptores que permita constituir una reserva –fondos propios– para mayores gastos futuros derivados del envejecimiento.

El seguro público pierde a la población más adinerada y saludable. La asociación de aseguradoras privadas de Alemania (PKV) señala que los especialistas ganan dinero con sus afiliados y así ayudan al sector público. No obstante, esta aseveración se contradice con la dinámica de remuneraciones, en donde los facultativos reparten su tiempo entre el sector privado y el sector público proporcionalmente a los ingresos que reciben de cada fuente.

En Alemania, las aseguradoras privadas negocian precios con los especialistas ambulatorios pero el riesgo de inadecuación (especialmente por sobreindicación) es altísimo [13]. Recordemos

el experimento natural de la Rand que al no poder controlar la respuesta de la oferta –aumentar el margen extensivo, más pruebas y visitas- optó porque los proveedores no la notaran.

Holanda: Antes de la gran reforma en 2006, casi una cuarta parte de la población tenía seguro privado como sustituto del público. La Ley de Seguro Sanitario de 2006 creó un seguro único y obligatorio, régimen que cubre a toda la población. El proceso fue largo. El informe de la comisión Dekker, de 1987, ya hablaba en su *Willingness to change*, de competencia regulada y solidaridad. En 1992, se permitió que los fondos de enfermedad operaran en todo el país, perdiendo así su posición de monopolio regional. A los suscriptores se les permitió cambiar a otro fondo cada 2 años (cada año desde 1997).

En 1992 se introdujeron tarifas máximas para atención médica y se dio a los fondos y aseguradoras privadas la opción de negociar tarifas más bajas con proveedores. En 1993 se inició la transmisión gradual de riesgos a las aseguradoras. Para fomentar la eficiencia, se introdujo un plan de reembolso prospectivo para los fondos de enfermedad mediante pagos capitativos ajustados por riesgo, poniendo fin al principio de reembolso de los gastos. El riesgo promedio de los fondos aumentó desde el 3% de su gasto en 1995 a aproximadamente el 50% en 2004. De esta manera se consolidó un esquema de compensación de riesgos cada vez más sofisticado. Posteriormente, en 1995, se implementó la financiación hospitalaria según actividad ajustada por complejidad de casos.

La Ley de Seguro de Salud de 2006 (*Zorgverzekeringswet*) puso fin a la distinción tradicional entre cajas de enfermedad y aseguradoras privadas, introduciendo un régimen único que abarque a todos los residentes legales. El esquema es conocido como el Plan Básico de Seguro de Salud, distinguiéndose de otros planes de seguros complementarios que cubran servicios extras no incluidos en el paquete de prestaciones del régimen básico (Figura 1). Con este fin, se apunta a mejorar la solidaridad del sistema. Implementado por aseguradores privados, incluidas las antiguas cajas de enfermedad, la nueva legislación de seguros creó un entorno institucional destinado a fomentar competencia entre aseguradoras que, a su vez, se esperaba que aumentara la eficiencia. También fue un intento de mejorar las condiciones de las aseguradoras, posicionadas como un poder compensatorio de los proveedores, en donde su nuevo papel era negociar en nombre de sus clientes con los proveedores sobre los costos, el volumen y la calidad de la atención dentro de una estructura institucional establecida por el Estado.

En Holanda, tras la reforma del 2006, se estableció que las aseguradoras debían ofrecer inscripción abierta y no pueden rescindir contratos (prohibición de selección de riesgos). En este sentido, el gobierno establece un paquete estándar para evitar que los consumidores tengan un seguro insuficiente, así como para facilitar la competencia –comparación de primas- entre ase-

guradoras y para evitar la selección de riesgos a través de la diferenciación del 'producto'.

Entre 2004 y 2006 la participación de la financiación pública en el gasto sanitario corriente aumentó del 65,6 % al 85,7 % (OCDE, 2016). Sin embargo, desde la perspectiva del asegurado y del asegurador (contratos anuales; aseguradores privados, algunos comerciales) es claramente un esquema privado.

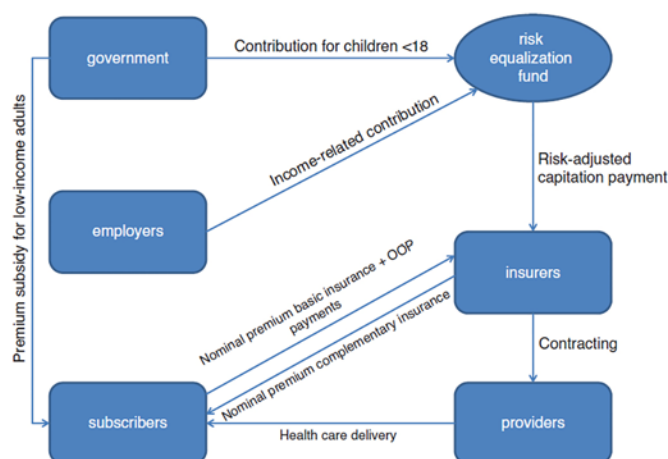


Figura 1. Esquema del sistema sanitario holandés. **Fuente:** Maarse 2009 The Netherlands. In: Thomson S, Mossialos E, eds. *Private health insurance in the European Union*. London, European Commission by the London School of Economic and Political Science.

Entre los efectos de la reforma de 2006 en Holanda, se encuentra la estabilización entorno al 6-7% de los cambios anuales de aseguradora, lo que es un indicador de cierta competencia entre las mismas. También se cuenta con una prima individual más costosa que la prima colectiva (trabajadores de una empresa). Por último, se observa que sólo un 0,1% de la población se encuentra sin seguro, aunque un 2,1% de los asegurados no paga la prima.

Las cuatro mayores aseguradoras (Zilveren, OWM, VGZ y Menzis) cubren el 90% del mercado, a la vez que han bajado costes administrativos. Ahora bien, los beneficios generados tienen como consecuencia que el público ve a las aseguradoras como buscadoras de lucro. Se mantienen deducciones importantes para frenar la utilización, ya que eliminarlas supondría aumentar cotizaciones.

En Holanda, solo un hospital privado tiene finalidad de lucro (Red Cross), a diferencia de EUA y Alemania que presentan una cuota creciente de este tipo de instituciones; Reino Unido, también tiene una escasa cuota de hospitales con finalidad de lucro.

Hospitales con fines lucrativos

Implicaciones para la política sanitaria.
"Las decisiones con respecto a los planes de reembolso público son determinantes críticos del crecimiento del sector"

hospitalario con fines de lucro. Tales decisiones influyen en la rentabilidad a corto plazo y suelen ser relativamente estables y duraderas. Por lo tanto, los formuladores de políticas que buscan influir en la composición del mercado hospitalario deben centrarse en el diseño de planes de pago, en particular los detalles de financiamiento y reembolso de capital. Intervenir para reducir los costos de capital de una forma de propiedad en relación con otras puede inducir cambios a largo plazo en la composición del sector hospitalario. Por lo tanto, nuestros hallazgos exigen un examen más detenido de cómo los planes de reembolso de capital 'dirigen' el negocio de la salud. Finalmente, el sector de hospitales con fines de lucro es bastante complicado: una vez que ha crecido, tiende a no contraerse. Esta característica es particularmente relevante en una era en la que muchos hospitales están bajo presión financiera. Privatizar hospitales públicos o sin fines de lucro con dificultades financieras es relativamente 'fácil', pero revertir la privatización suele ser extenuante y costoso". [14]

Otro país a considerar para la evidencia comparada es España. Las Mutualidades de Funcionarios civiles, militares y judiciales (MUFACE, ISFAS y MUGEJU respectivamente) se crean en España en 1975, cinco años antes que las ISAPRES en Chile pero responden a una tradición histórica y suponen fundamentalmente homogeneizar un régimen especial de seguridad social para funcionarios. Sus 1,8 millones de beneficiarios pueden optar, para su asistencia sanitaria, entre el Régimen General de Seguridad Social –el 20% lo hace– o las aseguradoras privadas concertadas con esas mutualidades [15]. Estas aseguradoras privadas debidamente autorizadas (actualmente son tres: Adeslas, Asisa y DKKV) pugnan por atraer la mejor fracción de funcionarios, quienes eligen libremente –una vez al año– entre aquellas, siendo el pagador público quien financia por una cuantía predefinida a las que aceptaron las condiciones. Esta cuantía predefinida está por debajo del gasto sanitario por persona del régimen general de Seguridad Social, lo cual se utiliza como argumento a favor de las Mutualidades, siendo la expulsión de procesos graves y costosos hacia la sanidad pública el principal argumento en contra.

Tal como escribe Guillem López-Casasnovas [16]: “En ninguna parte dice la Constitución española que el Convenio del Mutualismo sea un derecho exclusivo de un grupo de población, negable a otros ciudadanos, aunque estos beneficios en especie deban estar excluidos de valoración fiscal como prestación en especie, siendo, como mínimo, empoderamiento con valor de cambio. Y menos aún se entiende que los sindicatos (UGT y CCOO) manifesten que éste mutualismo (1975) sea una conquista democrática de los trabajadores, como lo han hecho recientemente. La existencia de este ‘vale’ otorga una elección trampo-

sa, marcada por la inexistencia de una regulación que defina con mayor precisión los cambios extraordinarios de régimen desde el sistema privado al público, los períodos de carencia para los cambios ordinarios, e incluso el procedimiento de facturación cuando se combinan por urgencia los dispositivos asistenciales”.

Conviene recordar: Primero, que el ministro de Sanidad en la sombra, Fernández Miranda, proponía generalizar el modelo MUFACE. Finalmente, en 1996, fue nombrado Romay Beccaria que se distinguió precisamente por su política de fortalecer la universalidad sanitaria procurando incluso una mejora de la eficiencia de la prestación sanitaria a través de las ya prematuramente olvidadas ‘nuevas formas de gestión’. Segundo, que el modelo de área única existente en la comunidad de Madrid desde 2009 –una competencia por comparación que no ha nivelado el terreno de juego, pues solo hospitales privados como la Fundación Jiménez Díaz tiene incentivos para captar pacientes– ha tenido un importante refrendo electoral. Ello unido al progresivo deterioro de la gestión pública directa y al interés de los grandes grupos hospitalarios privados en conseguir financiación pública hace plausible la generalización del modelo Madrid.

FONDO UNIVERSAL SANITARIO POR RAZONES DE EFICIENCIA

Conviene entender bien la eficiencia asignativa sobre el bienestar –función de evaluación– pues la eficiencia técnica se limita a maximizar la cantidad de un servicio, que puede ser incluso perjudicial o inadecuado, cuando hay que procurar la eficiencia asignativa: la combinación de servicios que, con unos recursos dados, más contribuye al bienestar. Como medida del progreso económico y social, el bienestar supera a la mortalidad cuyos determinantes conocemos [17]. Centrarse en el bienestar de la población, presente y su sostenibilidad en el tiempo, medir los servicios no tanto por los gastos sino por sus resultados, otorgar más importancia a la distribución de los ingresos, del consumo y de la riqueza, contabilizar actividades no mercantiles como las domésticas y el tiempo libre, valorar la calidad de vida en todas sus dimensiones... Aproximaciones prácticas han sido el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, desde 1990, y el *Better Life Index* de la OCDE, situadas entre el insuficiente PIB y la excesiva FIB (Felicidad Interior Bruta) de Bután.

Conocemos las dificultades que tiene construir una función de bienestar social basada en preferencias individuales. Conviene cambiar a una función de evaluación social que no las precisa tal como hace Antonio Villar [18], quien parte del bienestar social como función directamente definida sobre el espacio de variables primarias sin tener que pasar por el espacio de vectores de utilidad.

La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia

asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar.

Estas razones de eficiencia son más permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad. Se basan en el teorema de Rothschild-Stiglitz que muestra como la selección adversa impide un mercado eficiente salvo que salga a cuenta asegurar el mayor riesgo. La conjetura de Coase, por otra parte, llevaría al aseguramiento de colectivos como procedimiento contractual que no necesita de la intervención del mercado y evita la selección adversa pues sobre un tamaño poblacional grande se pueden estimar riesgos con un intervalo de confianza estrecho. En la realidad, y es una cuestión empírica, en un año cualquiera más de la mitad del gasto sanitario se concentra en población que no pertenece a colectivos de población ocupada asegurable. Queda la alternativa de seguro público obligatorio universal como único eficiente. *[Dicho esto conviene evitar el término 'eficiencia' así como el de 'consideraciones económicas. Ni los tribunales lo ven bien. Impera la regla del rescate y aquel con poder industrial, mediático o político conseguirá que su problema sea atendido. La víctima visible oculta las 300 víctimas anónimas que sufren el desplazamiento de recursos a la visible. Lo decían los evangelios: En ocasiones ha de morir un hombre por un pueblo pero nunca ha de morir un pueblo por un hombre solo. Alternativas: Hablar de 'calidad' o de 'valor'; significan lo mismo y suscitan muchas más adhesiones. Incluso cabe utilizar el término 'capacidad resolutive', la marca del virtuosismo en clínica. Asignar un órgano a quien mayor probabilidad tiene de beneficiarse del mismo no deja de ser expresión de 'eficiencia']*.

Por razones de equidad, especialmente con sistemas recaudatorios proporcionales o regresivos, calma. Recordar siempre que Aristóteles, Rawls o Sen son referentes pero para la política sanitaria importa el juicio social acerca de qué desigualdades son aceptables: Ese es el concepto de equidad, diferente entre sociedades y cambiante en el tiempo. Puede ser más conveniente pensar tanto en pre-distribución como en re-distribución por la vía de la educación financiada públicamente, el principal determinante de la salud, del desarrollo y de la participación social. Véase:

La riqueza crea poder y el poder crea riqueza. La desigualdad creciente genera riesgos muy serios pues erosiona la cohesión social [19] y estimula movimientos anti-democráticos, pudiendo, además, perjudicar al crecimiento futuro [20]. La competencia fiscal entre países dificulta tanto la introducción de una mayor progresividad como la creación de un registro global en el cual conste la propiedad de los activos financieros, un antídoto del lavado de capitales y la evasión fiscal. Una buena noticia ha sido el anuncio [21] por parte de la OCDE, el 8 de octubre

de 2021, de que 136 países han acordado que las multinacionales paguen un impuesto mínimo sobre sociedades del 15%, cuestión que ya se había impulsado tanto desde el G-7 como desde el G-20. Resulta difícil dejar de suscribir las tres grandes familias de recomendaciones de políticas que los autores del *World Inequality Report 2018* [22] formulan: mayor progresividad impositiva, registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad) y mejor acceso a la educación.

La consecución de esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia un mayor aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutive orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria.

Sanidad financiada públicamente, y sobre todo Educación, en la medida que 'crean' capital humano, fomentan la 'pre-distribución' de renta y riqueza. Secundariamente, la Sanidad -especialmente la atención primaria en España- es redistributiva. De hecho, el Gini de renta disponible, cuando se extiende para incorporar las prestaciones en especie del Estado del Bienestar en España, mejora notablemente tal como calculó Goerlich [23].

En todo caso, las políticas con mayor potencial reductor de las desigualdades están fuera del ámbito sanitario y entra ellas destaca la educación, pues incluso medida como años de escolaridad formal, constituye la variable más explicativa del estado de salud. Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social: las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida [24], afectan tanto las condiciones de vida futuras como la salud de las personas. Además, la educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión, pues una mejor educación se correlaciona no sólo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.

Las políticas siempre implicarán una cierta lucha entre racionalidad social e intereses creados -sea hablando de calentamiento global (mal público también global) o reducción de desigualdades (bien público global)- y necesitarán siempre ensayo y error, así como evaluación continua (por tanto, Estado más potente y, al mismo tiempo, más democráticamente controlado). Conocemos las barreras: una gestión pública más pendiente del control legal que de la eficacia; la polarización política, que impide que las reformas cuenten con un

grado de consenso imprescindible; o el secuestro de la administración por los partidos políticos.

REGULACIÓN BÁSICA DEL SEGURO VOLUNTARIO PRIVADO

Suele distinguirse entre cuatro tipos de seguro privado de salud: acceso principal a la aseguradora, cobertura duplicada (el seguro privado ofrece cobertura para servicios ya incluidos en la cobertura pública), complementario y suplementario. Suele ser difícil para los consumidores evaluar muchas características de las pólizas de seguro y agregarlas para poder efectuar una comparación [25]. Los consumidores tienen dificultades para escoger y acaban optando por opciones no siempre racionales, con lo que ni las pólizas se ajustan a sus necesidades ni los productos de la industria del seguro mejoran como deberían hacerlo en mercados competitivos.

Se precisa una regulación específica del seguro privado voluntario tanto para favorecer la creación de valor (mejor salud para los asegurados) como para garantizar la competencia. Hay, pues, que contemplar tanto la solvencia financiera de las aseguradoras como la calidad del servicio. En este segundo aspecto de protección del consumidor hay tres aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1. Problemas de información. Selección adversa antes de contratar, con su respuesta de selección de riesgos, y dificultades de interpretación de la póliza, aumento de precios y cambios de cobertura después de contratar.
2. La regulación ha de procurar maximizar la proporción de las primas dedicadas a gastos sanitarios. Los gastos de administración y marketing no conviene absorban una parte elevada de los ingresos por primas. La *Affordable Care Act*, por ejemplo, señala que el ratio aceptable de gastos sanitarios sobre primas es del 80%.
3. Precios habitualmente muy inferiores en contratación individual respecto a contratación colectiva: Vigilar subsidiación cruzada y tratar de proteger al asegurado individualmente. Conviene asimismo que el contrato de seguro sea portátil para evitar el *job-lock* (seguro asociado a un puesto concreto de trabajo) y la pérdida de flexibilidad laboral que ello supone.

Establecer un producto certificado de seguro voluntario (con prestaciones homogéneas) facilitaría la elección del consumidor en una plataforma con información comparable supervisada por la autoridad reguladora. Esta póliza certificada sería además la opción por defecto tanto para simplificar la elección del consumidor como para estimular la competencia [26].

El seguro privado chileno, de carácter substitutivo, tiene como referencias los países analizados al inicio de este documento: Estados Unidos,

Alemania, Holanda, y, en cierto grado, España. No obstante, siempre puede obtenerse alguna idea de Francia donde existe un seguro privado complementario.

En Francia, las organizaciones de seguros de salud voluntarios son los proveedores tradicionales de cobertura de los gastos sanitarios desembolsados por los afiliados a la Seguridad Social. El seguro público, la Seguridad Social, es el seguro obligatorio de asistencia sanitaria. Los seguros privados voluntarios cubren los gastos de bolsillo de los beneficiarios del seguro social (después del reembolso bajo el régimen de seguro médico obligatorio). Esta es un área particularmente amplia en lo que respecta a la atención médica de rutina, de la cual el régimen obligatorio se ha ido retirando gradualmente, y donde el tratamiento hospitalario puede implicar unos gastos de bolsillo catastróficos para los pacientes. Sobre la base de esta necesidad económica de cobertura, con el transcurso del tiempo, las Mutualidades, que gestionan los seguros voluntarios privados, se han involucrado en la regulación de la provisión de servicios sanitarios en su conjunto a través de la *Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie*, UNOCAM). Los gastos de ópticos, dentistas y especialistas en prótesis auditivas ahora están sujetos a un esquema legal específico de fijación de precios.

CONCLUSIONES

- Estados Unidos de América tiene un desastroso sistema sanitario. Peor esperanza de vida –muertes por desesperación– pese a gastar el doble per cápita que países ricos comparables, lo que supone sacrificar otros gastos además de presionar salarios a la baja por los crecientes costes del aseguramiento. No negocian los precios ni de medicamentos ni de servicios y el fracaso de sus intentos de reforma, Clinton u Obama, ilustra la dificultad de luchar contra potentísimos intereses creados. Compatible todo ello con la existencia de destacadas organizaciones sanitarias.
- Para que el sistema sanitario de EUA deje de ser el *odd-man*, el *outlier*, entre los países desarrollados no hay otra solución que la cobertura universal automática (para todos), gratuita en el momento de la utilización y básica. Quien quiera volar en *business* que acuda al mercado de los seguros complementarios.
- Alemania, con una desigualdad muy inferior a la de EUA o Chile, no tiene un sistema sanitario desastroso pese a que los más ricos pueden optar por un seguro sanitario privado. Se obliga a las aseguradoras privadas a introducir una cuota suplementaria entre los nuevos suscriptores que permita constituir una reserva –fondos propios– para mayores gastos futuros derivados del envejecimiento. Por otra parte, una vez que se ha optado por el régimen privado no se puede volver al régimen público.
- Holanda: Antes de la gran reforma en 2006, casi una cuarta parte de la población tenía se-

guro privado como sustituto del público. La Ley de Seguro Sanitario de 2006 creó un seguro único y obligatorio régimen que cubre a toda la población. Claro aumento de la financiación pública, a partir del 2006, y creación de un mercado de aseguradoras (las 4 mayores cubren el 90% del mercado) que funciona satisfactoriamente. Solo un hospital privado con finalidad lucrativa, a diferencia de EUA y Alemania donde la cuota de este tipo de hospitales aumenta. Éxito en la transferencia gradual de riesgo y en los ajustes de los pagos capitativos para evitar los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. En cualquier caso, a destacar la gradualidad y persistencia en los intentos universalizadores a lo largo de los años compatible con una mayor capacidad de elección por encima de alardes técnicos.

- España: régimen especial de seguridad social para funcionarios, anterior a las ISAPREs. Sus 1,8 millones de beneficiarios pueden optar, para su asistencia sanitaria, entre el Régimen General de Seguridad Social –el 20% lo hacen las aseguradoras privadas concertadas con esas mutualidades.
- Fondo universal sanitario por razones de eficiencia. Definición del bienestar social directamente sobre espacio de variables primarias, como Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas y el *Better Life Index* de la OCDE, sin tener que pasar por el espacio de vectores de utilidad. La financiación pública del gasto sanitario es lo que permite atender a la población según necesidad clínica o sanitaria posibilitando la eficiencia asignativa, la consecución de la mayor cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles. Atender la demanda solvente lleva a dedicarse, en ocasiones, a tratamientos de bajo valor, incluso inadecuados, obviando tratamientos efectivos a aquellos con escasa disposición a pagar. Estas razones de eficiencia son más permanentes, sólidas e independientes de ideologías que los conceptos de equidad, diferentes entre sociedades y cambiantes en el tiempo.
- La desigualdad creciente genera riesgos muy serios pues erosiona la cohesión social y estimula movimientos anti-democráticos, pudiendo, además, perjudicar al crecimiento futuro. La consecución de esa conquista de la humanidad llamada Estado del Bienestar necesita participación mayoritaria. La votación con los pies hacia un mayor aseguramiento privado recuerda que se ha de revertir la tendencia a la disminución del porcentaje de gasto sanitario financiado públicamente para que se mantenga la asignación de recursos según necesidad clínica o sanitaria, así como potenciar la capacidad resolutoria orientando el sistema de cuidados hacia la atención primaria.
- En todo caso, las políticas con mayor potencial reductor de las desigualdades están fuera del ámbito sanitario y entra ellas destaca la educación, pues incluso medida como años de escolaridad formal, constituye la varia-

ble más explicativa del estado de salud. Para igualar las oportunidades hay que centrarse en la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social: las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida, afectan tanto las condiciones de vida futuras como la salud de las personas. Además, la educación como inversión en capital humano es la que puede permitir a un país aumentar su productividad y cimentar su cohesión, pues una mejor educación se correlaciona no sólo con estar ocupado con sueldos más altos y mejor salud sino también con mayor confianza en la sociedad, más efectividad en la actuación política y participación más elevada en tareas de voluntariado social.

- Regulación básica del seguro sanitario privado: Establecimiento de un producto certificado de seguro voluntario (con prestaciones homogéneas) que facilitaría la elección del consumidor en una plataforma con información comparable supervisada por la autoridad reguladora. Esta póliza certificada sería además la opción por defecto tanto para simplificar la elección del consumidor como para estimular la competencia.
- De los dos grandes ejes de la Reforma, el fortalecimiento del sistema público irá acompañado con la universalización pero siempre un paso por delante. Por eso se cierra este Documento Final con lo que puede aprenderse de la experiencia internacional en dos temas clave: Atención Primaria y Mecanismos de Libre Elección/Competencia.
- Los beneficios, con propiedad privada, cumplen una gran función si premian la eficiencia y estimulan la innovación y el riesgo. Si, por el contrario, simplemente reflejan amiguismos, influencias o poder de mercado constituyen un lastre social. En cualquier caso, la posibilidad de que los incentivos de lucro cortocircuiten las decisiones clínicas, hace que en la prestación sanitaria de los países desarrollados predominen las organizaciones públicas y las privadas sin finalidad lucrativa. Existen, naturalmente, otras formas de lucro, como el escaqueo o la parasitación de un empleo público desde un puesto privado, más fácil cuando ambos se pueden compatibilizar.
- Colofón parafraseando a Osler: Más importante que establecer qué diagnóstico tiene una sociedad, o un sistema sanitario, es conocer qué sociedad, o sistema sanitario, tiene ese diagnóstico. La huida de Holanda de la segmentación de riesgos según renta tiene componentes técnicamente imitables como: 1/ el ajuste de las primas capitativas según riesgo individual para eliminar el incentivo de las compañías aseguradoras –entre las que se pretendía introducir competencia- a seleccionar riesgos, y 2/ una transferencia gradual y sostenida de riesgo desde el financiador público a las aseguradoras. No obstante, resulta imprescindible recordar que para esas polí-

ticas tuvieran éxito hay que mantenerlas a lo largo de décadas reflejando consensos básicos entre las principales fuerzas políticas. Y este rasgo suele ser el más difícilmente imitable.

CONFLICTO DE INTERÉS

Aquest article no té cap finançament específic ni premi. Es basa fonamentalment en la bibliografia citada així com en el coneixement directe dels sistemes sanitaris protagonistes, inclòs el de Xile, visitat dos cops a finals de l'any 2022, arrel d'una invitació de la CEPAL, Comissió Econòmica per Amèrica Llatina de Nacions Unides. Una part substancial del mateix ja ha aparegut com a working paper a la web del Centre de Recerca en Economia i Salut de la UPF i pot ser reproduït per tenir una llicència Creative Commons.

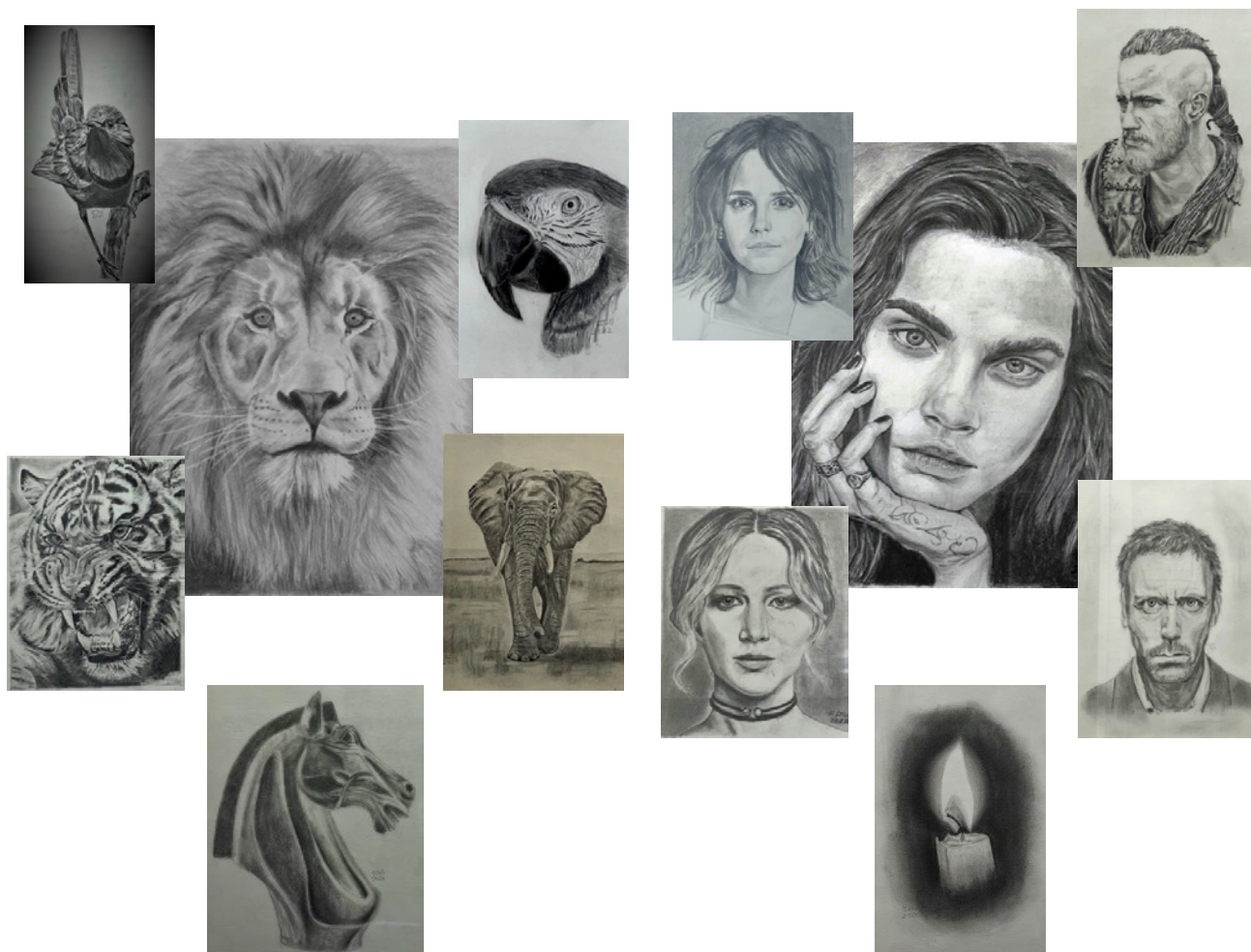
BIBLIOGRAFÍA

1. Cid C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Rev Panam Salud Pública*. 2019; 42:e197.
2. Cid C, Marinho ML. Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022.
3. Thomson S, Sagan A, Mossialos E. Private Health Insurance. History, Politics and Performance. *European Observatory on Health Systems Performance*, 2020.
4. Yourcenar M. *Alexis ou le traité du vain combat*. París: Au Sans Pareil, 1929.
5. The Commonwealth Fund. *Mirror, mirror: Comparing health systems across countries*. Agosto 2021. <https://www.commonwealthfund.org/series/mirror-mirror-comparing-health-systems-across-countries>
6. Pew Research Center. The American-Western European Values Gap. 29 febrero 2012. <https://www.pewresearch.org/global/2011/11/17/the-american-western-european-values-gap/>
7. Einav L, Finkelstein A. We are already paying for universal care. Why we don't have it? *New York Times*, 18 de julio 2023.
8. Case A, Frueh S. People Feel That Their Ability to Contribute to Society Has Been Terribly Thwarted. *Issues in Science and Technology* 39, no. 1 (Fall 2022): 26-29.
9. Topol E, Feinberg D. Geisinger: The most progressive healthy system in the planet. *Medscape*, 2018. <https://www.medscape.com/viewarticle/902769#:~:text=Geisinger%20CEO%20David%20Feinberg%20Talks%20Genetics%20and%20Re-funds%20With%20Eric%20Topol>
10. Marx K. Critique of the Gotha Program. <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1875/gotha/ch04.htm>
11. Cabrales A, Güell M, Madera R et al. Income contingent university loans: Policy design and an application to Spain. *Economic Policy* 2019;34(99):479-521. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10069603/>
12. García Montalvo J. Gasto social y efectividad. *La Vanguardia*, 18 de julio 2020. <https://www.lavanguardia.com/economia/20200718/482381085411/gasto-social-y-efectividad.html>
13. Ortún V, Varela J. Infra y sobreutilización. ¿Inventando problemas? *Gest Clin San* 2017; 19(3): 87-89. <https://www.upf.edu/documents/2984046/0/GestClinSan66.pdf/e916c3fd-0e63-2c11-10bd-3c2f654b5781>
14. For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. Patrick P. T. Jeurissen, Florian M. Kruse, Reinhard Busse, David U. Himmelstein, Elias Mossialos, and Steffie Woolhandler. *International Journal of Health Services* 2021, Vol. 51(1) 67-89.
15. IDIS. Impacto del cambio de modelo de las Mutualidades. 2021.
16. López-Casasnovas G. S'ha de subvencionar l'assegurament sanitari privat? *CRES Health Policy Papers* 2023-5. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/57199>
17. Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives* 2006; 20(3): 97-120. <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/jep.20.3.97>
18. Villar A. La valoración del bienestar social. *Economiaz* 2022; nº 101: 30-35.
19. Inglehart RF, Norris P. Trump, Brexit, and the Rise of Populism: Economic Have-Nots and Cultural Backlash (July 29, 2016). HKS Working Paper No. RWP16-026, Disponible en: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2818659>
20. Cingano F. Trends in economic inequality and its impact on economic growth. *OECD* 2014. <https://www.oecd.org/els/soc/trends-in-income-inequality-and-its-impact-on-economic-growth-SEM-WP163.pdf>
21. OECD says 136 countries agree deal on global corporate tax. *Financial Times*, 8 octubre 2021.
22. World Inequality Report 2018. <https://wir2018.wid.world/>
23. Goerlich F. Distribución de la renta, crisis económica y políticas redistributivas. Bilbao: Fundación BBVA, 2016.
24. Heckman J. The development origins of health. *Health Economics* 2011; 21(1): 24-29.
25. Kunreuther HC, Pauly MV, McMorro S. Insurance and behavioral economics: Improving decisions in the most misunderstood industry. Cambridge University Press, 2013.
26. Ibern P. The regulation of voluntary health insurance. *Economic Journal of Catalonia*, 2020, issue 81, p 66-71. <https://www.coleconomistes.cat/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=1e333773-ef9d-4d24-a878-86732e3a51dd&Cod=7539f69e-b9e9-4c9f-abf5-5fe6eb1bd0a4&Idioma=ca-ES>

Retos de lápiz y papel, vuelta a la pasión

Eduardo González

Médico adjunto al servicio de urgencias, vinculado al hospital Universitari del Sagrat Cor desde junio de 2008.



Dibujar, con un lápiz en mano y frente a una hoja en blanco, todo es vacío y todo es posible, luego la mano se mueve y recorre caminos invisibles en el papel, al final se muestra algo o nada.

El dibujo y la pintura siempre han sido una constante en mi familia y de alguna manera las sucesivas generaciones han hecho incursiones en este mundo. Siempre me ha gustado dibujar, pero los deberes durante años me han mantenido alejado de esta afición. No hace mucho nos encerraron en nuestras casas, y es en ese tiempo, tiempo ganado, que los lápices vuelven tras años de ausencia a mis manos, goma de borrar, difuminos y sacapuntas, los acompañan. Un bloc de dibujo en oferta en la papelería de la esquina de mi calle completa el paquete. Elementos cotidianos: plantas, casas y animales fueron los primeros modelos. Luego evolución, aprendizaje, práctica, ensayo, errores, continuos retos, y llegó el más complicado: el retrato.

El siguiente descubrimiento es el dibujo estilo realístico, por un motivo, exige la observación minuciosa del modelo a dibujar, y es todo un reto captar su textura, su luz, su sombra, sus matices y contrastes. Es un trabajo minucioso y paciente.

La motivación es la presencia de un reto, de una progresión, de un problema diferente a tratar cada vez.

De niño me fascinaba ver a mi padre dibujar y pintar al óleo, sentado en la distancia, miraba o mejor dicho admiraba como iba construyendo el cuadro, desde el boceto con carboncillo, la mezcla de las pinturas, las primeras pinceladas, el cuidado a los detalles, el manejo de la luz, del color, todo el proceso hasta su firma. Quizás esta influencia es la que ha marcado en mí la afición y el deseo de dibujar o pintar.

Los dibujos expuestos son una sucesión de retos y de trabajo paciente, de varias horas o incluso días en algunos de ellos; en ellos se han ido usando técnicas diferentes, buscando estrategias para conseguir los efectos de luz y textura deseados. También se han usado materiales diferentes, combinando distintos tipos de lápices de grafito y toques de carboncillo mineral, todo ello conforme iba adquiriendo experiencia en su uso.

El lápiz guiado por la mano sigue un camino invisible en el papel, mientras ojo y mente escudriñan hasta el mínimo detalle el modelo a plasmar, tiempo en que la mente está focalizada en el ejercicio, en meditación ausente de su entorno, embebida en la obra que finalmente se hará visible y quizás digna de contemplación.



<https://www.instagram.com/edgonzam/>



EDU
2023

PONENTS

MÀRIUS MORLANS

*Assesor extern del Comitè d'Ètica Assistencial.
Hospital Universitari Sagrat Cor.*

VICTÒRIA CAMPS

*Catedràtica emèrita de Filosofia.
Presidenta Fundació Víctor Grifols i Lucas.*

NÚRIA TERRIBAS

*Vocal de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya del dret a l'eutanàsia.
Vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya.*

ALBERT TUCA

President de la Comissió de Garanties i Avaluació pel dret a l'eutanàsia

VERÓNICA CORDERO

*Direcció d'Infermeria.
Hospital Universitari Sagrat Cor.*

JULIO DURÁN

*Director mèdic.
Centre sociosanitari Sant Antoni.*

EMMA COSTAS

*Directora de PADES.
Grup Mutuam.*

FERRAN MASANÉS

*Vocal de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya del dret a l'eutanàsia.
President del Comitè d'Ètica Assistencial.
Hospital Clínic.*

MOTIVACIÓ

L'Hospital Universitari Sagrat Cor celebra en 2023 el 25è aniversari del Comitè d'Ètica Assistencial. En la seva intenció de continuar treballant en la consecució dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) inclosos a l'Agenda 2030 de l'ONU, prestem especial atenció a l'Objectiu número 3: 'Salut i Benestar' en el marc d'aquest aniversari. Les prioritats de salut global emergents, noves malalties infeccioses com la pandèmia de la COVID-19, l'augment de les malalties no transmissibles, l'envelliment poblacional de les societats occidentalitzades, així com la reducció de desigualtats en els determinants socials de la salut, són situacions en les quals sovint es plantegen nombrosos dilemes ètics.

Per això, **convoquem el I Concurs de Relats Curts i Fotografia** dedicat a **propostes que expliquin una història sobre salut i benestar**. Es valoraran especialment aquells treballs que reflecteixin la importància de comptar amb criteris ètics i pautes de conducta humana a l'hora de prendre decisions que afectin la salut de les persones.



CONSULTA LES BASES

[HTTPS://FORMS.OFFICE.COM/E/25LUZYD3R6](https://forms.office.com/E/25LUZYD3R6)

PROGRAMA PRELIMINAR

9 DE NOVEMBRE DE 2023

JORNADA DE BIOÈTICA

25è ANIVERSARI

COMITÈ D'ÈTICA ASSISTENCIAL

Hospital Universitari Sagrat Cor

Jornada de Bioètica

25è ANIVERSARI

Comitè d'Ètica Assistencial

Hospital Universitari Sagrat Cor

9 de novembre de 2023

www.hscor.com



9h. BENVINGUDA INSTITUCIONAL

DIRECCIÓ HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

9.30h. CONFERÈNCIA INAUGURAL

LA BIOÈTICA DEL SEGLE XXI

Màrius Morlans

10h. TAULA RODONA

EUTANÀSIA: DOS ANYS DESPRÉS

Núria Terribas

Albert Tuca

Verónica Cordero

11.45h. TAULA RODONA

FINAL DE VIDA I RECURSOS PER LA
CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

Julio Durán

Emma Costas

Ferran Massanes

13h. CONFERÈNCIA DE CLOENDA

L'ÈTICA DE LES CURES

Victòria Camps

14h. ENTREGA DE PREMIS

CONCURS LITERARI I ARTÍSTIC SOBRE
L'ÈTICA DE LA SALUT

14.15h. CLOENDA

CLOENDA