

Annals del Sagrat Cor

2023 | Volum 30. Número 3

Atenció Primària



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

Hospital del Sagrat Cor i Atenció Primària 108

MONOGRÀFIC. ATENCIÓ PRIMÀRIA

Atención Primaria: *I had a dream* 109
ETHEL SEQUEIRA AYMAR

Medicina de Família: compromís i coratge 111
MANEL ANORO

Què li demanem a la metgessa de família? 111
FRANCESC BORRELL I CARRIÓ

El rol de la Psicologia en la Atención Primaria.. 114
KIRA DIZ I MISERACHS

Priorizando lo invisible. 114
MARÍA PAZ LOSCERTALES DE LA PUEBLA

Atenció primària i situació de crisi social 116
JORDI DELÁS

Valor y cotización de la Atención Primaria 118
VICENTE ORTÚN

L'Hospital del futur amb visió de l'Atenció Primària 122
XAVIER BAYONA-HUGUET

Atenció Primària: recordant el passat, valorant el present i pensant el futur 125
JOSEP CASAJUANA

Reflexions sobre l'Atenció Primària 128
DANIEL ROCA I LAHIGUERA

ORIGINAL

Tocilizumab en el tratamiento de COVID-19: estudio retrospectivo en dos hospitales comarcales 131

Tocilizumab en el tractament de COVID-19: estudi retrospectiu a dos hospitals comarcals

Tocilizumab in the COVID-19 treatment: retrospective study in two county hospitals

MARTA MARTÍ NAVARRO, LAURA NOBLIA GIGENA, LAIA DOMINGO BORRAZ, JOAN PLAZA NICOLAU, ILENIA CAMPOS BAETA, MARTA ISERN ESPLUGAS, EUGÈNIA ÒDENA ESTRADÉ, ENRIC PEDROL CLOTET

ORIGINAL BREVE

Doxiciclina en la neumonía por COVID-19: estudio prospectivo unicéntrico. 136

Doxiciclina en la neumonía por COVID-19: estudi prospectiu unicèntric

Doxycycline in COVID-19 pneumonia: prospective single-center study

LAURA NOBLIA GIGENA, MANUEL AGUILERA LÓPEZ, JOAN PLAZA NICOLAU, MARTA MARTÍ NAVARRO, ENRIC PEDROL CLOTET

CAS CLÍNIC DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC

Valor de la tomografía computarizada en el diagnóstico y tratamiento del vólvulo gástrico: a propósito de un caso 140

Diverticle traqueal com troballa incidental en tomografia computada: cas clínic

Value of computed tomography in the diagnosis and management of gastric volvulus: a case report

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

CAS CLÍNIC

Adenocarcinoma de pulmó amb metàstasis òssies múltiples: a propòsit d'un cas 144

Adenocarcinoma de pulmón con metástasis óseas múltiples: a propósito de un caso

Lung adenocarcinoma with multiple bone metastases: case report

ORIOL VENTOSA BLÁZQUEZ, ANNA LOZANO MIÑANA

CAS CLÍNIC

Nòdul pulmonar solitari i síndrome d'apnea obstructiva durant el son 148

Nódulo pulmonar solitario y síndrome de apnea obstructiva del sueño

Pulmonary solitary nodule and sleep obstructive apnea syndrome

DAVID PELUFO SALMERON

DOCÈNCIA MÈDICA

Estada a l'Hospital Lenox Hill 154
AINA BALETA RIERA

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



APMTS

Hospital del Sagrat Cor i Atenció Primària

És forta la relació de l'Hospital del Sagrat Cor amb l'Atenció Primària. Des de la seva fundació, l'any 1879, els metges, durant molts anys han compaginat l'atenció hospitalària –sovint altruista– amb les consultes que els permetien accedir als recursos per viure.

Encara que fossin consultes d'especialitat predominava fer-se càrrec de la salut de la persona i de la seva família. Buscant consultors quan es feia necessari.

Abans de la implantació dels equips jerarquitzats d'atenció primària, no pocs metges hospitalaris feien consultes als ambulatoris. Que si bé no era el model desitjable, sí que ha impregnat d'atenció primària molta de l'activitat dels metges de l'Hospital. Ingressant els seus pacients, fent-los visitar per altres especialistes, dintre de la responsabilitat de estar a càrrec d'aquestes persones. Eren els temps previs als hospitals de zona, quan els hospitals podien rebre a tots els beneficiaris del sistema català de salut. Algun dia caldrà tractar les avantatges i inconvenients d'aquest sistema.

També durant molts anys, metges d'atenció primària han freqüentat amb diferent periodicitat els serveis de l'Hospital. Aquesta relació facilitava la formació contínua i llavors, quan aquesta era més difícil d'aconseguir, es varen organitzar als vespres a l'Hospital, no pocs "Cursos de formació pel metge general".

Al nostre Hospital hi havia una corrent favorable en vers la creació d'un imprescindible nou sistema d'atenció primària. ¹Per això quan apa-

reixen amb extraordinari ímpetu els equips de Medicina Familiar i Comunitària, des del Sagrat Cor es segueix amb interès el seu desenvolupament i s'intenta col·laborar des dels primers anys en la formació dels residents a la fase hospitalària.

Són anys d'intensa relació entre tutors hospitalaris i de l'atenció primària que encara persisteix i també amb els magnífics professionals que han resultat. Ha preocupat la relació entre nivells assistencials,² intentant establir formes de comunicació amb els centres d'atenció primària més propers.

Diverses temptatives que tenen ara una resposta més organitzada. S'han "zonificat" àrees de salut i hospitals i els sistemes de consulta als hospitals tenen vies més o menys establertes. S'han creat unitats de diagnòstic ràpid i vies de continuïtat assistencial. Metges de diferents especialitats surten a visitar als centres d'atenció primària.

La salut, l'exercici de la medicina no és una tasca senzilla. Cada temps té les seves complexitats. Es fa molt convenient conèixer l'entorn actual de l'atenció primària i hem recorregut –i agraïm– a persones de reconegut ben fer en aquesta àrea de la medicina. Excel·lents professionals, compromesos i amb elaborades opinions, la suma de les quals dona una magnífica visió de la realitat de l'atenció primària, reptes i possibilitats de millora.

1 Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz G, Moll J et al. GAPS. El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona; 1979.

2 Col·legi de Metges de Barcelona. Atenció Primària. Alternatives de futur. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona; 1997.



La producció artística de Toni Pelegrí acompanya aquests texts. Pintures humanes i coloristes que ens han captivat. Toni Pelegrí és nefròleg i pintor.

Visita la pàgina

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

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores están disponibles en la página web

The instructions for authors are available on the website

ATENCIÓ PRIMÀRIA

En un moment complex pel sistema sanitari, comptem amb la col·laboració de persones qualificades que ens acompanyen en la necessitat de reflexionar en un món ampli i interaccionat on no són aliens els problemes d'altres països, la mateixa atenció primària –objecte del debat- i com ha de ser l'Hospital responsable.

Atención Primaria: *I had a dream*

Ethel Sequeira Aymar

Médica Familiar y Comunitaria del CAPSBE Casanova

Vuelvo la vista atrás. Recuerdo aquella estudiante de sexto de medicina que hacía prácticas en el Hospital Clínic de Barcelona. Surgió la posibilidad, era el primer año, de hacer prácticas en un centro de Atención Primaria. A pesar de que cursaba el último año de carrera, nunca había oído hablar de esta especialidad. Quizás alguna referencia despectiva a unos médicos que se dedicaban a firmar recetas y extender bajas sin muchas más atribuciones.

Junto a dos compañeras, y grandes amigas, decidimos iniciar lo que consideramos entonces una aventura. Éramos monitoras voluntarias en el barrio del Raval y pasábamos allí muchas horas, así que decidimos elegir el Centro de Atención Primaria Raval Sur para vivir esa experiencia. Eran prácticamente las últimas prácticas de la carrera. Ya sabíamos las especialidades MIR que queríamos hacer: endocrinología, neurología y medicina interna para hacer infecciosas respectivamente. Hoy en día, somos las tres médicas de familia.

La rotación transformó nuestro concepto de lo que podía ser nuestra profesión. Fuimos recibidas por un equipo de profesionales que trabajaba en perfecta armonía en un barrio donde los determinantes sociales ocupaban gran parte de la jornada. Desde el primer día nos hicieron sentir una más de aquel equipo. Era la primera vez, en seis años, que vivíamos ese sentimiento. Fueron unos docentes excelentes. Todavía recuerdo, e intento reproducir en mi realidad actual, su manera de acoger y formar a los nuevos profesionales.

La formación MIR tuvo sus luces y sus sombras. Periodo intenso en el que convivir con la realidad de un gran hospital y un centro de Atención Primaria que marca el ritmo durante todo el periodo. Desde presenciar un trasplante de pulmón, hasta hacer una sospecha diagnóstica de lepra en un domicilio. Ambos fueron momentos que se me han quedado grabados en mi memoria. Aprendí el valor de la comunicación, de la humildad cultural, de la convivencia con otras especialidades que, de entrada, nos miraban por encima del hombro. Y sobre todo, el enorme valor de poder formar parte de las vidas de muchas personas que confiaban, poco a poco, en la médica especialista en la que me estaba convirtiendo. El valor más importante que aprendí fue el del trabajo multidiscipli-

plinar, cada miembro del equipo aporta su grano de arena.

Al acabar la residencia, empezó un tiempo intenso dedicado a la cooperación internacional donde descubrí el gran valor de la promoción y prevención de la salud y de lo que aporta a una población el tener un sistema de salud universal. No sabía que iba a tener que vivir de vuelta a mi país el retroceso de perderlo y tener que reivindicarlo en nuestro sistema sanitario. La cooperación me dio una visión muy amplia de la realidad y me enseñó a observar, priorizar y ejecutar de una forma ordenada y consensuada. Fue allí donde descubrí la importancia de la comunitaria y el papel fundamental que juega en la salud de las personas.

Y por fin: la fase de asentamiento. Después de vivir la etapa de sustituciones, para conseguir un lugar con población de referencia y colaborar cada día en acompañarlos. Formar parte de un equipo que se va haciendo poco a poco y en el que cada uno va ocupando su lugar se traduce siempre una gestión para muchos invisible pero que, si no existe, se echa de menos. Ahora que han pasado los años y empiezo a visitar a los hijos de pacientes a los que vi nacer, reivindico como nunca el valor más importante de mi especialidad: la longitudinalidad. Conocer a las personas, su entorno y su comunidad es de un valor inigualable. Y ser capaz de trasladar todo este conocimiento al ámbito docente e investigador un reto importante que tendría que potenciarse en mucha mayor medida de lo que se hace. La Atención Primaria no es sólo asistencia, es gestión, es formación continuada, es docencia y es investigación aplicada. O tendría que serlo.

La Atención Primaria de Salud es la base de nuestro sistema sanitario. Conocer a la población y promover su salud, hacer la prevención adecuada, diagnosticar, tratar y acompañar hasta el final, le da consistencia y eficiencia a este sistema. Prevención cuaternaria, desprescribir, armonizar, conceptos que van incorporándose a nuestra mochila junto a los nuevos fármacos o las nuevas técnicas. Cuantos más años pasan, más conocimientos necesitamos para poder ofrecer una primaria sólida. Es decir, nos es imprescindible tener una formación continuada flexible y sensible a los cambios que se van produciendo en la población a la que atendemos.

El poder realizar estudios de investigación en nuestro ámbito, nos permite acercar mucho más la práctica al conocimiento. Esta necesidad no se contempla y favorece en muchas ocasiones. Es tan imprescindible la coordinación con otras especialidades y servicios hospitalarios, como la coordinación con muchos agentes y dispositivos sociales del territorio.

Tenemos la gran oportunidad de vivir los cambios de una población en permanente movimiento: el envejecimiento, la soledad no deseada, la atención a la diversidad cultural y de género, la atención a las personas sin techo, los adolescentes y su fascinación por las redes sociales. Todo esto constituye nuestro día a día. No explotamos lo suficiente la fuerza de la comunidad y su papel imprescindible en generar salud.

La falta de tiempo para dedicar a todas y cada una de estas realidades se está convirtiendo en el desencadenante de la frustración y el desencanto de muchos profesionales. Agendas interminables, dificultades de comunicación con otros especialistas, tareas y más tareas impuestas sin estar muy de acuerdo con su aporte de valor van alejando asistenciales y gestores, creando una brecha cada día más grande.

Sueño con una especialidad que dista mucho de ser la que ejerzo, pero con la que sigo soñando cada día. Sueño ser médica de personas, no de enfermedades, sueño reivindicar que el ochenta por ciento de la salud de esas personas depende de sus determinantes sociales, sueño que la comunitaria no sea sólo un apellido ficticio, sueño que puedo atender a esas personas hasta el final, si ellas lo quieren, desde la consulta o en sus domicilios sin que la burocracia ni la falta de tiempo me lo impidan.

Sueño con trabajar en un sistema sanitario universal, que acoge personas vulnerables con profesionalidad, humildad y formación para ello. Sueño trabajar codo con codo con mi equipo y con otros profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital y de la comunidad. Y sueño que lo que yo sueño y sigo soñando, sea el sueño de muchas nuevas jóvenes médicas y que puedan conocerlo de cerca desde sus estudios de medicina. Y lo que más sueño de todo es que deje de ser un sueño y sea una realidad. Si queremos un sistema sanitario competente y eficiente, la Atención Primaria tiene que serlo en primer lugar.



Medicina de Família: compromís i coratge

Manel Anoro

Metge de Família. CAP Besòs de Barcelona

Compromís: Obligació concreta per una promesa, una paraula donada, un benefici acceptat.

Coratge: Disposició del cor, de l'ànima. Fermesa de cor davant el perill, les dificultats; valor, resolució.

En un moment d'hiperespecialització i de tecnificació extrema de la medicina, el metge de capçalera representa l'essència de l'ofici. La seva visió holística de la persona, l'ús de l'anamnesi i l'exploració física com a eines principals de diagnòstic, el vincle profund amb pacient i el seu entorn, la necessitat d'abastar tots els àmbits de la ciència mèdica i una incertesa constant que ho impregna tot, fan de la medicina de família una de les especialitats més difícils, completes, boniques i apassionants de la professió.

Però el compromís del metge de capçalera va molt més enllà del símptoma o la malaltia del pacient. El nostre ofici abasta tots els altres determinants de la salut que tenen a veure amb l'entorn familiar i relacional del pacient, les seves condicions laborals, l'urbanisme o les polítiques públiques i és per això que no es pot entendre la Medicina de Família sense un sistema de salut públic robust i universal. En aquest sentit, el compromís natural del metge de família ha de transcendir la cura del cos i l'ànima del pacient, sortint de la consulta i endinsant el seu pensament crític en l'entorn, en com s'organitza el sistema de salut i, fins i tot, en quines polítiques es duen a terme. Sense aquesta visió completament holística de la salut no es pot exercir la medicina de família amb total plenitud.

Però aquest compromís ampli i ambiciós és ple de dificultats i entrebancs i necessita coratge. El patiment, el dolor, la por i les esperances dels pacients requereixen coratge. L'encert diagnòstic, esperar o primer no fer mal, tam-

bé. El treball en equip, la docència, l'empatia, la positivitat o l'alegria d'exercir la professió volen coratge. La burocràcia, la tendència cap a l'hiperregistre de dades, les polítiques públiques injustes o les retallades econòmiques habituals necessiten una oposició coratjosa. Un compromís i un coratge que de manera individual poden semblar minsos, però que si se sumen seran transformadors i garantiran, segur, una millor salut per a tothom.



Visita domiciliària al Raval. Foto: Jaume Morató.

Un sistema públic de salut universal, just, equitatiu i ple de vida necessita ser liderat per una Atenció Primària forta, empoderada i valenta amb més vocacions i oportunitats. Per això calen professionals plens de compromís i coratge i, com deia el psiquiatre Francesc Tosquelles, institucions sanes que treballin de manera ferma i honesta per aquest objectiu perquè si no ens pot passar com aquells pobles on no neixen infants; que estan condemnats a desaparèixer.

Què li demanem a la metgessa de família?

Francesc Borrell i Carrió

Metge de família, jubilat de la tasca clínica que durant quaranta anys va estar al servei de la població de Cornellà, l'Hospitalet, la Mina i la Catalana. Docent en actiu

Coneixements, habilitats, empatia, personalització, visió comunitària. Sí, li demanem moltes coses! I potser ens oblidem de la finalitat de tot plegat: *que aportï valor a la vida dels pacients!!*

Aportar valor significa que una metgessa de família hauria de:

- Distingir una sèpsia d'una síndrome gripal (tot i que el pacient vingui en temps d'epidèmia de grip).
- Distingir un còlic nefrític d'una torsió d'ovari (tot i que la pacient digui que té un còlic nefrític).

- Percebre l'agressivitat latent en una relació de parella i prevenir la violència de gènere.
- Valorar una adenopatia que requereix estudi d'una que no ho necessita.
- Distingir un problema vital d'una síndrome depressiva, i una síndrome depressiva d'un trastorn bipolar.
- Saber detectar la vulnerabilitat d'un pacient que inicia símptomes de Parkinson.
- Saber parlar amb els fills d'un pacient, al qual se li ha diagnosticat un procés cancerós, quan insisteixen en: "El meu pare no n'ha de saber res!"
- Detectar un nòdul tiroïdal centimètric.
- Racionalitzar el tractament d'un ancià que porta 11 fàrmacs amb els criteris STOPP/START.

Podria continuar, això és una petita mostra... però ja veieu per on vaig. Doncs sí, reivindico la clínica, la semiologia, la comunicació, la relació assistencial personalitzada, tot això que ara mateix es dona per "suposat" que es fa bé a les consultes i domicilis...I com que ja es fa bé, ens plantejem programes comunitaris (defensaria els *basats en evidències*), agències d'integració de l'atenció, (difícil de defensar), nous perfils professionals a l'Atenció Primària (nutricionista, fisioterapeuta, psicòleg) que no calen que vegin pacients (i!), sinó que han de fer tasca comunitària en un despatx (impossible de defensar).

Perdoneu, però cal tornar al que és fonamental: hem d'assegurar que els equips assistencials tinguin una mirada semiològica, sàpiguen diagnosticar, sàpiguen tenir cura del pacient fràgil i vulnerable, que funcionin les vies clíniques (les gestores de casos han estat un avenç), que sàpiguen (i vulguin) anar a un domicili i fer proactivament un seguiment i una prevenció.

A Catalunya, tenim molts centres excel·lents, que fan tot el que he dit i molt més: recerca, docència... La qüestió és, què fem amb els centres sense lideratge, amb els professionals que no saben explorar correctament una espatlla, un genoll, o amb les infermeres que no lideren l'atenció domiciliària, i que actuen només sota demanda?

Cal posar la bona clínica -i la bona gestió dels Equips d'Atenció Primària- en la primera línia de les preocupacions de polítics i gestors. Cal aprofitar un percentatge estimable de bons clínics -i bons directores d'equips- que *encara* tenim a l'APS, i donar-los suport perquè difonguin el seu mestratge. El gruix de les ofertes formatives haurien d'anar per aquí, en cap cas pretendre que el metge de família es transformi en *salubrista*. Ni psicòleg, ni buròcrata, ni dietista. Tots els equips haurien de prioritzar sessions clíniques, parlar de clínica, compartir experiència clínica. Això és el que fan els equips que aporten valor a la vida dels seus pacients. I funciona!

- Quan entra un pacient de quaranta anys per un refredat i detectem que té factors de risc cardiovascular i endeguem tasques preventives. Funciona!

- Quan detectem -mercè una escolta pacient i empàtica- violència de gènere i compartim el cas amb treballadora social, infermeria, i s'inicia un procés assistencial on la dona comença a tenir clara una estratègia. Funciona!
- Quan tenim una via clínica d'Insuficiència Cardíaca consensuada amb l'Hospital de referència, i la derivació és atesa ràpidament i el malalt optimitza el seu tractament. Funciona!
- Quan dues vegades al mes un internista es desplaça al centre de Salut i atén els dubtes diagnòstics (aquella anèmia que no té un diagnòstic, aquella polimiàlgia que no acaba d'anar bé). Funciona!
- Quan detectem una lesió dèrmica sospitosa de malignitat, un membre de l'equip li fa al moment una dermatoscòpia, i aquell mateix dia a l'Hospital se li fa una biòpsia amb marges. Funciona!
- Quan un pacient terminal pot morir a casa atès pel PADES i pel seu metge de capçalera, perfectament sincronitzats. Funciona!
- Quan un pacient és atès com a visita urgent pel que sembla un còlic hepàtic, i un membre de l'equip li fa una ecografia demostrativa de colecistitis i el derivem a l'Hospital amb un diagnòstic. Funciona!
- Quan una metgessa de l'equip actualitza el protocol de suïcidi i autolesions -amb especial èmfasi en adolescents- a la resta de companyes. Funciona!

Podria continuar, però vull remarcar que no estic parlant d'utopies, estic parlant del que és una realitat en molts llocs de Catalunya. Però en altres llocs això... no funciona! Ens hi hem de conformar? Si ho pensem en termes poblacionals, no estem permetent una enorme desigualtat?

Calen polítiques per crear vocacions de metges de família entre els estudiants. Calen polítiques per fidelitzar les metgesses que acaben la residència de medicina de família i no volen treballar al Sistema Públic perquè no facilita la conciliació familiar. Cal detectar els metges que estan al sistema i no tenen mirada semiològica, ni capacitat diagnòstica, i donar-los l'oportunitat de formar-se. Cal incentivar l'acreditació i re-acreditació (pagant-la!).

Cal potenciar també els lideratges clínics dels bons clínics i dels bons gestors (que vagin a altres equips per assessorar). És necessari refer els equips metgessa-infermera perquè comparteixin pacients i experiència clínica. Seria bo desburocratitzar, responsabilitzar al ciutadà de fer un bon ús del Sistema Sanitari, i que els bons professionals visualitzin que se'ls valora no per indicadors mal construït i *alguns àdhuc tòxics*, sinó per la bona feina feta a peu de llit i en la gestió proactiva de la població a càrrec seu. Cal que els equips tinguin "*línia directa*" amb els especialistes dels Hospitals de referència i puguin comentar casos (*bidireccionalitat!*). Cal posar l'Atenció Primària en la perspectiva d'aportar valor al pacient: qualitat de vida i esperança de vida.

I per aconseguir-ho cal que els polítics no facin volar coloms i s'adonin que no calen gaires documents, ni Llibres Blancs, ni grups de treball, ni invocar *Alma Ata*.... cal senzillament tornar al que és fonamental: *la bona clínica*. I tenir suficient *temps* per poder *reflexionar* sobre cada pacient! (*)

(*) Els acords assolits entre Sindicat i Conselleria referents

al temps per visita, en general han tingut poc impacte o han augmentat les llistes d'espera, dificultant l'accessibilitat.

Agraïments: Josep Ramos, Aida Molero, Josep Toll, Marta Soler, Iris Ojeda han contribuït amb valuoses aportacions, però qualsevol error u omissió és de la meua responsabilitat.



El rol de la Psicología en la Atención Primaria

Kira Diz i Miserachs

Psicóloga. Hospital Universitari Sagrat Cor

Como bien sabemos, la salud mental está a la orden del día. Cada vez más, la presencia de la Psicología en Atención Primaria está mejorando con el objetivo de lograr una mayor prevención de la salud emocional de la población. No obstante, queda mucho todavía para tener una cantidad necesaria de profesionales en esta área, dado que los datos de población con malestar y trastornos va *in crescendo*.

Los últimos datos de Salud Mental de España indican que una de cada cuatro personas tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida. El 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales (cifra mayor que la del cáncer y los problemas cardiovasculares). El 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los catorce años y el 75% antes de los dieciocho. Entre el 35-50% no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado y cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de quince a veintinueve años. Así pues, son datos aterradoros.

Entonces, ¿por qué una atención precoz e inmediata es tan importante? Resulta que esta rapidez hace que los problemas no se hagan crónicos, es decir, que no se *patologicen* y la

persona no tenga un sufrimiento mayor. Además, muchas veces, ocurre que la lista de espera es tan grande que la persona acude a psiquiatría y luego, cuando ya tiene hora para la intervención psicológica, no acude o acaba utilizando los fármacos como única solución, pero no la correcta.

Es imprescindible actuar de forma conjunta. Así pues, apostemos por una auténtica asistencia bio-psico-social integrada al ciudadano como alternativa al reduccionismo biomédico que predomina en los sistemas sanitarios.

Existe también un debate respecto los psicólogos clínicos versus los psicólogos generales sanitarios y es que, debido a esta ola de malestar emocional que comentamos, los psicólogos generales sanitarios no podían entrar en el sistema público hasta que poco a poco se han ido incorporando debido a la escasez de plazas.

Sin embargo, queda mucho por hacer e incorporar más profesionales sanitarios sin que el profesional clínico se vea ofendido por no haber tenido que utilizar la misma vía (oposiciones). Lo más importante es poder ayudar a todas las personas enfermas o necesitadas de un apoyo emocional y revertir el malestar general poblacional que existe en nuestro país.

Priorizando lo invisible

María Paz Loscertales de la Puebla

Médica de Atención Primaria. CAP Raval Nord

"... por lo que no puedo ver
llevo los ojos abiertos"
(Pedro Salinas)

Lo invisible en la consulta

Cuando se abre la puerta de la consulta del médico de Atención Primaria (AP), puede ocurrir cualquier cosa. Porque la puerta de la consulta se abre directamente a la vida, a la calle, al día a día. Siempre digo a los estudiantes de medicina, y a todo el que me pregunta por mi trabajo, que en cada consulta de AP hay tres aspectos que la hacen apasionante: uno es el desafío científico que se presenta; otro, la posibilidad de curar, aliviar o acompañar a los pacientes; y el tercero es el aspecto "literario" o narrativo, la escucha, el encuentro humano y el privilegio de acceder a una

visión íntima de un fragmento en la historia de esa persona, que además se repetirá a lo largo de la relación con el médico. Y la magia es que, sin el aspecto narrativo, sin el relato, sin la parte de información "accesoria e innecesaria", las otras dos dimensiones no pueden realizarse, o quedan reducidas y empobrecidas.

La AP se caracteriza por ser: accesible, global, longitudinal y coordinada. Es decir: con una interrelación cercana y duradera que permita acompañar la experiencia humana [1]. Hay evidencia de que los sistemas de salud basados en estos principios de AP consiguen mejor salud y mayor equidad que los servicios orientados por especia-

lidades [2]. También la OMS habla de “cuidados integrales centrados en la persona” que promuevan una visión de la salud no basada en la enfermedad sino holística y que garantice la equidad y la continuidad en los cuidados [3].



Consulta CAP Raval Nord. Dra. Loscertales.

Sin embargo, la formación en las facultades de Medicina y los criterios de calidad con los que se evalúa a los médicos no se centran en el tiempo dedicado a los pacientes, por ejemplo, sino en criterios de gestión o en guías clínicas diseñadas a partir de Medicina Basada en la Evidencia. Esta es una herramienta interesante que permite acceder a un destilado de la gran cantidad de información científica que se genera para aplicarla en la práctica diaria. Y se trata de una herramienta tan necesaria como insuficiente. Necesaria porque acerca a un conocimiento científico inabarcable, sobre todo para un médico de familia que idealmente tendría que saber “todo sobre todo”. Pero insuficiente porque implica una simplificación de las decisiones clínicas y un reduccionismo del contexto humano a una serie de síntomas, enfermedades y recomendaciones.

Y es que lo esencial de la AP es que se orienta a la persona vista como un todo y a lo largo del tiempo, a la familia y a la comunidad. No se centra en las enfermedades ni en una patología o queja puntual o aislada. Por eso, cuando llega a nuestra consulta una paciente de ochenta años que explica un dolor intenso en las piernas que no mejora con nada, podemos hacer un abordaje clínico basado en lo que observamos en ese momento. Pero su médico de AP además sabrá que pasó su infancia en un pueblo de Murcia trabajando en los cítricos, que emigró adolescente a Barcelona, que tuvo mala vida con el marido, que su hijo mayor ha fallecido recientemente. Y esto no sólo dará otra perspectiva al diagnóstico y tratamiento, sino que convertirá la visita médica en algo más profundo, en una relación terapéutica.

Lo mismo para un hombre joven que se presenta con dolor torácico. Su médico de AP ade-

más de las características del dolor, también sabrá que dejó Bangladesh hace poco y ahora trabaja de repartidor esperando poder traer a su mujer y estar a la altura de las expectativas que toda su familia ha puesto en él. De nuevo, esto tendrá impacto en el diagnóstico diferencial y en el abordaje terapéutico. Y así hasta 30 historias cada día. Ante nuestros ojos (algo cansados) se despliega toda la riqueza y sutileza de lo humano, que es lo que da sentido a nuestro oficio ancestral de médicos, aunque permanezca invisible a los indicadores y las guías clínicas

La burocratización de la práctica médica y la sobrecarga de trabajo nos lo ponen difícil, pero los especialistas en medicina familiar y comunitaria luchamos por mantener este foco en la persona y en su historia. Porque es en la información intercambiada donde se produce un verdadero encuentro en el que la persona se puede sentir escuchada en su propia valoración de la enfermedad. Por eso, lo narrativo, lo accesorio, el relato de fragmentos de vida, además de mejorar las decisiones clínicas, será la esencia de la consulta, lo que no podría hacer nunca la inteligencia artificial. Serán aquellas historias de la infancia en una fábrica de cítricos, o del país asiático y la lengua que quedó atrás, los duelos y los sueños de unos y otros, lo que al entrar en la consulta nos convertirá en terapeutas y no solo en médicos.

Lo invisible fuera de la consulta

Hasta ahora nos hemos quedado en la consulta, esperando que el mundo llegara a la puerta para encontrarse con nosotros como médicos. Esa puerta está pensada para que esté a pie de calle, siempre abierta a todo el mundo con la accesibilidad como uno de los elementos básicos de la AP. No hay, no debería haber, ningún criterio de exclusión. Pero no todo es tan perfecto. Sabemos que existe la “Ley de cuidados inversos” que afecta a todos los ámbitos de los servicios esenciales y según la cual las personas más necesitadas de atención y acompañamiento serían las que menos reciben. Desgraciadamente, esto también ocurre en la AP.

Nuestros pacientes no son sólo los que vienen a la consulta sino toda la comunidad, también (y sobre todo) los que no consiguen llegar. Sabemos por la ley de cuidados inversos que probablemente estos pacientes que escapan al alcance de los servicios de salud sufrirán más carga de enfermedad. El conocimiento que tenemos los profesionales de la AP del contexto familiar y comunitario nos puede ayudar a identificar más fácilmente la existencia de personas o colectivos con barreras de accesibilidad. Por supuesto vamos a domicilio para visitar a los pacientes que por barreras arquitectónicas no pueden venir a la consulta. Pero hay otras barreras que permanecen en la oscuridad: barreras administrativas, emocionales, sociales. Como las que sufren las personas sin hogar, los migrantes indocumentados, las mujeres en prostitución, las personas con problemas por consumo asociado a otras patologías. El acercamiento a estos pacientes requiere proactividad,

construir desde la AP “rampas” administrativas, emocionales y sociales para facilitar la accesibilidad. Si queremos que siga teniendo sentido y valor lo esencial de la AP, su orientación humana y centrada en la persona y la comunidad, tenemos que convertir los criterios de exclusión en criterios de priorización. Porque los servicios sanitarios deben estar diseñados para contrarrestar la inequidad y no para perpetuarla aún más [4].

La identificación de estos colectivos y la estrategia de reducción de barreras tendrían que salir del área invisible para situarse en el centro de la AP y de sus prioridades. También de los profesionales, que sumergidos en la burocracia y en las agendas desbordantes de pacientes, apenas podemos mirar más allá de la consulta. Nos toca otra vez priorizar lo invisible, ahora en el ámbito comunitario, quizá dejando de hacer tareas que aportan menos a la salud colectiva. Nos toca priorizar lo que escapa a visibilidad social, clínica

y de gestión, pero que una vez más está en el centro de nuestro oficio de médicos. Cada día es una pequeña revolución que hay que comenzar.

Bibliografía

- [1]. Sánchez Amat M, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Regreso al futuro de la Atención Primaria. July 2023. Actualización en Medicina de Familia. OI:10.55783/AMF.190703
- [2]. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83:457-502.
- [3]. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred healthservices. World Health Organization - 2018 - apps.who.int
- [4]. The Lancet. 50 years of the inverse care law. Lancet. 2021; 397(10276):767.

Atenció primària i situació de crisi social

Jordi Delàs

Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor

Al Regne Unit, la mitjana d'edat de les persones que viuen i moren al carrer és de quaranta-cinc anys en els homes i quaranta-tres anys en les dones. En la població general, setanta-sis i vuitanta-un anys, respectivament [1]. A Irlanda, els homes sense casa moren amb trenta-sis anys i les dones amb quaranta-quatre [2].

Malalties cròniques són més prevalents al carrer [3], s'accelera l'envelliment[4], s'anticipen els trastorns geriàtrics [5] i les persones que viuen al carrer precisen atencions més complexes quan han de recórrer a l'hospitalització[6].

En un estudi fet a Barcelona, els percentatges d'infecció per VIH i hepatitis C es varen multiplicar per 40 en les persones que sense sostre [7]. La taxa de mort de les persones sense llar als serveis d'urgències és 12 vegades més gran que a la població general. El mateix informe indica que les persones al carrer sovint estan excloses de l'atenció primària, dels programes de prevenció comunitària. I estan més abocades a un elevat ús dels serveis d'urgències [8].

Tots aquests estudis mostren el fracàs de la prevenció de les malalties i manteniment de la salut en les persones sense domicili [9]. I que el carrer, entre moltes altres coses, a la gent que hi viu, a la gent que hi dorm els hi pren, com a mínim, vint anys de vida.

Per als clínics, doncs, viure al carrer és un factor de risc i, fins i tot una malaltia amb afectació a diversos òrgans diana. Per tant, element d'estudi, susceptible d'elaboració de plans i programes d'actuació.

Per als clínics treure a la gent del carrer suposa una disminució de la despesa sanitària, a expenses d'augmentar, això sí, la despesa social.

Per acabar, el tercer argument des de la clínica és l'efecte de la crida inversa. La gent al carrer mor tant a les portes de casa nostra com allà on els fem anar. En aquelles comunitats on no s'accepten les persones desplaçades o es retornen al seu lloc d'origen, persisteixen les morts anticipades, les malalties no evitades, si bé, no a les portes de casa nostra.

La situació a Catalunya

Podem dir amb orgull, que a Catalunya tenim una sanitat universal, sempre que sapiguem esquivar burocràcia i gent poc empàtica.

El codi sense llar, entès com a conjunt d'accions estandarditzades i coordinades davant la detecció d'una persona al carrer, ha d'implicar la consecució de la targeta sanitària individual.

Empadronament i targeta sanitària, en el cas de les persones al carrer, no han d'estar vinculades. Perquè les persones al carrer, es mouen, transiten, canvien de localitat, si bé han de tenir dret a un equip d'atenció primària, no ha d'impedir poder ser atesos per altres equips, per altres hospitals, salvant quadrícules locals no inventades per aquestes persones. Salvant desplaçaments en ambulàncies en vers d'un potencial dispositiu sanitari de referència.



Per a les persones sense llar, el pas immediat a aconseguir la targeta sanitària és ser beneficiari del CAP 0. Poder ser visitats a qualsevol dispositiu, com ja poden fer els ciutadans amb targeta de la Comunitat Europea, amb medicació pràcticament gratuïta, com els passa als pacients beneficiaris de la campanya sanitària VIH.

Un encàrrec més per l'Atenció Primària?

Probablement, aquesta serà la resposta en forma de pregunta si es manifesta que la gent al carrer ha de tenir el seu equip de primària. Que d'acord amb el CAP 0, ha de ser atès allà on viu i ser objecte de l'atenció domiciliària quan el carrer sigui el seu domicili.

Un altre encàrrec? El problema no és de competències. El problema és de dotació de recursos, no d'amagar situacions i fer invisibles a determinats ciutadans.

Referències

- [1]. Butt A, John E. Deaths of homeless people in England and Wales: 2018 [Internet]. Gov.uk. 2019 [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible a: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsofhomelesspeopleinenglandandwales/2018/pdf>
- [2]. Ivers JH, Zgaga L, O'Donoghue-Hynes B, et al. Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. *BMJ Open*. 2019; 9(1):e023010.
- [3]. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, et al. Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ Open*. 2019; 9(4):e025192.
- [4]. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and cli-



- nical and policy recommendations. *Lancet*. 2014; 384:1529-40.
- [5]. Brown RT, Hemati K, Riley ED, et al. Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *Gerontologist*. 2017; 57:757-66.
- [6]. Ni Cheallaigh C, Cullivan S, Sears J, et al. Usage of unscheduled hospital care by homeless individuals in Dublin, Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017; 7(11):e016420.
- [7]. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. *Estudio ESSELLA. Aten Primaria*. 2022; 54: 102458.
- [8]. Paudyal V, Ghani A, Shafi T, et al. Clinical characteristics, attendance outcomes and deaths of homeless persons in the emergency department: implications for primary health care and community prevention programmes. *Public Health*. 2021; 196:117-23.
- [9]. Kiernan S, Mockler D, Ní Cheallaigh C, et al. Physical functioning limitations and physical activity of people experiencing homelessness: A scoping review. *HRB Open Res*. 2021; 3:14.

Valor y cotización de la Atención Primaria

Vicente Ortún

Universidad Pompeu Fabra

El valor de los componentes de la atención sanitaria viene dado por su contribución a la salud de poblaciones e individuos. La cotización marca el precio pagado. Así, por ejemplo, los fármacos oncológicos cotizan el triple que los fármacos no oncológicos por el mismo valor, valor que tiene en cuenta la eficacia del fármaco y características epidemiológicas de prevalencia, incidencia, y mortalidad. Esto queda documentado en este artículo

de Miquel Serra-Burriel et al., tanto para Estados Unidos, país en el que se pueden establecer libremente los precios de los fármacos, como para Alemania y Suiza, países con poder de negociación de precios [1]. ¿Existe un miedo en la sociedad que hace que el riesgo percibido de morir por cáncer sea tres veces mayor que el real? Puede ser una de las hipótesis explicativas: sabemos que los individuos estamos dispuestos a pagar mucho

más por reducir nuestra probabilidad de muerte del 95 al 90% que del 10 al 5%, infravaloración individual de la prevención, sobre todo la prevención primaria, que provoca 'irracionalidad' social.

El valor de la atención médica primaria (AMP) está teóricamente fundamentado y empíricamente contrastado allá donde esta luce sus atributos [2], atributos como el de la longitudinalidad que permite formular rápidamente hipótesis diagnósticas que justifican el coste y la iatrogenia de otras especialidades. "La atención primaria es el único componente de atención de la salud en el que una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos. Por ello, la atención primaria es un bien común, cuya solidez y calidad constituye una preocupación colectiva". La frase anterior viene a ser una cita, casi literal, del reciente informe *Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundations of Health Care* [3].

La cotización de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) puede aproximarse, por la posición del elector, a la mediana de cada especialidad tras el examen MIR. Panorama poco halagüeño, teniendo en cuenta el gran número de plazas ofertadas por la MFC: el 28.7% del total [4].

Por los trabajos de Patricia Barber y Beatriz González, conocemos nuestras altas tasas de médicos y de graduados. También las bajas tasas de enfermeras, un pluriempleo creciente simultaneando la práctica pública y privada. Igualmente, los déficits a corto plazo en algunas especialidades, particularmente medicina de familia, que necesita urgentemente incentivos específicos para estimular vocaciones [5]. No basta con convocar más plazas MIR u homologar más títulos extranjeros. Es preciso un plan de incentivos dirigido a la MFyCy cambios regulatorios. Algunos ya se han puesto en marcha (ampliación voluntaria y remunerada de la edad de jubilación, acelerar las homologaciones de títulos de terceros países, plan específico de incentivación de la elección MIR de medicina de familia en Cataluña, entre otros).

Reduciendo la brecha entre valor y cotización

Los servicios sanitarios se financian públicamente con el objetivo de crear valor y conseguir que los recursos se asignen allá donde más se necesiten, razones de eficiencia y equidad. La disposición a pagar –en servicios sanitarios– resulta adecuada para veleidades tipo rechazar genéricos porque ya no flotan en el inodoro o para cubrir el mismo episodio en *business*, como si de un trayecto en avión se tratara.

Existiendo amplia coincidencia en qué cambios urgen para mejorar la calidad sanitaria. Tal como señala Joan Gené [6], conviene centrarse ya en el cómo hacerlo, conscientes asimismo de los factores culturales, regulatorios, políticos y económicos que han llevado la AP a su actual invisibilización y deterioro [7,8].

El *business case* de la atención primaria para un sistema sanitario es la razón de beneficio social que debe guiar sus actuaciones desde la

práctica clínica a la política sanitaria ya existente. Por una mezcla de fallos de mercado, y de Estado, en la realidad no acaba de implementarse. Trataremos ahora de recordar qué frena la orientación hacia la AP y sobre qué puede incidirse para corregir una situación de mejora muy conveniente. No entraremos en la responsabilidad de los profesionales de los centros de salud; no todo es regulación. La tremenda heterogeneidad existente entre excelentes y manifiestamente mejorables señala importantes vías de mejora tal como indica Ricard Meneu [9].

Para maniobrar en la dirección correcta hay que ser consciente de qué tendencias de la situación actual conviene revertir: los problemas y vientos en contra. Entre ellos:

- La dualización sanitaria y el descremado sociológico de la atención primaria, en palabras y excelente análisis de Juan Simó [10], claramente explicada en su intervención con ocasión del ciclo *25 años de formación orientada a los valores* organizado por José-Ramón Vázquez Días en Tenerife Sur [11]. Quienes deciden y crean opinión sobre la AP no la utilizan.
- Más del 30% del gasto sanitario financiado privadamente. Catorce puntos por encima de Alemania. La financiación pública es la que permite atender la necesidad clínica y sanitaria. La financiación privada se dirige a demanda solvente, con o sin necesidad. Según la *Encuesta de Presupuestos Familiares*, el quintil de mayor renta tiene un gasto sanitario privado 8,1 veces mayor que el quintil de renta más baja (la ratio es de cuatro para el conjunto del gasto) [12].
- La huida a financiación privada. Peligroso voto con los pies. Hacia la atención benéfico-privada de la que venimos. Seguros privados: 33% en Cataluña, pero solo el 8% del gasto sanitario. Alerta incluso de los peligros de 'latino-americanización' [13] o de subasta pública [14] de los activos del sistema de salud.

Propuestas para fortalecer la atención primaria

Y ya, de manera más específica, para conseguir implantar las recomendaciones contenidas en los trabajos que hasta aquí hemos citado, finalizaremos con algunas propuestas formuladas conjuntamente con Olga Pané [15]:

- **Financiación capitativa.** La integración asistencial es más necesaria a medida que la población envejece (aunque sea saludablemente), y la financiación capitativa es una potente herramienta para lograrla [15].
 - Falta capacidad de reacción de las organizaciones sanitarias, muy necesitadas –en el marco descrito de autonomía de gestión y competencia por comparación– de una financiación de base capitativa que estimule esa integración [16]. Pasar de financiar servicios sanitarios a financiar atención sanitaria a una población constituye una palanca

de fomento de la integración que se está utilizando de manera creciente en el mundo.

- Los proveedores integrados pueden ser una empresa aseguradora (como en Estados Unidos), un seguro de enfermedad o una mutua (como en Holanda y Alemania), o una entidad que atiende a una zona geográfica (como en Suecia, Reino Unido y España). Cuando existe base geográfica, como en España, se trata de efectuar un ajuste que permita igual financiación para igual necesidad (Reino Unido) o igual subsidio público para igual necesidad (algunos países escandinavos).
- El mayor problema en el ajuste por necesidad es el de aislar la influencia de la oferta –la mayor condicionante de la utilización sanitaria– pues se trata de permitir que cada población reciba la respuesta promedio, del país, a su necesidad sanitaria. La financiación capitativa resulta, en España, un instrumento coherente de control del gasto, que sirve a la finalidad pública de atender según necesidad sanitaria relativa y que estimula la expresión clínica de la eficiencia a través de la capacidad resolutoria, pues estimula la búsqueda de ‘quién hace mejor qué’ en cada proceso.
- **Equipos multiprofesionales.** Romper la rigidez de las competencias profesionales. En el marco de un equipo debe ser posible delegar funciones de acuerdo a las capacidades para ejercerlas. Es una de las grandes fortalezas de nuestro modelo, el trabajo en equipo o al menos el trabajo agrupado, donde la capacidad resolutoria debe ser el criterio para asignar funciones sin atrincherarse en corporativismos.
 - Enfermería clave. Gestión enfermera de la demanda, estilo CASAP, tal como explica Alba Brugués [17] y se viene implantando con éxito hace años...y gestión enfermera en general como se mostró en la respuesta a la Covid-19 [18].
 - *Clinical assistant* [19]. Los administrativos bien entrenados también pueden realizar mucho trabajo más allá de la recepción en la entrada.
 - Promover la relación activa con las farmacias comunitarias como un agente sanitario más vinculado a la AP.
- **Autonomía organizativa,** gestión de agenda propia con poder de compra, y una longitudinalidad que permita la resolución de un problema por el profesional sanitario más cercano que sea capaz de hacerlo. La cuestión adquiere trascendencia en un país donde el principio de legalidad domina sobre el de gestión en unos momentos históricos en los que se precisa muy buen Estado pero impera la ideología, se evalúa poco y lo que se evalúa –como las EBAs– tampoco se considera. Para demasiados, gestión pública continúa siendo un oxímoron.
- **Flexibilidad organizativa** como derivada de la financiación capitativa y posibilidad de cambio real de médico y centro una vez se homogeneiza el terreno de juego para que no ocurra como en Madrid [20]. Si la financiación capitativa sigue promoviendo el trabajo de 8h a 15h, no habremos avanzado mucho. Se trata de dar elementos de adaptación de la atención primaria a los ciclos temporales de morbilidad.
- **Refundar la atención primaria** y la medicina de familia [21], con incentivos monetarios, pero también de investigación, docencia y desarrollo profesional, y con la redefinición de modos de trabajo, como se viene señalando desde hace años [22].
 - Es imprescindible también prestar mayor atención a nuevas profesiones y al papel de la Enfermería sin que ni esta ni MFC pierdan su centralidad, así como plantear y debatir cambios en la especialización y adaptar las convocatorias MIR de acuerdo con una planificación dinámica de necesidades, acabando con la insensatez que supone un sistema que requiere mantener un 20% de profesionales en paro para cubrir las vacaciones del resto.
 - Discriminar positivamente la AP con incentivos, reconocimiento docente e investigador, y respeto. Desvincular a los profesionales sanitarios de las limitaciones retributivas del sistema actual vehiculado por la ley de presupuestos. Actualmente, sólo se puede incrementar un 2% la masa salarial y un máximo de un 2% retributivo. Esto impide cambios radicales, que promuevan una mayor productividad. No es un problema exclusivo de la AP.
- Dotar tecnológicamente a los centros de primaria de **acceso rápido a recursos diagnósticos**. No es sólo que se tenga que incorporar el ecógrafo y la ecografía como técnica propia de la AP; deben poder utilizar plataformas diagnósticas, no necesariamente de su territorio o entidad si los resultados llegan más rápido. En cualquier caso, como recuerda Salvador Peiró, la capacidad resolutoria de la AMP ha de venir dada por el resto de especialidades: Pruebas e interconsultas realizadas con rapidez y con devolución del seguimiento a primaria.
- Como no se trata de ser primaria-céntrico, pues lo que importa es la integración entre niveles, sus rutas y episodios, habrá que **coordinarse con otros gestores del paciente** una vez se deriven a otro nivel, y seguir que la atención se produce en tiempo y forma y que el paciente está enterado de las listas de espera en su caso. La clave, de nuevo, establecer quién hace qué según criterios de capacidad resolutoria (la mejor expresión clínica y sanitaria de la eficiencia).
 - Dotar la AP de sistemas efectivos de teleconsulta con los especialistas de los hospitales, tanto para revisar casos como para visitar pacientes conjuntamente. Esto exige que los hospitales dispongan de espacios específicos y horario de teleconsulta y la atención primaria también.

- Segmentar los perfiles de pacientes también en función de sus capacidades y acceso digital a medios.

La población parece cada vez más culta, lo cual no impide que la asimetría informativa entre profesionales y usuarios aumente por muchas webs que se consulten. Se entiende la tentación de explicar cómo una persona con lumbalgia o con ansiedad puede tener un cáncer de colon o una encefalopatía hepática, respectivamente, y que para descartarlo se precisa atención holística y longitudinal, no súper especialistas sino especialistas en medicina de familia y comunitaria. La mejor forma de convencer a la población de las ventajas de la orientación hacia la atención primaria exige, primero, utilizarla, y, después, tener una experiencia satisfactoria como la que proporcionan los equipos con alta calidad. Será entonces cuando por un proceso de difusión la mejora se extenderá más allá de los segmentos poblacionales que hasta ahora la han disfrutado.

Bibliografía

- [1]. Serra-Burriel M, Perényi G, Laube Y, et al. The cancer premium - explaining differences in prices for cancer vs non-cancer drugs with efficacy and epidemiological endpoints in the US, Germany, and Switzerland: a cross sectional study. *EClinicalMedicine*. 2023; 61:102087.
- [2]. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102
- [3]. Committee on Implementing High-Quality Primary Care, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care.. Washington, D.C.: National Academies Press; 2021. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25983/implementing-high-quality-primary-care-rebuilding-the-foundation-of-health>
- [4]. Cánovas Zaldúa Y, Coma E, Fina F, et al. El atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la elección de plazas MIR 2023. *Aten Primaria*. 2023; 55:102699.
- [5]. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2019. <http://hdl.handle.net/10553/106259>
- [6]. Gené-Badia J. Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad. *Aten Primaria*. 2019; 51:266-8.
- [7]. Salud, dinero y atención primaria [Internet]. Blogspot.com. [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <http://saludinerioap.blogspot.com/2022/02/efecto-desplazamiento-de-la-covid-19-en.html>
- [8]. OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- [9]. Meneu R, Ortún Rubio V, Urbanos Garrido RM. La sanidad en la encrucijada post-covid: financiación, organización y gestión. *Health Policy Papers Collection* 2023; 3: 39-40. <http://hdl.handle.net/10230/56779>
- [10]. Familiar y Comunitaria-La Laguna A. Juan Simó Miñana. El descremado sociológico de la atención primaria [Internet]. Youtube; 2021 [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8x4I37huQeY>
- [11]. Atención Familiar y Comunitaria - La Laguna [Internet]. Youtube; [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/channel/UC-P-0p90cbOVESwwrGO1Uua>
- [12]. IvieCanal. Entrevistas Ivie. Beatriz González: ¿Cómo hacer sostenible el sistema sanitario español? [Internet]. Youtube; 2019 [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=SZJjv9ffyLE>
- [13]. López-Valcárcel BG. Nuevos y viejos "modelos" para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Nada es Gratis. 2019 [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/nuevos-y-viejos-modelos-para-el-sistema-nacional-de-salud>
- [14]. Ortún V, Bohigas Santasusagna LI. Prophylaxis of the "confiscation" of the national healthcare system. *Econ J Catalonia*. 2020; 81:86-91.
- [15]. Ortún V, Pané O. Orientació a l'atenció primària: l'oportunitat que cap societat pot perdre - Observatori La gestió importa [Internet]. Observatori La gestió importa. 2022 [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <http://lagentioimporta.cat/arees/orientacion-a-la-atencion-primaria-la-oportunidad-que-ninguna-sociedad-puede-perder/?lang=es>
- [16]. Casanovas GL, Rubio VO. Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias [Internet]. Fundación BBVA. [citado 27 de Octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.fbbva.es/publicaciones/financiacion-capitativa-articulacion-entre-niveles-asistenciales-y-descentralizacion-de-las-organizaciones-sanitarias/>
- [17]. Varela J. Gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria [Internet]. Youtube; 2013 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=JUmgXZnYHxg>
- [18]. Martínez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S; en nombre del Comité Técnico de la Dirección Enfermera (CTDE). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enferm Clin*. 2021; 31:S12-S17.
- [19]. Adroher C, Calvo C, Pavon L, et al. Implementation of Clinical Assistants in a Pediatric Oncology Department: an Activity and Clinical Time Release Analysis. *Preprints* 2021, 2021110399. <https://doi.org/10.20944/preprints202111.0399.v1>
- [20]. López-Valcárcel BG. Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida [Internet]. Nada es Gratis. 2020 [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>
- [21]. Lopez-Valcarcel BG. Family medicine in the crossroad. Risks and challenges. *Aten Primaria*. 2020; 52:65-6.
- [22]. Ortún V. Primary care at the crossroads. *Gac Sanit*. 2013; 27:193-5.

L'Hospital del futur amb visió de l'Atenció Primària

Xavier Bayona-Huguet

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària; Expert en gestió clínica i sanitària. Institut Català de la Salut

Introducció

En el sistema nacional de salut, tot i els avenços produïts en les darreres dècades, tenim problemes que cal abordar sense massa demora: un entorn canviant, el sistema de salut és complex i està fragmentat, els recursos podrien usar-se millor i moltes decisions es prenen sense tenir presents les preferències dels pacients i els seus valors.

La planificació i implementació del que es planifica sempre va amb retard, sovint molt de retard. Això dificulta l'adaptació a un entorn, en el que l'envelliment de la població i l'augment de la cronicitat i la fragilitat, que van de la mà, provoquen la cerca de solucions a tots els actors del sector salut [1].

Tots els serveis de salut, arreu del món, volen millorar la salut i la qualitat de vida de les persones que tenen sota el seu paraigua. Els serveis de salut són molt complexes. En aquest sentit, l'OMS defineix els sistemes de salut com "un complex sistema d'elements interrelacionats que contribueixen a la salut a les cases, els llocs de treball, als llocs públics i comunitats, tant en l'entorn físic, com psicosocial, i en el sector sanitari i els sectors relacionats" [2].

La realitat és que entre les prioritats a treballar de forma més immediata, més enllà de la creixent necessitat de millores en el finançament, la fragmentació del sistema requereix una atenció especial.

El sobreús de procediments de baix valor en la pràctica clínica diària, i les barreres que dificulten l'accés a procediments beneficiosos d'evidència provada, són fenòmens que coexisteixen a tot el món i provoquen sofriment [3]. Des d'una perspectiva global, que no local, es poden descriure 4 barreres per a rebre una atenció sanitària:

1. Limitació d'accés, en el món hi ha 400 milions de persones que no tenen accés a serveis bàsics de salut.
2. Limitació de recursos: a l'Àfrica Sub-Sahariana el 86% dels que necessiten tractament quirúrgic no tenen accés a cap cirurgia ni quiròfan.
3. Limitació d'evidència: es calcula que el 43-45% de les pràctiques clíniques no estan basades en l'evidència.
4. Limitació d'adherència: 26-42% de les persones que han patit un IAM no segueixen les recomanacions a l'alta.

Involucrar als pacients en la presa de decisions

és una de les vies per augmentar la qualitat de les prestacions sanitàries. L'objectiu és convertir el pacient en protagonista actiu, i no passiu com ho ha estat clàssicament. Ja hi ha literatura que subratlla l'efecte positiu de l'apoderament dels pacients quan es mesuren resultats en salut i satisfacció, així com l'experiència del pacient. No és una tasca fàcil que el pacient prengui les seves pròpies decisions a partir de les seves preferències i valors. Diferents factors poden influir, alguns vinculats als professionals i altres als pacients. El pacient hauria de ser capaç de fer les preguntes de la figura 1, i el professional, si no es formulen, hauria d'ajudar a formular-les i respondre-les. En la resposta a les preguntes, les eines d'ajuda a les decisions compartides hi poden jugar un rol destacat.

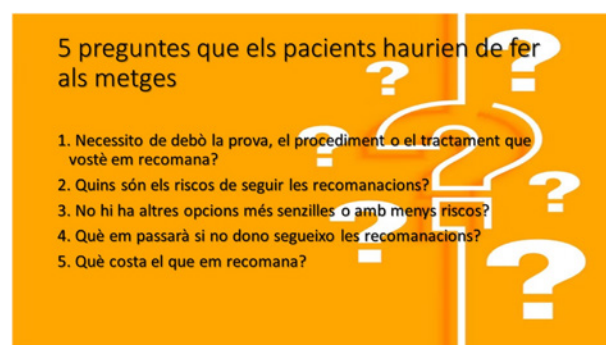


Figura 1.

L'Hospital del futur amb ulleres primaristes i comunitàries

La pregunta, "com haurien de ser els hospitals del futur", no té respostes fàcils. Tenint present el panorama descrit, i la visió de l'Atenció Primària i Comunitària (APiC), la reflexió pot ser molt enriquidora per la visió transversal i pot obrir el ventall de possibles accions per a qui hagi de prendre decisions.

Tot seguit es descriu el que opina un grup d'experts en gestió clínica i gestió sanitària amb trajectòria professional majoritària a l'Atenció Primària i Comunitària. Se'ls van fer les dues preguntes, que van respondre obertament, la primera setmana d'agost de 2023, sense limitació en la resposta, a través d'un formulari *Google Forms*. Les preguntes exploratòries realitzades són les següents:

1. Quina és l'evolució que haurien de seguir els hospitals, cap a on s'haurien d'enfocar? As-



pectes i funcions que són transcendents reorientar-les en els anys vinents, i

2. Què no haurien de canviar els hospitals? Aspectes i funcions que caldrà que es continuïn fent en els anys vinents.

L'enquesta va ser enviada a 22 professionals vinculats a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), i a l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC) amb experiència en gestió sanitària i clínica. Van respondre 12 professionals (3 infermeres i 9 metges) amb predomini femení (66% dels que han contestat), i del total, el 33% eren menors de cinquanta anys.

En 5 o més de les respostes, es va desacatar que calia reorientar l'hospital del futur cap a:

1. Millorar la continuïtat assistencial al territori amb els centres sociosanitaris i l'APiC: més cooperació amb l'entorn (territori) a través de grups de treball, formació i consultories; millorar feedback d'ingressos i interconsultes; i tenir presents serveis socials del territori.
2. Reordenació territorial de dispositius i cartera de serveis (calen tots els dispositius?, cal que tots els dispositius facin de tot?, cal centralitzar algunes provisions de servei?)
3. Pràctiques i cartera de serveis basada en el valor (experiència del pacient, efectivitat, eficiència, satisfacció professional i adequada accessibilitat), disminuint el malbaratament de recursos.

Les següents aportacions referents a la reorientació dels hospitals del futur es van realitzar per menys de 5 professionals:

- Augmentar la complexitat atesa, que és el *core business* de l'hospital.
- Augmentar l'activitat quirúrgica ambulatoria, com a mesura d'eficiència del sistema.
- Disminuir consultes externes d'hospital i augmentar les consultories als centres de salut; i tot allò que es pugui proveir des de l'APiC deixar de fer-ho.
- Finançament segons serveis i valor que s'aporta.
- Disminució d'hospitalització a domicili; tot allò que es pugui proveir des de l'APiC deixar de fer-ho.
- Recerca conjunta amb APiC.
- Salut digital i telemedicina (transformació digital) com a prioritat per a millorar salut, coordinació, transicions i accessibilitat.
- Organització centrada en unitats clíniques i disminuir l'organització clàssica per òrgans.
- Sense llistes d'espera i amb resposta àgil a les interconsultes.
- Reorientació cap a la cronicitat i a la fragilitat geriàtrica.
- Polítiques actives per tenir cura dels professionals, i poder d'atracció i fidelització del talent

Tot seguit, s'enumeren els aspectes a no transformar que van ser informats en el formulari:

- Unitats d'hospitalització.
- Programes de diagnòstic ràpid.
- Especialitats mèdiques i quirúrgiques, i terciarisme.
- Servei d'urgències
- Recerca com font d'innovació i millora del coneixement per generar evidència.
- Font de formació continuada: estades, sessions i consultories.
- Banc de proves per a la innovació tecnològica.

Més dades per a la reflexió

A les darreres dècades, s'han introduït grans avenços en les prestacions sanitàries, però l'organització dels hospitals no ha canviat al mateix ritme. És previsible que les demandes socials, l'evolució tecnològica i de les comunicacions, així com els nous reptes assistencials condicionin canvis estructurals i de funcionament en el futur [4].

La *Sociedad Española de Medicina Interna* aposta per transformar les organitzacions hospitalàries [5]. Per això proposa en un document publicat l'any 2019:

1. evitar la uniformitat,
2. configurar el model assistencial en relació amb la gestió de processos assistencials,
3. adequar l'estructura de serveis i unitats clàssiques al voltant dels processos assistencials, integrant equips multiprofessionals i multidisciplinaris,

4. organitzar i estructurar l'hospital per donar suport a les unitats de gestió clínica i les xarxes assistencials,
5. desenvolupar a l'hospital una divisió assistencial, que integri, coordini, orienti i supervisi tota l'activitat clínica,
6. dotar la divisió assistencial d'una configuració matricial, a "àrees assistencials" i "àrees clíniques de suport assistencial",
7. desenvolupar als hospitals generals d'aguts una àrea assistencial per a l'atenció sistemàtica del pacient crònic complex i l'atenció comunitària,
8. desenvolupar als hospitals d'aguts una àrea de coordinació de l'assistència aguda,
9. l'àrea de suport clínic "medicina perioperatòria" ha de donar suport al procés d'atenció al pacient quirúrgic i procediments intervencionistes,
10. la "rehabilitació" es desenvoluparia així mateix com una àrea de suport clínic,
11. el laboratori clínic i la imatge, s'haurien de configurar com a "àrees de suport clínic", haurien de desenvolupar xarxes d'àmbit regional,
12. establir estàndards d'atenció tant per grans blocs assistencials com per a cada procés assistencial,
13. l'establiment d'estàndards també hauria d'incorporar els relatius a l'experiència del pacient,
14. desenvolupar indicadors de resultats, així com informació sobre costos, i
15. desenvolupar sistemes de finançament i pagament basats en resultats, que promoguin la integració i continuïtat assistencial

A tall de conclusions.

Els hospitals són estructures amb una poderosa influència sobre tot el sistema sanitari. La seva eficàcia en la gestió de determinades condicions agudes, especialment quirúrgiques i amb alt grau de tecnificació, els atorga un important prestigi social. No obstant això, aquesta circumstància no hauria d'ocultar que les burocràcies internes estan afectant la qualitat del servei i la seguretat del pacient. La superioritat jeràrquica dels hospitals sobre tot el sistema els ha mantingut allunyats de la realitat comunitària i de l'atenció primària. Tot plegat significa que hi ha un gran repte per oferir una atenció integrada a malalties cròniques complexes i fragilitat geriàtrica.

Com resum final, fent menció als grans titulars a destacar dels hospitals del futur: caldria fer transversal l'atenció, implicar els pacients en la gestió dels seus processos clínics, reforçar les pràctiques clíniques de valor (a partir de l'evidència i les preferències del pacient), endreçar l'oferta en funció de l'eficiència i l'eficàcia clínica (una tasca l'ha de fer qui la sap fer, té les eines per fer-la i és més econòmic), reorientar l'oferta assistencial cap a la cronicitat i la fragilitat (gestió clínica amb criteris generalistes i multidisciplinaris), implicar més els professionals i repensar les seves competències, millorar la

qualitat dels serveis i la seguretat dels pacients, i finalment, introduir la telemedicina, la salut electrònica i la intel·ligència artificial.

Cal avançar en la millora contínua de la prestació de serveis sanitaris. Les diferents estratègies transformadores necessitaran diferents accions i temps d'implementació, que caldrà anar ajustant en tots els nivells assistencials.

Bibliografia

- [1]. Bayona Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria*. 2018; 50:264-6.
- [2]. Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el

desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Accessible a través de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>

- [3]. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390(10090):169-77.
- [4]. Muñoz y Ramón JM. Fundamentos de la organización de hospitales y redes sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. GAPS [Internet]. 4 de agosto de 2022 [citado 12 de septiembre de 2023];1:5. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/GAPS/article/view/34379>
- [5]. El Hospital del Futuro. Un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud. Elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS. 2019. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/920.pdf>

Atenció Primària: recordant el passat, valorant el present i pensant el futur

Josep Casajuana

Facultatiu emèrit. Institut Català de la Salut.

Fa unes poques setmanes, vaig rebre la invitació/encàrrec del Jordi Delàs, editor en cap de la revista, per aportar un article, "extensió la que vulguis, tema dintre de l'atenció primària el que vulguis", totaclarint que "el que recomanem és que s'abordi la situació actual o de futur pròxim".

Per diferents circumstàncies "històriques" no li podia dir que no, i tractant-se d'un tema obert vaig acceptar, de bon grau, la invitació.

Diuen que de vegades per poder analitzar millor una situació cal sortir de la vinyeta per adquirir una perspectiva adequada. Jo he tingut l'oportunitat, durant quaranta anys, de jugar diferents papers en el sistema sanitari: metge resident, metge d'Equip d'Atenció Primària (EAP) urbà, metge rural, director d'EAP, director d'Atenció Primària (AP), Gerent. He vist créixer l'AP des que va començar i he arribat a la conclusió que si som on som, no és perquè aquí ens han portat, sinó perquè és aquí on hem sabut arribar.

Ara, un any després de la jubilació oficial, en certa manera des de fora de la vinyeta, la meua visió no ha variat gaire de la que he anat construint en tot aquest temps.

Recordant el passat: una mica d'història amb visió personal

Vaig començar la residència de medicina de família (MF) l'any 1983 (era ja la cinquena promoció de metges de família que iniciava el MIR) en un entorn encara molt precari. De fet, a les primeries dels vuitanta, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos i la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER, actual SEMER-

GEN) s'oposaven obertament a l'existència de l'especialitat de MF [1].

No hi havia un programa clarament definit per a les rotacions hospitalàries i els nous residents. Aquest no eren especialment cotitzats en els hospitals grans (excepte per cobrir les urgències), i sí, es tenien en millor consideració en els hospitals petits atès que no havien de competir amb els residents propis de les altres especialitats (molt escassos en aquests hospitals). Una anècdota personal respecte d'això va ser la següent: jo estava fent la residència a La Rioja i atès que l'hospital no tenia servei de psiquiatria vaig demanar poder fer aquesta rotació (un mes) a Bellvitge. Quan vaig arribar, al servei em vaig presentar dient que era "resident de medicina de família de La Rioja" i em van dir "que curiós que et presentis dient-nos d'entrada d'on és la teua família". Els MIR de MF de Bellvitge no rotaven per aquest servei.

Una vaga i tancament de residents durant dinou dies al Ministerio, l'any 1982, va aconseguir el compromís de la posada en marxa de centres de salut pilots. Aquell mateix any van acabar la residència els MIR de la primera promoció, i el PSOE, amb Felipe González, va guanyar les eleccions amb majoria absoluta.

Tot i la manifesta precarietat, la motivació dels residents d'aquelles promocions era molt alta, motivació transcendent, probablement perquè se sentien partícips d'un canvi important, la reforma de l'AP per evolucionar cap a un Sistema Nacional de Salut (SNS).

A poc a poc, vam començar a tenir algun centre de salut i alguns especialistes en MF. Però com havia de funcionar tot això? Veníem dels am-

bulatoris (treball individual amb dues hores i mitja de consulta) i passàvem als centres de salut (set hores diàries, per fer què?). El Ministerio va publicar l'any 1985 una *Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria* [2] que era una mena de manual d'instruccions (com quan compres un electrodomèstic) per saber com fer-lo funcionar. Aquella publicació (de fet va ser una col·lecció de deu publicacions) es va convertir en la "bíblia de referència" dels nous MF. Un any després, s'hi va afegir la primera edició del *Manual de Atención Primaria*, de Martín-Zurro i Cano-Pérez [3].

L'any 1986, s'aprova la Llei General de Sanitat de 1986 [4], del ministre Ernest Lluch, que concretava el naixement del SNS, mentre les amenaces que havien sobrevolat l'especialitat s'acabaven d'esvaïr. Continuàvem creixent, continuàvem motivats, érem (o ens sentíem) diferents. Permeteu-me una altra anècdota personal que posa de manifest aquesta afirmació. Vaig assistir a un congrés de la semFYC a Santander, crec que va ser l'any 1990. Un dels dies, vaig sortir del congrés abans d'hora i no duia ni maleta oficial del congrés, ni altres credencials, ni res que m'identifiqués... Vaig aturar un taxi per anar a l'hotel i se'm va acudir comentar al taxista que es veia força moviment per la zona, i em va contestar: "Sí, hay un congreso de médicos y ha venido mucha gente, pero por las pintas que tienen no parecen unas eminencias". Estava tot dit. Érem diferents.

Fins al final del segle XX, la motivació encara era alta perquè, en certa manera, havíem anat escalant els tres primers pisos de la particular escala de Maslow professional (necessitats físiques, seguretat i pertinença). Però sembla que ara això ja començava a canviar.

De fet, només començar el segle XXI ja trobem un article que parla dels "problemas acuciantes en AP" [5] que ens comenta una sèrie d'aspectes de la pràctica, que consideren els autors, que no van en el bon sentit. I successivament es van publicant altres documents i es van posant en marxa projectes amb mesures globals per "modernitzar" l'AP per part de l'Administració, tant estatal (Proyecto AP21 el 2006) [6] com catalana (Pla d'innovació de l'AP el 2008) [7]. Però l'impacte pràctic de totes aquestes iniciatives i d'altres posteriors ha estat molt escàs.

Valorant el present: com/on estem?

Fa poc més de deu anys, vaig tenir l'oportunitat de coordinar, juntament amb en Juan Gervas, el llibre *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta* [8] que complementava, aportant una visió més des de la microgestió, a *La refundación de la Atención Primaria* [9]. Allí, s'esmentaven el que anomenàvem els tres llastres de l'AP que seria necessari treure's de damunt: la desprofessionalització (funcionarització), el complex d'inferioritat amb relació als altres especialistes, i el perfil baix de lideratge de molts dels equips directius. Penso que ara la situació és la mateixa. És un problema

que ve de lluny i que no s'ha abordat amb prou intensitat i convicció per poder-ho canviar.

Parlem-n'hi!

Fa uns dies vaig sentir en el Congrés de la Camfic una companya que feia una pregunta a la taula i deia "ara sembla que l'accessibilitat està de moda". No és així! Ara el que està de moda és la no accessibilitat. Tenim un problema d'accessibilitat (gairebé la meitat dels qui demanen hora pel seu metge no poden accedir abans de cinc dies). Però sembla que això alguns professionals no ho viuen com un problema. Abans de la pandèmia teníem una oferta mitjana de visites presencials per MF de 60 visites a la setmana. Va caure amb la pandèmia i ara, gairebé quatre anys després estem a 45 visites. Insuficient per donar resposta a la demanda.

Si tens una població assignada adequada i tens més demanda de la que (creus) pots assumir, mentre una altra persona de l'equip té una demanda clarament inferior, potser no és massa difícil, en general, intuir on està el problema. Però tenim uns sindicats que en certes coses estan situats en l'antítesi de la professionalitat. Prova d'això els acords de sortida de vaga amb rànquies peticions (p.ex. 25 visites al dia com màxim) que acaben esdevenint mantres absurds assumits per no pocs professionals.

La síndrome de funcionarització es diagnostica per la presència de la triada: "tota la vida s'ha fet així", "això no em toca", "no tinc per què fer feina a casa".

Quant al complex d'inferioritat envers els altres especialistes, ve derivat, en bona part, pel poc reconeixement de la MF entre el col·lectiu mèdic. Potser comença amb l'escassa representació de la MF durant la carrera, les sensacions que transmetem als estudiants que roten pels Centres d'Atenció Primària (APs), i l'enlluernament tecnològic que acompanya a unes quantes de les altres especialitats.

No ajuda el fet que en determinades circumstàncies s'hagi utilitzat el MF com a secretari del metge d'hospital, inclòs incorrent en il·legalitats com és el cas de fer la baixa d'un pacient ingressat a l'hospital.

Tot plegat fa que sovint no siguem prou conscients que estem desenvolupant una de les especialitats més complexes, la que gestiona més incerteses, la que requereix més esforç per estar adequadament actualitzats... Tot això ens fa creure que "l'especialista" és el que més sap d'aquella malaltia, i ens oblidem que nosaltres som els que en sabem més d'aquella persona que la pateix.

La frase que diu "però com vols que li discolteixi jo la prescripció a un especialista?" pronunciada per un MF és patognomònica del complex d'inferioritat.

El tercer llastre esmentat, el baix lideratge, s'entronca perfectament amb els altres dos. Des de ja fa algun temps, no és fàcil trobar gent amb ganes de dirigir equips. I uns quants dels que assumeixen la direcció treballen com majordoms i bombers sense assumir un veritable lideratge.

Pensant en el futur: què podem fer?

Per estalviar-nos dels tres llastres esmentats cal dur a terme accions específiques:

1. És imprescindible canviar la forma de retribuir als professionals. Cal establir mecanismes que incentivin (quantitat i qualitat) treballar més i millor (al revés de la situació actual). S'han desenvolupat en el possible avenços importants en l'autogestió. Si no es vol, o si no es pot, començar de forma generalitzada, potser es pot iniciar amb equips que tinguin actualment uns resultats millors. Si els incentius resulten prou engrescadors, poden motivar als equips que tinguin resultats no tan bons a fer canvis per buscar el reconeixement de "nivell de qualitat".
2. Les relacions AP-Atenció Especialitzada han de ser al mateix nivell, amb una definició adequada i consensuada de "qui fa que", fluïdesa del flux bidireccional i, necessàriament, fonamentades en el coneixement personal. Les gerències de primària i hospital han de ser independents.
3. Un lideratge potent dels EAP es farà imprescindible si funcionen els dos punts anteriors. Els mateixos integrants dels equips necessitaran un líder i no un majordom. I les gerències han de ser properes (menys estructura) i facilitadores (més que fiscalitzadores) de l'activitat dels equips.

L'aplicació d'aquests canvis s'ha d'acompanyar d'un pressupost adequat (adequadament incrementat atesa la penúria actual).

No ens hem d'oblidar que també cal adequar l'organització dels serveis que s'ha d'orientar en 2 línies claus:

1. Tota demanda és filtrada i distribuïda per l'administratiu sanitari:
 - Programació per motius: que permet oferir a cada demanda la resposta adequada a la seva necessitat
 - UBA3: l'administratiu s'integra en una Unitat Bàsica Assistencial (UBA) i cada persona té assignat, a més a més de MF i infermera, un administratiu.
 - Perquè això funcioni cal que les agendes estiguin ajustades a la realitat i minimitzar o eliminar els circuits específics d'urgències als EAP
 - Proactivitat: cal anticipar-se per donar resposta a tota l'activitat previsible (plans de medicació que caduquen, incapacitat temporal (IT), resultats...)
2. Cada professional assumeix el nivell màxim de competències:
 - Evolució de l'administratiu a assistent clínic (ja tenim algunes experiències)
 - Optimitzar la gestió infermera de la demanda aguda
 - Planificar i distribuir les activitats que es generen pels protocols d'atenció als pacients crònics



- Replantejar-se sempre el valor afegit de cada activitat per eliminar aquelles que no porten valor

D'altra banda, val a dir que tot això que hem esmentat no ens ha de fer oblidar o ignorar la feina feta des que va començar la reforma de l'AP, pels equips, pels seus professionals... si mirem enrere, amb perspectiva, l'evolució ha estat espectacular per arribar on som, però tampoc podem quedar-nos en el cofoisme i ens hem d'arremangar per tirar endavant l'actualització necessària.

Fa un parell de setmanes, quan tenia ja mig embastat aquest text, va aparèixer l'informe SESPAS de 2023 [10] que es dedica a *El ecosistema de la Atención Primaria. Una propuesta de reflexión y orientación para su actualización*.

L'informe posa de manifest, una vegada més, que sabem des de fa temps el que s'ha de fer, però no es fa gairebé res. Com deia Joan Gené fa més de quatre anys, abans de la pandèmia: "Segurament en aquest moment el debat més interessant és saber «com es pot fer», més que continuar discutint acadèmicament sobre «el que s'ha de fer»" [11].

Referències

- [1]. Casado V, Martín Álvarez R. El nacimiento y desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde su origen hasta hoy. AMF. 2023; 19:202-8.
- [2]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria. Madrid: Servicio publicaciones del MSC; 1985.
- [3]. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma; 1986.
- [4]. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29/04/1986. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- [5]. Gérvias J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, et al. Problemas acuciantes en Atención Primaria. Aten Primaria. 2001; 28:472-7.
- [6]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

- Professionals - Proyecto AP21 Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI [Internet]. Gob. es. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>
- [7]. Pla d'innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària. Barcelona: Departament de Salut; Generalitat de Catalunya; 2008. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: https://metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Acords%20i%20convenis/Altres/Pla_innovacio_AP_09.pdf
- [8]. Casajuana J, Gervas J (dir). La renovacion de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer; 2012. Disponible a: <https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20284/LibroRenovacionAPDesdeConsulta4dic12.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- [9]. Ortún V (dir). La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer; 2011. Disponible a: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/20287/LibroRefundAP_logoless.PDF?sequence=1&isAllowed=y
- [10]. Satué E (coord). El ecosistema de la Atención Primaria. Una propuesta de reflexión y orientación para su actualización. Zaragoza: SESPAS; 2023. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: <https://sespas.es/wp-content/uploads/2023/09/monografia-ecosistema-atencion-primaria.pdf>
- [11]. Gené J. Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad. Aten Primaria. 2019; 51:266-8.

Reflexions sobre l'Atenció Primària

Daniel Roca i Lahiguera

Metge de Família. CAP Raval Sud

Permeteu que em presenti. El meu nom és Daniel Roca i Lahiguera. Soc metge des de 1993. M'agrada dir que en l'exercici de la Medicina de Família he fet quasi tots els papers de l'auca: vaig començar treballant al CAP Barceloneta per al PAMEM (proveïdor de l'aleshores Servei Català de la Salut), posteriorment vaig treballar al sector privat per una Mútua d'implantació majoritària al territori (Aliança-Xarxa aMedics) i més tard vaig oposar per tornar al sector públic amb plaça en propietat de metge de família a l'ICS al CAP Raval Sud. Després d'anar buscant el meu lloc i de treballar per a diferents organitzacions, puc dir que soc on vull ser, malgrat tot.

Vaig triar la Medicina de Família fruit d'un desig i d'una debilitat. Aleshores volia exercir la Medicina des d'un vessant ampli i com a una professió d'ànima renaixentista abastant el màxim de disciplines (salvant les distàncies i des de la ingenuïtat, pretenia emmirallar-me en aquells artistes que cultivaven l'escultura, la pintura, l'arquitectura i alhora abraçaven la ciència). Per altra banda, la debilitat era que em disgustava haver de triar una especialitat tot tancant la porta a la resta del coneixement mèdic. Amb els anys m'he adonat que fou un plantejament encertat, malgrat tot.

La tasca de l'Atenció Primària i les funcions del metge de família són l'essència d'un sistema de salut universal i la garantia d'equitat de l'atenció sanitària. Vaig tenir la sort de començar a treballar amb la reforma de l'Atenció Primària ja iniciada i amb el ressò de la declaració d'*Alma-Ata* de l'OMS del 1978 en què es promovia un model sanitari basat en l'atenció sanitària integral, universal, accessible i equitativa [1]. Amb aquesta inspiració, amb el temps em vaig adonar que exercir la Medicina de Família era la millor mane-

ra de desenvolupar totes les disciplines mèdiques i de sadollar la vocació mèdica, malgrat tot.

Darrerament, s'ha demostrat amb una revisió sistemàtica a tenir assignat un metge de família assegurant la longitudinalitat de l'atenció sanitària millora substancialment la morbmortalitat de la població atesa [2]. Així doncs, tenir una Atenció Primària sòlida assegura els fonaments del sistema sanitari i l'accés al dret a la salut. L'OMS recomana als governs de les nacions que dediquin almenys un 25% del pressupost sanitari a l'Atenció Primària com a garantia per aconseguir aquesta premissa. Segons dades del Ministerio de Sanidad la despesa en Atenció Primària a Catalunya el 2021 fou del 13,7%, essent la mitjana nacional del 14,2%, mantenint-se aquestes dades força estables amb el pas dels anys (fins i tot amb un cert descens percentual) [3]. No sembla doncs que les decisions polítiques vagin dirigides en el sentit de promoure el dret a la salut universal.

Aviat, es complirà el 75è aniversari de la Declaració Universal dels Drets Humans que en el seu article 25è diu literalment: "Tota persona té dret a un nivell de vida que assegurui, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment quant a alimentació, vestit, habitatge, assistència mèdica i als serveis socials necessaris; també té dret a la seguretat en cas d'atur, malaltia, incapacitat, viduitat, vellesa o altra manca de mitjans de subsistència independent de la seva voluntat" [4]. Tot i que es tracta d'un text jurídicament no vinculant, ha estat un punt de partida i inspiració de la majoria de les constitucions dels països del món occidental. El nostre paper com a metges especialistes en Medicina de Família i Comunitària té a veure en la promoció del concepte de salut no només com a absència de malaltia sinó amb

una visió més global amb l'assoliment d'uns drets que influeixen de forma incontrovertible sobre la possibilitat de viure una vida plena i saludable. Aquestes són unes pretensions amb les quals coincidirem la majoria de les persones de bé, i estarem d'acord que no es compleixen de manera persistent i obstinada.

Exercir de metge (especialment de metge de família) vol dir estar en contacte amb el patiment humà, amb els dolors, els malestars i les afeccions dels nostres pacients, que sovint transcendeixen allò que és estrictament orgànic. El que he après treballant al Raval és que la (manca de) felicitat influeix de forma directa en la (manca de) salut. És impossible exercir al marge dels condicionants socials de la salut. Durant els darrers anys i de la mà de la Fundació Arrels primer i després treballant al CAS Baluard (Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències) he pogut conèixer el patiment dels més vulnerables, dels que no tenen res, dels que ja no esperen res.

La gent més vulnerable que viu en situació de carrer i que dorm al carrer no apareix als assajos clínics ni tampoc se'ls pregunta l'opinió a les enquestes de satisfacció. Es tracta d'un grup de població amb una elevada càrrega de malaltia [5]. Com a Metges de Família no podem ser aliens al que passa al carrer i de com la vulnerabilitat social és font de malaltia i patiment. Tenim una responsabilitat social ineludible. Al CAP Raval Sud, una part dels nostres esforços tant dia a dia a les consultes com en l'activitat de recerca dels darrers anys ha estat dirigida a demostrar que, de la mateixa manera que passa a la majoria dels països desenvolupats, al nostre àmbit es reproduïxen les mateixes conseqüències en termes de càrrega de malaltia associades a la vulnerabilitat i l'exclusió social. Cal afegir que el sistema sanitari en què treballem no ens facilita gaire la tasca.

La nostra feina a la consulta ens permet copsar els canvis que es van produint a la societat; sovint ens toca fer-hi front i parar el cop. Els pacients ens demanen immediatesa: "ho vull tot i ho vull ara". Es confon l'accessibilitat i el dret a l'atenció amb la immediatesa. És el missatge que la societat de consum transmet i les institucions estan més preocupades en avaluar la satisfacció dels futurs votants i en publicar estadístiques atractives i complaents que per fer una tasca de divulgació i de formació sanitària. S'està transmetent a la societat la fal·làcia de la infal·libilitat d'un sistema supertecnològic capaç de diagnòstics i tractaments fantàstics, sense límit. Cal formar i empoderar la població per tal que puguem ser responsables de l'ús que fem d'un sistema sanitari que fa aigües i que s'ha fet insostenible econòmicament.

Paral·lelament a aquesta cursa tecnològica i d'oferta de més serveis, es continuen retallant partides pressupostàries i recursos humans: a Catalunya als darrers quinze anys s'ha reduït la despesa en Atenció Primària i s'han assimilat (retallat!) més d'un miler de places de professionals sanitaris al sistema públic i no sembla que la tendència s'hagi de revertir a curt termini [6]. Les

l·listes d'espera creixen, les sales dels consultoris estan abarrotades i cada cop hi ha menys professionals disposats a treballar en aquestes condicions de precarietat, és a dir més càrrega de treball i menys mans per assumir-la.

Si la capacitat resolutiva de l'Atenció Primària disminueix, per la llei dels vasos comunicants, les urgències hospitalàries entren en col·lapse. És clar que la crisi no només és sanitària sinó de model i té a veure amb la prioritització dels interessos econòmics per sobre dels socials i emocionals en un context de manca d'honestetat política dels nostres governants. Cal ser valent per explicar a la gent el que no vol sentir (malgrat el risc de perdre vots) i poder decidir entre tots quines són les prioritats i on volem que s'inverteixin de forma transparent els diners i els recursos del sistema. Crec que són necessaris espais de debat i de reflexió que comptin amb la participació dels professionals i de la ciutadania per posar sobre la taula quins són els problemes, quines són les carències i quines les possibles solucions.

El futur no sembla gaire esperançador. Tenim un sistema universitari que forma bons metges, però actualment n'hi ha molts que un cop acabada la carrera decideixen marxar a treballar a l'estranger. És indubtable que cal repensar el model per tal d'evitar que com enguany quedin places vacants de MIR de Medicina Familiar i Comunitària. La decisió de marxar no només obeeix al fet de buscar unes millors condicions econòmiques sinó una estabilitat contractual i un projecte professional consistent.

La sensació que tenim els que seguim a primera línia és que estem deixant perdre talent i que probablement estem perdent una generació sencera de metges i metgesses. Els que vam ser integrants i militants de la reforma de l'Atenció Primària ja estem començant a jubilar-nos i cal deixar pas a saba nova, però el relleu generacional no està clar. Les noves generacions ja s'han trobat feta la reforma i estan en un moment històric diferent. Em sembla que són més pragmàtics que el que hem estat nosaltres.

No falten metges. El que manquen són metges disposats a fer segons què per segons quines condicions, aplicant les lleis de l'oferta i la demanda que són pròpies del nostre sistema neoliberal i que, per cert, no hem inventat nosaltres. Estem assistint a una progressiva precarització de les condicions de treball i de la qualitat del servei que estem en condicions d'oferir. Ja fa uns anys (passades un parell de vagues sanitàries) que els metges d'Atenció Primària anem denunciant aquesta situació. Hem après que quan hi ha retallades i es precaritzen les nostres condicions laborals s'apela a la nostra vocació i professionalitat per tal que ens mantinguem al peu del canó. Sembla bastant injust tot plegat.

Des dels principis del meu exercici he assistit a un seguit de canvis tecnològics tant en l'àmbit d'eines diagnòstiques com sobretot pel que fa al registre de la informació. De les històries clíniques en paper a la informatització progressiva de les consultes: vam començar amb l'automatització de les receptes i els gestors de

textos per a fer informes i baixes laborals fins als sistemes actuals que permeten automatitzar tots els processos tant diagnòstics com terapèutics. Actualment, dediquem una gran part dels temps de visita mèdica davant la pantalla de l'ordinador registrant tot el que fem. Els nostres gestors utilitzen aquesta informació per obtenir uns indicadors de resultats dels quals se n'infereix la qualitat de l'atenció sanitària i de la prescripció farmacèutica. Termes com Benchmarking, EQA (Estàndards de Qualitat Assistencial), EQPF (Estàndards de Qualitat de la Prescripció Farmacèutica), DPO (Direcció per Objectius) han passat a ser d'ús habitual per als metges d'Atenció Primària.

S'ha establert un sistema d'incentivació (DPO) pel qual una part del nostre sou es condiona a la consecució d'uns objectius preestablerts amb la finalitat de millorar la qualitat assistencial i reduir la variabilitat de l'atenció entre els professionals. No puc evitar pensar que aquest sistema posa preu a la meua professionalitat: Intentar fer les coses de la millor manera possible que no forma part de la meua feina? Per contra, puc renunciant a una part del meu sou, deixar de fer-la ben feta? Penso que passem més temps registrant i escrivint la nostra acció mèdica al teclat que no pas exercint-la.

Seria absurd negar l'ajut que suposen la informatització i les noves tecnologies a la nostra feina (tasques burocràtiques, suport a la presa de decisions, alertes, etc.) però haurien d'estar al servei del professional i per facilitar la qualitat de l'atenció als pacients. Em temo que els sistemes d'informació actuals estan dissenyats per i per als gestors i van dirigits a "l'optimització" de la nostra activitat per rendibilitzar-ne els resultats. Se'ns demana siguem productius (que fem moltes visites!) i que assolim uns objectius quantitatius que no han demostrat una millora real i consistent de la salut de la població [7].

Penso que, per sort, encara hi ha una sèrie d'imponderables a la nostra consulta de cada dia que són l'essència del nostre exercici, com per exemple el vincle i la relació metge-pacient, que són impossibles de registrar, però que són indis-

pensables per una atenció sanitària de qualitat i una millora de la salut de la gent. No hi hem de renunciar, ja que trairíem allò per què un dia vam decidir dedicar-nos a la millor professió del món. Malgrat tot.

Bibliografia

- [1]. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Paho.org. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 12 Sep 1978. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- [2]. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, et al. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020; 70:e600-11.
- [3]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios [Internet]. Gob.es. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- [4]. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet] Ohchr.org. Paris: ONU; 10 Dic 1948. [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: <https://www.ohchr.org/es/universal-declaration-of-human-rights>
- [5]. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, et al; Grupo de Estudio del Sinhogarismo (GES) del CAP Raval Sud. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Aten Primaria. 2022; 54:102458.
- [6]. Colás J. Cataluña tiene 1.381 médicos y enfermeros menos en atención primaria desde el inicio de la crisis [Internet]. Crónica Global. 2019 [citad el 27 d'Octubre de 2023]. Disponible a: https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/20191220/cataluna-medicos-enfermeros-atencion-primaria-inicio-crisis/453454677_0.html
- [7]. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jun 13;(6):CD000259.



Tocilizumab en el tratamiento de COVID-19: estudio retrospectivo en dos hospitales comarcales

Tocilizumab en el tractament de COVID-19: estudi retrospectiu a dos hospitals comarcals

Tocilizumab in the COVID-19 treatment: retrospective study in two county hospitals

Marta Martí Navarro^a, Laura Noblia Gigena^a, Laia Domingo Borraz^a, Joan Plaza Nicolau^a, Ilenia Campos Baeta^a, Marta Isern Esplugas^b, Eugènia Òdena Estradé^b, Enric Pedrol Clotet^{a,b}

^aFundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona

^bSalut Catalunya Central, Hospital de Sant Bernabé, Berga, Barcelona

RESUMEN

Introducción y objetivo: la hiperinflamación sistémica es una característica distintiva de la enfermedad grave por COVID-19. El tratamiento con tocilizumab (TCZ), un bloqueador del receptor de interleucina 6, se utiliza como intervención antiinflamatoria junto con los corticosteroides para modular la respuesta hiperinflamatoria (tormenta de citoquinas) en pacientes hospitalizados con COVID-19 grave para prevenir la mortalidad. El objetivo del presente estudio es mostrar la respuesta de una cohorte de pacientes hospitalizados con neumonía por COVID-19 tratados con tocilizumab.

Método: estudio descriptivo y retrospectivo de 125 pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron en el Hospital de Sant Bernabé de Berga y Fundació Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de enero de 2021.

Resultados: tras la intervención con tocilizumab, 88 pacientes (el 70,4% del total) presentaron una evolución favorable que permitió su alta, mientras que 37 pacientes (el 29,6% del total) fallecieron; 28 pacientes requirieron traslado a la UCI y/o UCRI.

Conclusión: tocilizumab puede reducir el riesgo de muerte y la duración de la estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados por COVID-19.

RESUM

Introducció i objectiu. La hiperinflamació sistèmica és una característica distintiva de la malaltia greu per COVID-19. El tractament amb tocilizumab (TCZ), un bloquejador del receptor d'interleucina 6, s'utilitza com a intervenció antiinflamatòria juntament amb els corticosteroides per modular la resposta

Palabras clave: Agentes Antiinflamatorios; Eficacia clínica; Tocilizumab; Tratamiento farmacológico de COVID-19.

Paraules clau: Antiinflamatoris; COVID-19 farmacoteràpia; Efectivitat clínica; Tocilizumab.

Keywords: Anti-Inflammatory Agents; COVID-19 Drug Treatment; Tocilizumab; Treatment Outcome.

Recibido: 24-mayo-2023

Aceptado: 21-septiembre-2023

Correspondencia: enricpedrolclotet@yahoo.es

Martí Navarro M, Noblia Gigena L, Domingo Borraz L, Plaza Nicolau J, Campos Baeta I, Isern Esplugas M, Òdena Estradé E, Pedrol Clotet E. Tocilizumab en el tratamiento de COVID-19: estudio retrospectivo en dos hospitales comarcales. *Ann Sagrat Cor*. 2023; 30(3): 131-135.

hiperinflamatòria (tempesta de citocines) en pacients hospitalitzats amb COVID-19 greu per prevenir la mortalitat. L'objectiu del present estudi és mostrar la resposta d'una cohort de pacients hospitalitzats amb pneumònia per COVID-19 tractats amb tocilizumab.

Mètode. Estudi descriptiu i retrospectiu de 125 pacients amb pneumònia per COVID-19 que van ingressar a l'Hospital de Sant Bernabé de Berga i la Fundació Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell entre l'1 de març del 2020 i el 31 de gener del 2021.

Resultats. Després de la intervenció amb tocilizumab, 88 (70,4%) pacients van presentar una evolució favorable que va permetre la seva alta, mentre que 37 (29,6%) van morir; 28 pacients van requerir trasllat a UCI i/o UCRI.

Conclusió. Tocilizumab pot reduir el risc de mort i la durada de l'estada hospitalària a pacients hospitalitzats per COVID-19.

ABSTRACT

Introduction and objective. Systemic hyperinflammation is a hallmark of severe COVID-19. Tocilizumab (TCZ) -an interleukin-6 receptor blocker- therapy is currently used as an anti-inflammatory intervention to modulate the hyperinflammatory response (cytokine storm) in hospitalized patients with severe COVID-19 to prevent mortality

The present study aimed to report response of a cohort of hospitalized COVID-19 pneumonia patients who were treated with tocilizumab.

Methods. This was a single-arm retrospective study of 125 COVID-19 pneumonia patients who were admitted to Hospital de Sant Bernabé in Berga and Fundació Hospital de Sant Joan de Déu in Martorell from March 1, 2020, to January 31, 2021.

Results. Following tocilizumab intervention, 88 (70,4%) patients showed clinical improvement and were safely discharged from the hospital, while 37 (29,6%) patients died in the hospital; 28 required transfer to the ICU and/or RCU.

Conclusion. Tocilizumab may reduce the risk of death and length of stay in patients hospitalized with COVID-19.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, surgió en Wuhan un brote de una nueva enfermedad provocada por un nuevo coronavirus y caracterizada por un síndrome respiratorio agudo severo, que fue identificado como el coronavirus 2 (SARS-CoV-2) responsable de la actual pandemia.

Si bien, entre el 40-45% de las infecciones por SARS-CoV-2 son asintomáticas o causan una enfermedad leve [1], una proporción significativa de pacientes desarrolla una enfermedad respiratoria que requiere hospitalización, pudiendo progresar a una enfermedad crítica con insuficiencia respiratoria grave y necesidad de soporte ventilatorio.

La insuficiencia respiratoria en estos pacientes se asocia a una respuesta inflamatoria desmesurada con sobreactivación de linfocitos T, que cursa con un aumento de la producción de citoquinas conocida comúnmente como "tormenta de citoquinas" [2]. Este fenómeno se caracteriza por una elevación de las citocinas proinflamatorias como la interleucina (IL) -1, la IL-6 y el TNF α , asociada a niveles elevados de dímero D, ferritina y proteína C reactiva (PCR). La producción incrementada de citoquinas ocasiona daño pulmonar severo, con compromiso extenso del endotelio vascular pulmonar en células epiteliales alveolares y el consiguiente aumento de la permeabilidad vascular pulmonar, lo que conduce a un edema pulmonar y formación de membranas hialinas [2,3].

Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado, recombinante que inhibe la unión de IL-6 a sus receptores, bloqueando la señalización producida por esta citoquina y reduciendo, por tanto, la inflamación. Se ha aprobado su uso para el tratamiento de enfermedades como la artritis reumatoide, la enfermedad de Castleman, artritis idiopática juvenil poliarticular y, más recientemente, arteritis de células gigantes y su uso, también está siendo estudiado en otras enfermedades inmunológicas [4].

El deterioro clínico que presentan muchos pacientes con infección por SARS-CoV-2, después de la primera semana del inicio de la sintomatología clínica, exige profundizar en la patogénesis

de la enfermedad y sugiere que esta insuficiencia respiratoria grave en el COVID-19 pudiera estar vinculada a una disfunción inmunológica [5].

Hasta el momento, existen pocos estudios sobre el uso de TCZ en el tratamiento de la infección por COVID-19 en la práctica clínica habitual, e incluso se han publicado resultados contradictorios a lo largo de estos últimos meses, por ello, hemos querido aportar nuestra experiencia al respecto.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes tratados con TCZ durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de enero de 2021 en dos hospitales comarcales de características similares: Fundació Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell y Salut Catalunya Central, y Hospital de Sant Bernabé de Berga. Los dos hospitales tienen aproximadamente 100 camas, ambos trabajan sin unidad de cuidados intensivos. Además, tienen un área de referencia conjunta de 200.000 habitantes, y los dos representan el modelo asistencial habitual en Cataluña.

Se describen las características demográficas y comorbilidades de la población, así como variables clínicas, analíticas y datos referentes al tratamiento de estos pacientes.

Se clasificó como infección por COVID-19 confirmada a los pacientes con PCR y/o test de antígeno SARS-CoV2 positivo, mientras que se consideró como COVID probable, la presencia de clínica y patrón radiológico compatibles con PCR y/o test de antígeno negativo.

Durante la pandemia de SARS-CoV2 en España, se han identificado tres períodos u "olas". Un primer período que abarcaría desde la identificación de los primeros casos en nuestro medio, a finales de febrero de 2020, hasta finales de junio del mismo año; un segundo, que iría desde julio a noviembre de 2020; y un tercero, que abarcaría desde primeros de diciembre hasta el 31 de enero de 2021.

El 19 de marzo de 2020, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

realizó las primeras recomendaciones para el uso de TCZ en la infección por COVID-19 [6]. Basándonos en estas recomendaciones y en las del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya [7], TCZ fue incluido en el protocolo terapéutico del COVID-19 en los centros del estudio, a partir de finales de marzo de 2020.

- Los criterios de inclusión fueron: cinco días desde la aparición de los síntomas, con la presencia de los siguientes tres criterios: radiología con infiltrados bilaterales o deterioro radiológico y/o gasométrico en las últimas 24 horas, PAFI inferior a 300 mmHg y la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: Proteína C reactiva > 100 mg/L, D-dímero >1.000 ng/mL o Ferritina > 700 ng/mL
- Los criterios de exclusión fueron: Niveles de AST/ALT superiores a 5 veces el límite superior de la normalidad; neutrófilos <500 células/mm³; plaquetas <50.000 células/mm³; Sepsis documentada por otros patógenos que no sean SARS-CoV-2; Presencia de comorbilidad que puede llevar según juicio clínico a mal pronóstico; Diverticulitis complicada o perforación intestinal; Infección cutánea en curso no controlada con tratamiento antibiótico; Terapia inmunosupresora anti-rechazo.

La dosis de TCZ suministrada fue única: 400 mg en pesos inferiores a 75 kg, o 600 mg en pesos iguales o superiores a 75 kg por vía intravenosa. En algunos casos se administró una segunda dosis a las 24 horas, en función de la evolución clínica y el criterio de médico tratante.

RESULTADOS

En el período de estudio ingresaron 1.381 pacientes con infección neumónica por COVID-19, de los que 125 pacientes (el 9,2% del total) recibieron tratamiento con TCZ.

La media de edad de los pacientes fue de sesenta y ocho años (abarcando el rango de diecisiete a noventa y seis años) con un 74,4% de hombres. En la tabla 1, se describen los pacientes a los que se administró Tocilizumab, distribuidos por rango de edades en los diferentes períodos.

Tabla 1: Pacientes tratados con Tocilizumab

Rango de edad	Marzo – junio 2020	Julio– noviembre 2020	Diciembre 2020-enero 2021
<50 años	3	3	3
50 -69 años	17	19	18
70 -79 años	9	14	10
>80 años	9	9	11

Desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario transcurrieron una media de 6,9 días, mientras que hasta el inicio del tratamiento con TCZ transcurrieron una media de 9,9 días (rango: 4-24). La tabla 2 muestra la evolución del tiempo

transcurrido entre el inicio de los síntomas y del tratamiento con TCZ en los diferentes períodos.

Tabla 2. Días transcurridos entre el inicio de los síntomas, el ingreso hospitalario y el inicio de tratamiento con Tocilizumab.

	Inicio síntomas → ingreso	Inicio síntomas → TCZ	Ingreso → TCZ
Marzo – junio 2020	6,3	10	3,7
Julio - noviembre 2020	6,8	10	3,2
Diciembre 2020 – enero 2021	7,6	9,8	2,2

El 95,3% de los pacientes presentaron una infección confirmada por SARS-COV2 (PCR o Ag positivo). El 70,4% recibió una dosis de 600 mg y el 29,6% una dosis de 400 mg. Se administró una segunda dosis a las 24 horas de la primera en once pacientes (8,8%)

La tabla 3 describe el número de pacientes asistidos en cada período, así como el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento con TCZ. El 92% de los casos recibió de forma concomitante esteroides sistémicos.

Tabla 3: Número de pacientes tratados con Tocilizumab

	Pacientes ingresados por COVID 19	Pacientes tratados con TCZn (%)
Marzo – junio 2020	784	36 (4,5%)
Julio - noviembre 2020	373	46 (12,3%)
Diciembre 2020 – enero 2021	224	43 (19,2%)

En la tabla 4 se describen las comorbilidades de la población estudiada, así como los principales parámetros gasométricos y analíticos. El 73,6% de los pacientes presentaba una PAFI inferior a 300 mmHg en el momento de su ingreso.

La proteína C reactiva era elevada prácticamente en todos los casos (96%), siendo superior a 75 mg/L en el 56% de los pacientes.

El perfil hepático fue normal en la mayoría de los pacientes, en los casos que se encontraba elevado, los valores de AST y/o ALT nunca superaron cinco veces su rango normal.

En el 100% de los casos, la radiografía de tórax fue patológica, con presencia de un patrón de afectación intersticial bilateral en el 94,4% de los casos, mientras que los pacientes restantes (5,6%) presentaban una condensación lobar.

No se observaron alteraciones hematológicas, hepáticas y/o infecciosas durante el tratamiento, tampoco se describieron efectos adversos durante el mismo.

Durante el período de análisis, la mortalidad global fue del 23,6% (326 pacientes).

La mortalidad en el primer período fue del 25,9% (203 pacientes), 17,7% durante el segundo período (66 pacientes) y del 25,4% (57 pacientes) durante el tercer período (Tabla 5).

Tabla 4: Principales comorbilidades, parámetros gasométricos y analíticos de la población estudiada.

Comorbilidades	Núm. de pacientes (%)
Enfermedad renal crónica	19 (15,2%)
Neumopatía	31 (24,8%)
Diabetes mellitus	31 (24,8%)
Hipertensión arterial	66 (52,8%)
Patología cardiovascular	37 (29,6%)
Sobrepeso / obesidad	53 (42,4%)
Parámetros gasométricos	
Saturación de oxígeno basal al ingreso $\leq 92\%$	39 (31,2%)
PAFI (cociente pO_2/FiO_2) inicial < 300 mmHg	92 (73,6%)
Parámetros analíticos	
Proteína C reactiva (mg/L) por encima del rango normal (0-5)	120 (96%)
Proteína C reactiva > 75 mg/L	70 (56%)
D-dímero (ng/ml) por encima del rango normal (0-500)	101 (80,8%)
Linfopenia al ingreso ($< 1.000/mm^3$)	78 (62,4%)

Tabla 5: Mortalidad por COVID-19

	Mortalidad hospital comarcal	Mortalidad Extra hospitalaria	Mortalidad global
Marzo – junio 2020	119 (15,2%)	84 (10,7%)	203 (25,9%)
Julio - noviembre 2020	36 (9,7%)	30 (8%)	66 (17,7%)
Diciembre 2020– enero 2021	22 (9,8%)	35 (15,6%)	57 (25,4%)

Treinta y siete pacientes que recibieron Tocilizumab fallecieron (29,6%).

El 70,4% de los pacientes presentó una evolución favorable que permitió su alta. Los 28 pacientes tratados con Tocilizumab, que requirieron traslado a UCI y/o UCRI, tuvieron una tasa de mortalidad del 50%.

De los 11 pacientes que recibieron una segunda dosis de Tocilizumab, solo 4 (36,3%) requirieron traslado a UCI por deterioro clínico; el índice de mortalidad de estos últimos fue igualmente del 50%.

La estancia media de los pacientes tratados con tocilizumab fue de 9,1 días (rango 0-46). Si consideramos solamente los pacientes tratados que no requirieron traslado a UCI la EM fue de 9,9 días.

La tabla 6 describe el número de pacientes que recibieron tratamiento con Tocilizumab en cada período y la mortalidad por períodos en el grupo de tratamiento con dicho fármaco.

Tabla 6: Mortalidad y rango de edad en los pacientes tratados con Tocilizumab

	Pacientes tratados con TCZ	Mediade edad (años)	Mortalidad (%)
Marzo – junio 2020	38	63	9 (23,7%)
Julio - noviembre 2020	45	74	20 (44,4%)
Diciembre 2020– enero 2021	42	66	8 (19%)

DISCUSIÓN

Durante la pandemia de COVID-19, los hospitales comarcales desempeñaron un papel fundamental en la asistencia, ya que constituyen el pilar asistencial sobre el que pivota el sistema sanitario, en especial en Cataluña. Suelen ser hospitales de menos de 150 camas y mayoritariamente sin UCI, como los que hemos considerado en este estudio.

La serie presentada recoge la experiencia en “un entorno real” de dos hospitales comarcales con un área de influencia de unos 200.000 habitantes, sin unidad de cuidados intensivos, y que ingresaron a 1.381 pacientes con infección neumónica por COVID-19 durante el período estudiado.

La serie refleja las mismas características clínico-demográficas descritas en otras series: mayoritariamente hombres con neumonías bilaterales y con frecuentes comorbilidades, entre las que destacaban la HTA y la obesidad [8-14].

El análisis de los datos recogidos en la Tabla 2 evidencia que, con la experiencia adquirida, se acortó el tiempo transcurrido desde inicio de los síntomas y, en especial, desde el ingreso hospitalario hasta el inicio del tratamiento con TCZ (de 3,7 días a 2,2 días).

Así mismo, nuestros resultados muestran un incremento substancial en el uso de TCZ a partir del segundo período, ya que pasamos del 4,5% en primer período al 19,2% en el tercero.

Esto refleja un mayor conocimiento de la fisiopatología de la infección por COVID-19 y una mayor confianza en el fármaco: en su perfil de eficacia y de seguridad. La administración del tratamiento en el entorno real de los diferentes períodos se realizó cuando transcurrieron entre 9 y 10 días desde el inicio de los síntomas, coincidiendo con la denominada fase inflamatoria de la infección por COVID-19; ello permite suponer que, probablemente, exista un cierto margen de mejora con la posibilidad de un mayor efecto beneficioso.

En los primeros momentos, los ensayos aleatorizados con TCZ en COVID-19 mostraban resultados dispares en la mortalidad a los 28 días: siete ensayos de pequeño tamaño no informaron de beneficio [8-14]. El estudio español multicéntrico, retrospectivo, que incluyó pacientes tratados con solo TCZ o asociado a esteroides sistémicos, tampoco evidenció resultados significativos en el

grupo Tocilizumab en cuanto mortalidad, sugiriendo su uso en ensayos clínicos [15].

El ensayo REMAP-CAP [16], algo más grande (353 pacientes en el grupo Tocilizumab y 402 en el grupo control), informó de un beneficio en pacientes que requirieron soporte vital avanzado en unidades de cuidados intensivos.

Nuestra serie muestra una mortalidad discretamente superior a la observada en el resto de pacientes, aunque ello podría atribuirse a que los pacientes que recibieron TCZ eran los de pronóstico más grave. Aun así, la Tabla 6 evidencia un descenso de la mortalidad entre el primer y último período analizados.

Recientemente, se han publicado los resultados del estudio RECOVERY [17], un estudio aleatorizado, controlado, abierto, desarrollado en Reino Unido, que incluyó a 4.116 adultos (2.022 pacientes en el grupo TCZ y 2.094 en el grupo control).

Este estudio refleja una tasa de mortalidad a los 28 días del 29% en los pacientes tratados con TCZ frente al 33% del grupo control, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa, independiente del tratamiento con esteroides sistémicos.

Con respecto al perfil de seguridad de fármaco y en consonancia con los datos del RECOVERY, no se presentaron efectos secundarios destacables.

CONCLUSIÓN

Se constata un uso cada vez mayor del TCZ a lo largo de los diferentes períodos de la pandemia, probablemente debido a un mayor y mejor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, de la eficacia y seguridad clínica del fármaco.

En resumen, el presente trabajo muestra la experiencia en "entorno clínico real," a nivel de hospitales comarcales, del uso de TCZ en el tratamiento de neumonía por COVID-19. En este contexto, se ha usado cada vez de forma más precoz, y todavía podría adelantarse su uso al inicio de la fase inflamatoria con, tal vez, mejores resultados.

Bibliografía

- [1]. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2020; 173:362-7.
- [2]. Pons S, Fodil S, Azoulay E, et al. The vascular endothelium: the cornerstone of organ dysfunction in severe SARS-CoV-2 infection. *Crit Care.* 2020; 24:353.
- [3]. Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet.* 2020; 395:1417-8.
- [4]. Rubbert-Roth A, Furst DE, Nebesky JM, et al. A Review of Recent Advances Using Tocilizumab in the Treatment of Rheumatic Diseases. *Rheumatol Ther.* 2018; 5:21-42.
- [5]. Giamarellos-Bourboulis EJ, Netea MG, Rovina N, et al. Complex immune dysregulation in COVID-19

patients with severe respiratory failure. *Cell Host Microbe.* 2020; 27:992.e3-1000.e3.

- [6]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2. www.aemps.gob.es. Fecha de publicación: 19 de marzo de 2020.
- [7]. Tractament farmacològic de la infecció per SARS-CoV-2. Recomanacions de tractament farmacològic de pacients adults amb infecció per SARS-CoV-2 a l'àmbit del SISCAT. Programa d'harmonització farmacoterapèutica. Gerència del Medicament Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut 27 de gener de 2021 (versió 13)
- [8]. Rosas IO, Bräu N, Waters M, et al. Tocilizumab in Hospitalized Patients with Severe Covid-19 Pneumonia. *N Engl J Med.* 2021; 384:1503-16.
- [9]. Veiga VC, Prats JAGG, Farias DLC, et al. Effect of tocilizumab on clinical outcomes at 15 days in patients with severe or critical coronavirus disease 2019: randomised controlled trial. *BMJ.* 2021; 372:n84.
- [10]. Hermine O, Mariette X, Tharaux PL, et al. Effect of tocilizumab vs usual care in adults hospitalized with covid-19 and moderate or severe pneumonia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2021; 181:32-40.
- [11]. Salvarani C, Dolci G, Massari M, et al. Effect of tocilizumab vs standard care on clinical worsening in patients hospitalized with covid-19 pneumonia: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2021; 181:24-31.
- [12]. Stone JH, Frigault MJ, Serling-Boyd NJ, et al. Efficacy of tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 383:2333-44.
- [13]. Salama C, Han J, Yau L, et al. Tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19 pneumonia. *N Engl J Med.* 2021; 384:20-30.
- [14]. Soin AS, Kumar K, Choudhary NS, et al. Tocilizumab plus standard care versus standard care in patients in India with moderate to severe COVID-19-associated cytokine release syndrome (COVINTOC): an open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Respir Med.* 2021; 9:511-21.
- [15]. Rodríguez-Baño J, Pachón J, Carratalà J, et al. Treatment with tocilizumab or corticosteroids for COVID-19 patients with hyperinflammatory state: a multicentre cohort study (SAM-COVID-19). *Clin Microbiol Infect.* 2021; 27:244-52.
- [16]. REMAP-CAP Investigators; Gordon AC, Mouncey PR, et al. Interleukin-6 Receptor Antagonists in Critically Ill Patients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021; 384:1491-1502.
- [17]. Horby PW, Campbell M, Staplin N, et al. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. *Lancet.* 2021; 397:1637-45

Este trabajo fue presentado como póster en las XXX Jornadas de la Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica. Sitges (Barcelona), 15 y 16 de octubre de 2021 (póster número 10).

Doxiciclina en la neumonía por COVID-19: estudio prospectivo unicéntrico

Doxiciclina en pneumonia per COVID-19: estudi prospectiu unicèntric

Doxycycline in COVID-19 pneumonia: prospective single-center study

**Laura Noblia Gigena^a, Manuel Aguilera López^a, Joan Plaza Nicolau^a,
Marta Martí Navarro^b, Enric Pedrol Clotet^a**

^aServicio de Medicina Interna

^bServicio de Farmacia. Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona

RESUMEN

La mortalidad en pacientes con COVID-19 se ha relacionado con la presencia de la llamada "tormenta de citocinas" inducida por el virus. La producción excesiva de citoquinas proinflamatorias conduce al agravamiento y al daño tisular generalizado, lo que resulta en insuficiencia multiorgánica y muerte.

- Se discute el papel de las tetraciclinas para reducir la tormenta de citocinas en casos graves de COVID-19.
- Se analiza el uso de la doxiciclina en el tratamiento de la COVID-19.
- Se considera la reutilización de fármacos con perfil de seguridad establecido y sólida justificación preclínica.

Palabras clave: Doxiciclina/ uso terapéutico; Eficacia clínica; Tetraciclinas; Tratamiento farmacológico de COVID-19.

Paraules clau: COVID-19 farmacoteràpia; Doxiciclina/ ús terapèutic; Efectivitat clínica; Tetraciclins.

Keywords: COVID-19 Drug Treatment; Doxycycline /therapeutic use; Tetracyclines; Treatment Outcome.

Recibido: 24-mayo-2023

Aceptado: 21-septiembre-2023

Correspondencia: enricpedrolclotet@yahoo.es

Noblia Gigena L, Aguilera López M, Plaza Nicolau J, Martí Navarro M, Pedrol Clotet E. Doxiciclina en la neumonía por COVID-19: estudio prospectivo unicéntrico. *Ann Sagrat Cor.* 2023; 30(3): 136-139.

RESUM

La mortalitat en pacients amb COVID-19 es relaciona amb la presència de l'anomenada tempesta de citocines induïda pel virus. La producció excessiva de citocines proinflamatòries condueix a l'agreujament i al dany tissular generalitzat, el que resulta en insuficiència multiorgànica i mort.

- Es discuteix el paper de les tetraciclins per reduir la tempesta de citocines en casos greus de COVID-19.
- S'analitza l'ús de la doxiciclina al tractament de la COVID-19.
- Es considera la reutilització de fàrmacs amb perfil de seguretat establert i una sòlida justificació preclínica.

ABSTRACT

Mortality in patients with COVID-19 has been related to the presence of the so-called "cytokine storm" induced by the virus. Excessive production of proinflammatory cytokines leads to aggravation and widespread tissue damage, resulting in multiple organ failure and death.

- The role of tetracyclines in reducing cytokine storm in severe cases of COVID-19 is discussed.
- The use of doxycycline in the treatment of COVID-19 is analyzed.
- The reuse of drugs with an established safety profile and solid preclinical justification is considered.

INTRODUCCIÓN

La infección por el nuevo SARS-CoV-2 conlleva una morbilidad y mortalidad significativas en pacientes con compromiso pulmonar, como cáncer de pulmón o enfermedades autoinmunes y neumonía.

Las tetraciclinas, naturales o semisintéticas, actúan inhibiendo la síntesis de las proteínas bacterianas. Son bacteriostáticas, con amplio espectro de actividad. Estigmatizadas tiempo atrás por la frecuencia de microorganismos resistentes, actualmente han renacido al recuperar sensibilidad e incorporarse nuevos y más activos componen-

tes. La doxiciclina es la tetraciclina más utilizada actualmente y constituye uno de los medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud [1].

Las tetraciclinas tienen buena actividad frente a *Streptococcus Pneumoniae* y *Haemophilus Influenzae*, que son las bacterias más comúnmente aisladas cuando existe sobreinfección bacteriana [2,3]. Menos conocido es su uso en enfermedades sin mecanismo infeccioso por su capacidad para inhibir las metaloproteasas de la matriz, enzimas proteolíticas implicadas en la oncogénesis, y por sus efectos moduladores sobre las citoquinas proinflamatorias (IL-6, IL-8 y TNF- α), con resultados dispares. Tienen un papel importante en la angiogénesis y la invasión celular, reducen la inflamación al disminuir los niveles de estas citoquinas y tienen un efecto antiapoptótico y colagenolítico [1, 4-7].

La infección por COVID-19 puede complicarse con una gran respuesta inflamatoria con sobreactivación de los linfocitos T, que conduce a una insuficiencia respiratoria aguda y a un fallo multiorgánico secundario. Esta respuesta se asocia a una "tormenta de citoquinas" caracterizada por un aumento de las citoquinas proinflamatorias: factor de necrosis tumoral, interleucina IL-1 β , IL-6 y otras en suero. Esto produce daño pulmonar, que se manifiesta como una extensa lesión endotelial pulmonar en las células epiteliales alveolares y un aumento de la permeabilidad vascular, que conduce al edema pulmonar y a la formación de la membrana hialina [5-6].

El presente trabajo pretende aportar nuestra experiencia en el uso de doxiciclina, como alternativa al tratamiento antibiótico estándar cuando este no puede utilizarse, en pacientes hospitalizados por neumonía COVID-19.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo del 28 de marzo al 4 de agosto de 2020 en pacientes ingresados por neumonía por causa de COVID-19 en Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Los pacientes requerían tratamiento antibiótico y presentaban alergia a la penicilina o intolerancia previa al tratamiento antibiótico estándar con amoxicilina + ácido clavulánico.

Se prescribió doxiciclina a una dosis de 100 mg cada doce horas, por vía oral y durante diez días.

RESULTADOS

Se incluyeron 29 pacientes de un total de 576 pacientes (el 5%) ingresados con este diagnóstico en ese periodo. La Tabla 1 recoge los datos demográficos y epidemiológicos de los pacientes incluidos.

El análisis de las comorbilidades basado en el índice de Charlson [8] muestra que el 52% tenía un índice de Charlson de 0-2, el 17% entre 3-4, el 28% entre 5-6, mientras que el 3% tenía un Charlson de 9.

Tabla 1. Demografía y datos epidemiológicos de los pacientes estudiados

TOTAL (núm.)	29 pacientes
Edad media	65 (34-95)
Sexo	24 hombres (83%) 5 mujeres (17%)
Enfermedad Cardiovascular	16 (55%)
Hipertensión	14 (48%)
Tabaquismo	8 (28%)
Diabetes mellitus	7 (24%)
Enfermedad renal crónica	3 (10%)
Neumopatía	3 (10%)
Obesidad	1 (3%)
Inmunodeficiencia/ Neoplasia	1 (3%)

La media de días, desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento, fue de ocho días y la mediana de siete (rango: 3-17 días).

El ECG mostró un QTc normal en el 100% de los pacientes. La presencia de fibrilación auricular (ya conocida) fue evidente en siete pacientes, mientras que los 22 restantes estaban en ritmo sinusal.

La radiología torácica y/o la tomografía computarizada pulmonar mostraron un patrón compatible con neumonitis COVID-19. Se observó linfopenia en el 69% de los casos, elevación del dímero D en el 83%, elevación de las transaminasas en el 10%, elevación de la proteína C reactiva en el 96% y elevación de la LDH en el 55%.

El índice de Kirby inicial (relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno) fue inferior a 300 mmHg en el 33% de los casos.

La Tabla 2 describe el tratamiento concomitante dispensado a los pacientes.

Tabla 2. Tratamiento concomitante

Terapia	Pacientes Núm. (%)	Fármacos
Antimaláricos	25 (86,2%)	Hidroxiclороquina
Macrólidos	7 (24,13%)	Azitromicina
Antivirales	27 (93%)	23 lopinavir/ritonavir 3 remdesivir (+) 1 darunavir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir (*)
Heparina bajo peso molecular	29 (100%)	
Esteroides sistémicos	15 (52%)	Metilprednisolona Dexametasona
Antipiréticos	29 (100%)	
Oxigenoterapia	29 (100%)	
High flow oxygen	2 (7%)	
Noninvasive mechanical ventilation	1 (3%)	
Invasive mechanical ventilation	1 (3%)	

(+) Disponible desde el 3 de agosto de 2020

(*) Paciente HIV que recibió esta combinación debido a serios efectos adversos previos con lopinavir / ritonavir.

En el 7% de los casos (dos pacientes) no se realizó tratamiento antiviral. Uno de ellos por tiem-

po de evolución (más de siete días de síntomas al inicio del tratamiento) y el otro por contraindicaciones (tasa de filtración glomerular renal de 29 ml/min/m³).

En el 93% restante, según el protocolo institucional, se utilizó inicialmente lopinavir/ritonavir como antiviral. Posteriormente, el protocolo se modificó a la luz de los nuevos datos, y se sustituyó por Remdesivir como tratamiento antiviral.

Durante el periodo de estudio, el 69% de los pacientes fue tratado con corticosteroides sistémicos. Tras la publicación de los datos preliminares del estudio RECOVERY, que mostraban el beneficio del tratamiento con corticosteroides, el 80% de los pacientes fueron tratados con corticosteroides [9].

Un paciente precisó ventilación mecánica no invasiva, y posteriormente ventilación invasiva con buena evolución, lo que permitió su posterior alta a domicilio.

La evolución fue desfavorable en 3 pacientes (el 10%). Un paciente falleció al quinto día de hospitalización, los otros dos fueron trasladados a un centro sociosanitario y fallecieron posteriormente por complicaciones asociadas a la COVID-19.

Los 26 pacientes restantes (el 90%) tuvieron una buena evolución y fueron dados de alta a su domicilio. La media de días de hospitalización en este grupo fue de 7,4 días (rango de 3 a 21 días).

No se detectaron efectos adversos atribuibles a la doxiciclina.

DISCUSIÓN

La doxiciclina es una de las tetraciclinas más activas y la más utilizada clínicamente, ya que posee muchas ventajas sobre las tetraciclinas y minociclina tradicionales. La doxiciclina se puede administrar dos veces al día, tiene formulaciones tanto intravenosas (IV) como orales, alcanza concentraciones razonables incluso si se administra con alimentos y es menos probable que cause fotosensibilidad [8]. La doxiciclina es la única tetraciclina que debe usarse en niños menores de ocho años, ya que se une al calcio en menor medida que la tetraciclina, lo que puede causar decoloración de los dientes y retraso en el crecimiento óseo.

Creemos que la doxiciclina es un buen candidato como alternativa al tratamiento antibiótico estándar cuando este último no puede utilizarse en la infección por COVID-19. Por un lado, tiene un espectro antibiótico adecuado frente a las bacterias mayoritariamente descritas en este contexto, presenta un buen perfil de seguridad y, además, su coste económico es aceptable (en nuestro medio, el tratamiento con 100 mg cada doce horas durante diez días cuesta 2,4 euros frente a los 3,99 euros del tratamiento con amoxicilina clavulánico 875 / 125 mg cada ocho horas durante siete días) [10].

Por otro lado, sus propiedades antiinflamatorias descritas en la literatura lo convierten en un candidato ideal para influir positivamente en los

mecanismos inflamatorios desencadenados por el COVID-19, tal y como se ha teorizado [5-7] e incluso observado en pequeñas series como la nuestra [4,11-14].

Aunque nuestra experiencia ha sido positiva, serían necesarios más estudios comparativos y con una muestra más significativa para poder extraer conclusiones mucho más válidas en este segundo caso.

CONCLUSIÓN

La doxiciclina es un candidato atractivo como fármaco reutilizado en el tratamiento de la infección por COVID-19, con un perfil de seguridad establecido, una sólida justificación preclínica y una experiencia clínica inicial convincente.

No se observaron problemas de seguridad con el uso de doxiciclina.

Bibliografía

- [1]. García-Álvarez L, Oteo JA. Efectos no antimicrobianos de las tetraciclinas. *Rev Esp Quimioter.* 2010; 23: 4-11.
- [2]. Vicente D, Pérez-Trallero E. Tetraciclinas, sulfamidas y metronidazol. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010; 28:122-30.
- [3]. Zhu X, Ge Y, Wu T, et al. Co-infection with respiratory pathogens among COVID-2019 cases. *Virus Res.* 2020; 285:198005.
- [4]. Alam MM, Mahmud S, Rahman MM, et al. Clinical outcomes of early treatment with doxycycline for 89 high-risk COVID-19 patients in long-term care facilities in New York. *Cureus* 2020; 12(8): e9658.
- [5]. Sodhi M, Etminan M. Therapeutic potential for tetracyclines in the treatment of COVID-19. *Pharmacotherapy.* 2020; 40:487-8.
- [6]. Gironi LC, Damiani G, Zavattaro E, et al. Tetracyclines in COVID-19 patients quarantined at home: Literature evidence supporting real-world data from a multicenter observational study targeting inflammatory and infectious dermatoses. *Dermatol Ther.* 2021; 34(1):e14694.
- [7]. Chaves Filho AJM, Gonçalves F, Mottin M, et al. Repurposing of tetracyclines for COVID-19 neurological and neuropsychiatric manifestations: a valid option to control SARS-CoV-2-associated neuroinflammation? *J Neuroimmune Pharmacol.* 2021; 16:213-8.
- [8]. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987; 40:373-83.
- [9]. Horby PW, Mafham M, Bell JL, et al. Lopinavir-ritonavir in 529 patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, 530 open-labels, platform trial. *Lancet* 2020; 396:1345-52.
- [10]. Base de Datos de medicamentos del Consejo General de Farmacéuticos (Bot PLUS 2.0): <https://botplusweb.portalfarma.com>
- [11]. Farouk A, Salman S. Dapsone and doxycycline could be potential treatment modalities for COVID-19. *Med Hypotheses.* 2020; 140:109768.

- [12]. Cag Y, Vahaboglu H. A novel approach to managing COVID-19 patients: results of lopinavir plus doxycycline cohort-authors' reply. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2021; 40:1351-2.
- [13]. Yates PA, Newman SA, Oshry LJ, et al. Doxycycline treatment of high-risk COVID-19-positive patients with comorbid pulmonary disease. *Ther Adv Respir Dis*. 2020; 14:1753466620951053.
- [14]. Malek AE, Granwehr BP, Kontoyiannis DP. Doxycycline as a potential partner of COVID-19 therapies. *IDCases*. 2020; 21:e00864.



Valor de la tomografía computarizada en el diagnóstico y tratamiento del vólvulo gástrico: a propósito de un caso

Diverticle traqueal com troballa incidental en tomografia computada: cas clínic

Value of computed tomography in the diagnosis and management of gastric volvulus: a case report

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

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUMEN

El vólvulo gástrico es una enfermedad rara y de incidencia desconocida, definida como una rotación anormal del estómago sobre sí mismo. La presentación crónica, al igual que la aguda, se considera una emergencia quirúrgica, pero sus síntomas inespecíficos dificultan el diagnóstico. La tomografía computarizada permite identificar y clasificar el vólvulo gástrico y descartar complicaciones para orientar el tratamiento quirúrgico. Se presenta un caso de vólvulo gástrico recurrente en una mujer joven con dolor abdominal, náuseas, regurgitación y fiebre. El tratamiento de apoyo puede ser apropiado para controlar los síntomas, aunque no altera la historia natural, la progresión y la recurrencia de la enfermedad.

RESUM

El vòlvul gàstrik és una malaltia rara i d'incidència desconeguda, definida com una rotació anormal de l'estómac sobre ell mateix. La presentació crònica, igual que l'aguda, es considera una emergència quirúrgica, però els símptomes inespecífics dificulten el diagnòstic. La tomografia computada permet identificar i classificar el vòlvul gàstrik i descartar complicacions per orientar el tractament quirúrgic. Es presenta un cas de vòlvul gàstrik recurrent en una dona jove amb dolor abdominal, náusees, regurgitació i febre. El tractament de suport pot ser apropiat per controlar els símptomes, encara que no altera la història natural, la progressió i la recurrència de la malaltia.

Palabras clave: Obstrucción intestinal/ etiología; Tomografía computarizada; Vólvulo gástrico/ diagnóstico por imagen.

Paraules clau: Obstrucció intestinal/ etiologia; Tomografia computada; Vòlvul gàstrik / diagnòstic per imatge.

Keywords: Intestinal Obstruction / etiology; Stomach Volvulus / diagnostic imaging; Tomography, X-Ray Computed.

Recibido: 21-noviembre-2023

Aceptado: 14-diciembre-2023

Correspondencia: jean.soto@quironsalud.es

Soto García JC, Llaverías Borrell S, Peláez A, Conde Pimentel L, Adri Cabero DO, Grivé Isern E. Valor de la tomografía computarizada en el diagnóstico y tratamiento del vólvulo gástrico: a propósito de un caso. *Ann Sagrat Cor*. 2023; 30(3): 140-143.

ABSTRACT

Gastric volvulus is a rare disease with an unknown incidence, defined as an abnormal rotation of the stomach around itself. The chronic presenting, as the acute one, is considered as a surgical emergency, but its non-specific symptoms make diagnosis difficult. Computed tomography allows identifying and classifying gastric volvulus and ruling out complications so that to guide surgery management. We report a case of a recurrent gastric volvulus in a young woman with abdominal pain, nausea, regurgitation and fever. Supportive management may be appropriate to control disease symptoms, although it does not alter the disease's natural history, progression, and recurrence.

ANTECEDENTES

La rotación de una víscera hueca abdominal en más de 180° sobre su mesenterio en un eje determinado, con la consiguiente obstrucción lu-

minal, define la mecánica del vólvulo. El vólvulo gástrico es una presentación infrecuente y una causa poco común de obstrucción del tracto de salida gástrico, con una incidencia poco reportada en la literatura, debido a que en ocasiones

puede ser un hallazgo incidental en pacientes asintomáticos [1-2].

Las pruebas de imagen, especialmente la tomografía computarizada (TC) juegan un papel importante en la evaluación de los pacientes con dolor abdominal y su realización temprana permite evaluar la presencia de complicaciones secundarias en casos de obstrucción, como la isquemia o la perforación.

Con frecuencia, estos casos están asociados con defectos herniarios del diafragma, de etiología congénita o adquirida, como ocurre en el trauma abdominal, aunque también pueden ocurrir sin la presencia de hernias [3-4].

El presente caso clínico ilustra el valor de la tomografía computarizada en la determinación de las características mecánicas del vólvulo y en la identificación del punto probable de obstrucción en una paciente con antecedentes de vólvulo gástrico recurrente.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina de treinta y ocho años con antecedentes de vólvulos gástricos recurrentes, requiriendo una intervención mediante gastropexia laparoscópica en un episodio. La paciente acude al departamento de Urgencias manifestando dolor abdominal, náuseas, regurgitación y fiebre, lo cual levanta sospechas clínicas significativas. En la exploración física, se constata la presencia de distensión abdominal y una disminución de los ruidos peristálticos. Los resultados del hemograma inicial revelan leucocitosis con neutrofilia, sin elevación de los reactantes de fase aguda.

Se solicita radiografía abdominal en la cual se observa una marcada dilatación de la cavidad gástrica con desplazamiento superior que resulta en una elevación del hemidiafragma izquierdo. Los hallazgos hasta este punto sugieren la posibilidad de una obstrucción intestinal.

Ante la sospecha clínica, se solicita una tomografía computarizada (TC) abdominal para fi-

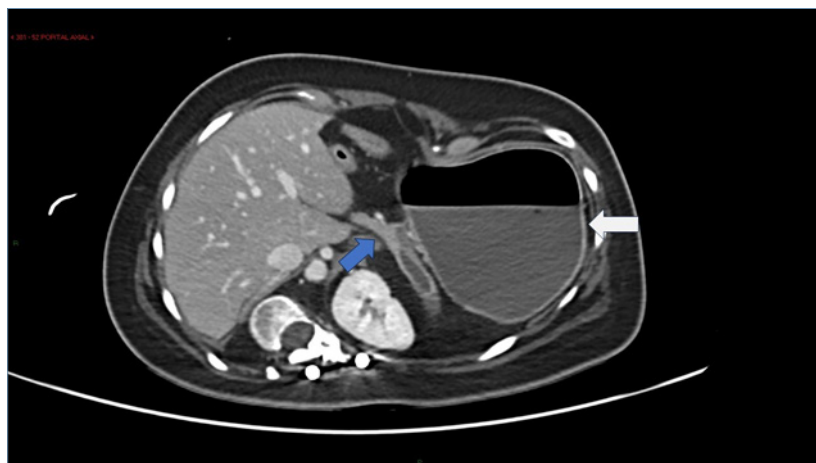


Figura 1. Dilatación de la cámara gástrica (flecha blanca) y cambio de calibre luminal del tracto de salida (flecha azul).



Figura 2. Reconstrucción multiplanar oblicua (MPR) que confirma el cambio de calibre súbito a nivel antro pilórico, situado anterosuperiormente (flechas azules) a la unión gastroesofágica, con colapso relativo del marco duodenal (flecha blanca).



Figura 3. Reconstrucción multiplanar oblicua que muestra el desplazamiento de las curvaturas gástricas mayor (flecha blanca) y menor (flecha azul). La unión gastro-esofágica (flechas negras) se sitúa posteroinferiormente respecto al antro gástrico.



Figura 4. Corte coronal que demuestra la ausencia de líquido perigástrico, edema o hipo captación parietal (flechas azules). Se observa la situación caudal de la unión gastroesofágica (flecha blanca).

liar etiología y descartar posibles complicaciones. En la TC se identifica una marcada dilatación de la cavidad gástrica, destacándose un cambio de calibre abrupto en el tracto de salida (Figura 1). Adicionalmente, se observa que el antro-píloro se posiciona anterosuperiormente a la unión gastroesofágica (Figura 2), acompañado de un desplazamiento inferior de la curvatura mayor gástrica (Figura 3), todo ello indicativo de vólvulo gástrico con características mixtas de rotación como causa de la obstrucción.

No se observa líquido libre perigástrico o en otras localizaciones, así como tampoco ausencias de captación o edema de pared como signos de complicaciones asociadas (Figura 4). Adicionalmente, se aprecia un consolidado basal izquierdo con características sugestivas de neumonía aspirativa.

La paciente es tratada inicialmente mediante tratamiento conservador con sonda-nasogástrica (SNG) de la que se obtiene dos litros de contenido retenido y antibioticoterapia empírica. Se realiza una radiografía simple abdominal que revela una disminución de la dilatación gástrica y el adecuado posicionamiento de la SNG, lo que sugiere una respuesta al tratamiento conservador. Tras la evolución favorable y ausencia de sintomatología significativa, se decide dar el alta hospitalaria con instrucciones de volver a la consulta ante la posibilidad de recidiva.

DISCUSIÓN

Se denomina vólvulo gástrico a la rotación del estómago en más de 180° sobre su eje perpendicular o longitudinal. La obstrucción del tracto de salida se refiere a la dilatación de la cavidad gástrica como resultado del colapso luminal del antro y el píloro [3]. Puede clasificarse según el eje de rotación en vólvulo órgano-axial, cuando rota sobre su eje largo, o mesenteroaxial, cuando lo hace sobre su eje corto. También existen casos con características mixtas entre ambos tipos. [3-4].

Aunque hasta un 70% de los pacientes pueden presentar la tríada clásica de Bochard, que incluye dolor abdominal, vómitos e incapacidad para avanzar la sonda nasogástrica, en un porcentaje significativo de los casos, el cuadro clínico se presenta de manera inespecífica [3]. Una rotación inferior a 180 grados puede ocurrir sin obstrucción asociada y ser asintomática, definiéndose como una configuración organoaxial de la cavidad gástrica en lugar de vólvulo, ya que este último se condiciona por la presencia de obstrucción al tracto de salida gástrico [4].

Existen hallazgos por imagen que permiten distinguirlo, clásicamente mediante estudios fluoroscópicos con contraste oral, que, aunque efectivos para demostrar la presencia de vólvulos y sus características de rotación, han disminuido en uso en comparación con la TC, debido a su capacidad para detectar complicaciones y descartar otras causas.

La radiografía simple generalmente es la primera prueba realizada en situaciones de urgencia, pero su especificidad para detectar la causa de la obstrucción es baja. Permite evaluar la dilatación de la cavidad gástrica, su desplazamiento anterosuperior y el desplazamiento inferior de las asas intestinales, aunque su sensibilidad para detectar defectos herniarios es limitada.

Sin embargo, la TC muestra una alta sensibilidad y especificidad para detectar obstrucción en el contexto de un vólvulo gástrico. Aunque presenta una alta tasa de concordancia entre observadores, esta disminuye al clasificarlo según su eje de rotación. Una fuente potencial de error diagnóstico es su diferenciación de una hernia diafragmática de cuello estrecho con contenido abdominal, pero sin signos de obstrucción [2].

La detección de un cambio brusco en el calibre a nivel del antro-píloro es el signo más específico para el diagnóstico del vólvulo, aunque también existen otros signos sugerentes como la presencia de hernias paraesofágicas, el colapso luminal en una hernia o la posición intratorácica de la cavidad gástrica [1-2]. La transposición de las curvaturas gástricas o la posición anómala de la unión gastroesofágica respecto al tracto de salida son características indicativas de rotación y definen al vólvulo.

La forma de presentación más frecuente es la rotación órgano-axial, donde se observa el desplazamiento de la curvatura mayor y curvatura menor secundaria a una rotación posteroinferior del fundus gástrico y anterosuperior del antro. Este tipo de presentación suele estar asociada con hernias diafragmáticas congénitas o adquiridas, así como con hernias paraesofágicas [1-3].

En los casos en los que el eje de rotación es paralelo al eje corto de la cavidad gástrica, con el despla-

zamiento cefálico del antro-píloro e inferomedial de la unión gastroesofágica, se habla de un vólvulo mesenteroaxial, que puede ser asintomático y se observa frecuentemente en ausencia de hernias [1-3].

En la práctica habitual, muchos pacientes presentan características de ambos tipos de presentación, describiéndose como vólvulo mixto, lo que dificulta su clasificación. Además, en casos de marcada dilatación de la cavidad gástrica, la delimitación de las relaciones anatómicas puede ser complicada [1].

Detectar complicaciones como la isquemia, secundaria al colapso capilar debido al aumento

de la presión transluminal, es un desafío diagnóstico, ya que la presencia de signos directos como la neumatosis intestinal o el gas intramural en la cavidad gástrica es poco común. Los casos con una marcada dilatación de la cavidad gástrica aumentan la sospecha de posible compromiso vascular, y los signos indirectos, aunque poco específicos y sensibles [2], pueden sugerir el diagnóstico: presencia de hipocaptación parietal, cambios en la densidad del tejido graso omental ("estriación"), presencia de líquido peri gástrico o pleural, o engrosamiento parietal edematoso, estos últimos más sensibles para indicar compromiso vascular de las asas intestinales [2].

CONCLUSIÓN

El presente caso clínico ilustra las características por imagen típicas del vólvulo gástrico, y demuestra el valor de la TC en la detección del punto de obstrucción y de complicaciones secundarias. Dada la inespecificidad de la sintomatología y la potencial necesidad de tratamiento quirúrgico, identificar complicaciones como la perforación, o la isquemia, es de importancia ante casos de obstrucción secundaria a vólvulo, ya que, ante ausencia de signos sugestivos, el tratamiento conservador es resolutivo en la mayoría de los casos. Ante la sospecha clínica y en contexto de dolor abdominal, la TC es la modalidad de elección para su diagnóstico y su realización precoz puede modificar el manejo del paciente.

Referencias

- [1]. Millet I, Orliac C, Alili C, et al. Computed tomography findings of acute gastric volvulus. *Eur Radiol.* 2014; 24:3115-22.
- [2]. Mazaheri P, Ballard DH, Neal KA, et al. CT of Gastric Volvulus: Interobserver Reliability, Radiologists' Accuracy, and Imaging Findings. *Am J Roentgenol.* 2019; 212:103-8.
- [3]. Peterson CM, Anderson JS, Hara AK, et al. Volvulus of the Gastrointestinal Tract: Appearances at Multimodality Imaging. *RadioGraphics.* 2009; 29:1281-93.
- [4]. Anderson AC, Millet JD, Mangano MS, et al. Multimodality Imaging of Gastric Pathologic Conditions: A Primer for Radiologists. *RadioGraphics.* 2020; 40:707-8.



Adenocarcinoma de pulmó amb metàstasis òssies múltiples: a propòsit d'un cas

Adenocarcinoma de pulmón con metástasis óseas múltiples: a propósito de un caso

Lung adenocarcinoma with multiple bone metastases: case report

Oriol Ventosa Blázquez, Anna Lozano Miñana

Servei de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUM

Home de vuitanta-cinc anys que va consultar a Urgències per augment de mucositat toràctica en el context de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) GOLD III D. A l'exploració física destacava una massa pre-esternal de 8 cm a l'eix llarg, de consistència dura, immòbil i sense canvis tròfics de la pell. L'estudi radiològic mitjançant tomografia computada (TC) va desvelar una massa pulmonar para-hilar dreta amb imatges compatibles amb metàstasis localitzades a estèrnum, primera i segona articulacions costo-esternals i esterno-claviculars i quarta costella dreta. La gammagrafia de cos sencer i SPECT-TC de pelvis-fèmur proximals va mostrar captacions compatibles amb metàstasis a sacre dret, calota cranial i diàfisi proximal del fèmur dret. L'estudi citològic va concloure que es tracta d'un adenocarcinoma de pulmó.

RESUMEN

Hombre de ochenta y cinco años que acudió a Urgencias por aumento de mucosidad torácica en el contexto de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) GOLD III D. En la exploración física destacó una masa pre-esternal de 8 cm en el eje largo, de consistencia dura, inmóvil y sin cambios tróficos de la piel. El estudio radiológico mediante tomografía computarizada (TC) desveló una masa pulmonar parahilar derecha con imágenes compatibles con metástasis localizadas en el esternón, primera y segunda articulaciones costo-esternales y esterno-claviculares y cuarta costilla derecha. La gammagrafía de cuerpo entero y SPECT-TC de pelvis-fémur proximales mostraron captaciones compatibles con metástasis en sacro derecho, calota craneal y diáfisis proximal del fémur derecho. El estudio

Paraules clau: Adenocarcinoma de Pulmó; Neoplàsia òssia/ secundari; Neoplàsia de pulmó.

Palabras clave: Adenocarcinoma de Pulmón; Neoplasias óseas/ secundario; Neoplasia de pulmón.

Keywords: Adenocarcinoma of Lung; Bone Neoplasms/secondary; Lung Neoplasms.

Rebut: 18-abril-2023

Acceptat: 20-juliol-2023

Correspondència: oriolventosa99@gmail.com

Ventosa Blázquez O, Lozano Miñana A. Adenocarcinoma de pulmó amb metàstasi òssies múltiples. Ann Sagrat Cor. 2023; 30(3):144-147.

citológico concluyó que se trataba de un adenocarcinoma de pulmón.

ABSTRACT

An 85-year-old man presented at the Emergency Department due to increased chest mucus in the context of GOLD III D chronic obstructive pulmonary disease (COPD). On physical examination, he revealed a presternal mass measuring 8 cm in the long axis, with hard consistency, immobile and without trophic changes of the skin. The radiological study using computed tomography (CT) revealed a right parahilar lung mass with images compatible with metastases located in the sternum, first and second costo-sternal and sterno-clavicular joints, and right fourth rib. Whole-body scintigraphy and SPECT-CT of the proximal pelvis-femur showed uptake compatible with metastases in the right sacrum, skull cap, and proximal diaphysis of the right femur. The cytological study concluded that it was a lung adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓ

A nivell mundial, el càncer de pulmó és el càncer més freqüentment diagnosticat en homes i segueix sent la principal causa de morts relacio-

nades amb el càncer als països desenvolupats i als països menys desenvolupats [1-2]. Histològicament es divideix en càncer de cèl·lula petita i de cèl·lula no petita, dins del qual es troba l'adenocarcinoma.

El càncer de pulmó de cèl·lules no petites és la forma predominant de càncer de pulmó i representa el 80% de tots els casos. Es diagnostica normalment quan la malaltia ja ha progressat de manera local o sistemàtica, perquè les primeres etapes de la malaltia sovint són sense símptomes [3-4].

L'os és un lloc freqüent de metàstasi de diversos càncers primaris, inclòs l'adenocarcinoma, i entre el 30 i el 40% dels pacients amb càncer de pulmó de cèl·lules no petites desenvolupen metàstasis òssies durant el curs de la malaltia [3-4].

Les metàstasis òssies s'associen amb una interrupció del recanvi de l'os normal que condueix a dolor i complicacions debilitants: aquestes inclouen fractura patològica, compressió medul·lar o arrel nerviosa, requisit de cirurgia, radioteràpia a l'os o hipercalcèmia de malignitat [5]. Aquests esdeveniments tenen un impacte negatiu en la qualitat de vida i el funcionament i augmenten l'ús dels recursos sanitaris [5].

Tot i que el tractament dels pacients amb adenocarcinoma és determinat per l'estadi de la malaltia amb directius i guies específiques, altres factors –com ara les comorbiditats, resultats de les proves de funció pulmonar i les preferències del pacient– poden influir en les decisions del tractament [5].

CAS CLÍNIC

Home de vuitanta-cinc anys que es presenta a Urgències amb sensació de mucositat i atrapament que relaciona amb altres episodis anteriors d'exacerbacions, juntament amb febrícula de quatre dies d'evolució. No explica dispnea ni tos, més enllà de l'habitual, sent aquesta productiva i amb esput blanquinós.

Dos dies abans consulta per retenció aguda d'orina que es resol amb sonda, que encara porta.

Antecedents

Home de vuitanta-cinc anys, ex-fumador, lleument depenent per les activitats bàsiques de la vida diària, Barthel de 60-70, sobretot per disminució de la mobilitat per dolor ciàtic i dispnea. Té la pauta vacunal contra el SARS-CoV-2 completa.

Com a antecedents patològics destaca hipertensió arterial, MPOC de fenotip emfisematós sever amb re-aguditzacions freqüents, GOLD III D, bronquiectasis cilíndriques de predomini a lòbuls inferiors, hipoacúsia, ciatàlgia dreta i fauquectomia bilateral. Al moment de consulta es troba en tractament amb àcid acetil-salicílic (AAS) 100 mg al dia, amlodipino 5 mg/dia i Indicaterol/glicapirronio 85/43 µg/dia. Nega al·lèrgies.

Exploració física

A Urgències, saturació d'oxigen al 88%, i per això s'inicia oxigen amb Ventimask® al 24% assolint saturacions de 93-94%.

Es troba conscient, orientat i col·laborador. Hemodinàmicament estable. A l'auscultació destaca hipofonesi generalitzada, amb tons rítmics sense bufes. A planta, un dia després, millor estat general. Destaquen sibilàncies expiratòries en camps mitjans i inferiors. Tons rítmics i normofreqüents sense bufes.

L'exploració abdominal és anodina. Porta sonda amb bona diuresi, de color normal. No refereix àlgies.

A la inspecció visual destaca massa al tòrax anterior, al manubri de l'estèrnum i immediatament per sota de la fossa supra-clavicular, de consistència sòlida, però relativament tova, immòbil, no dolorosa i sense canvis cutanis, que va aparèixer set mesos abans.

L'anàlítica a l'ingrés mostra una lleugera anèmia normocítica i normocròmica, leucocitosi a expenses de neutrofilia i una PCR de 22,9 mg/dl.

Antigenúries per Pneumococ i Legionel·la, ambdues negatives.

Proves d'imatge

Radiografia de tòrax en projecció postero-anterior amb presència de condensació basal dreta (Figura 1).

Tomografia axial toràcica: massa expansiva esternal que engloba a estèrnum i a les articulacions costo-esternals, que s'estén des de l'opercle esternal fins a l'articulació costo-esternal amb la tercera costella, ocupant part del mediastí anterior. Adenopaties mediastíniques pre-vasculars, pre-traqueals i sub-carinals. Massa hilar dreta que engloba artèria pulmonar principal dreta i bronqui principal dret sense envair-los ni infiltrar-los. Massa expansiva lítica amb component de parts toves a la quarta costella dreta. Fractura en resolució a la primera costella esquerra. Vessament pleural laminar. Patró emfisematós sever de predomini superior amb distorsió de l'arquitectura pulmonar i butlles significatives (Figura 2).

Gammagrafia: Es realitza estudi ossi mitjançant rastreig continu de cos sencer i SPECT-TC de pelvis-fèmurs proximals. Es troba: lesió hipoactiva/destructiva per massa extensa en relació osteogènica associada a articulacions esterno-claviculars i costo-esternals (primera) compatible amb una metàstasi òssia. Es veu una altra lesió òssia amb característiques similars al sacre dret amb marges que presenten intensa reacció osteogènica associada. Hi ha altres lesions sospitoses a la calota cranial, arc posterior de la quarta costella dreta i diàfisi proximal del fèmur dret (Figura 3) compatible amb neoplàsia primària de pulmó amb múltiples metàstasis òssies.

Finalment, la citologia per mitjà de PAAF (punció amb agulla fina) de la lesió esternal confirma que es tracta d'una metàstasi d'adenocarcinoma (després d'estudi immunohistoquímic).

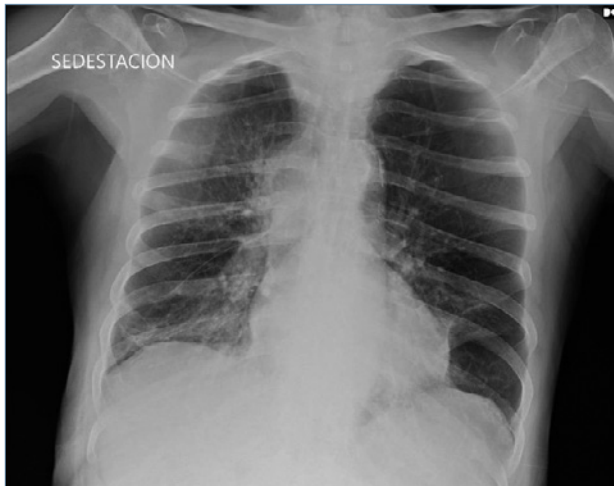


Figura 1. Rx de tòrax

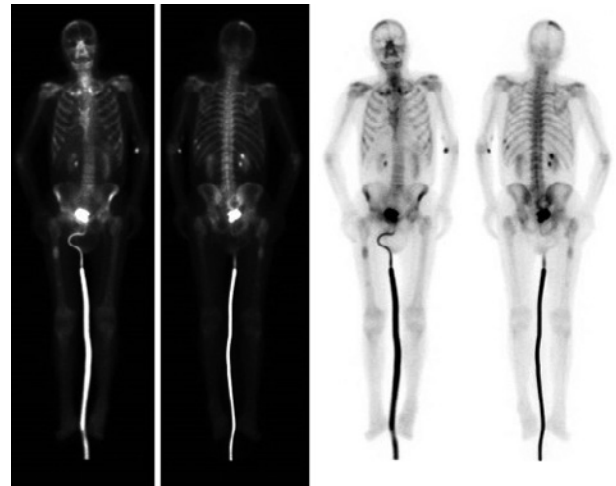


Figura 3. SPECT-TC

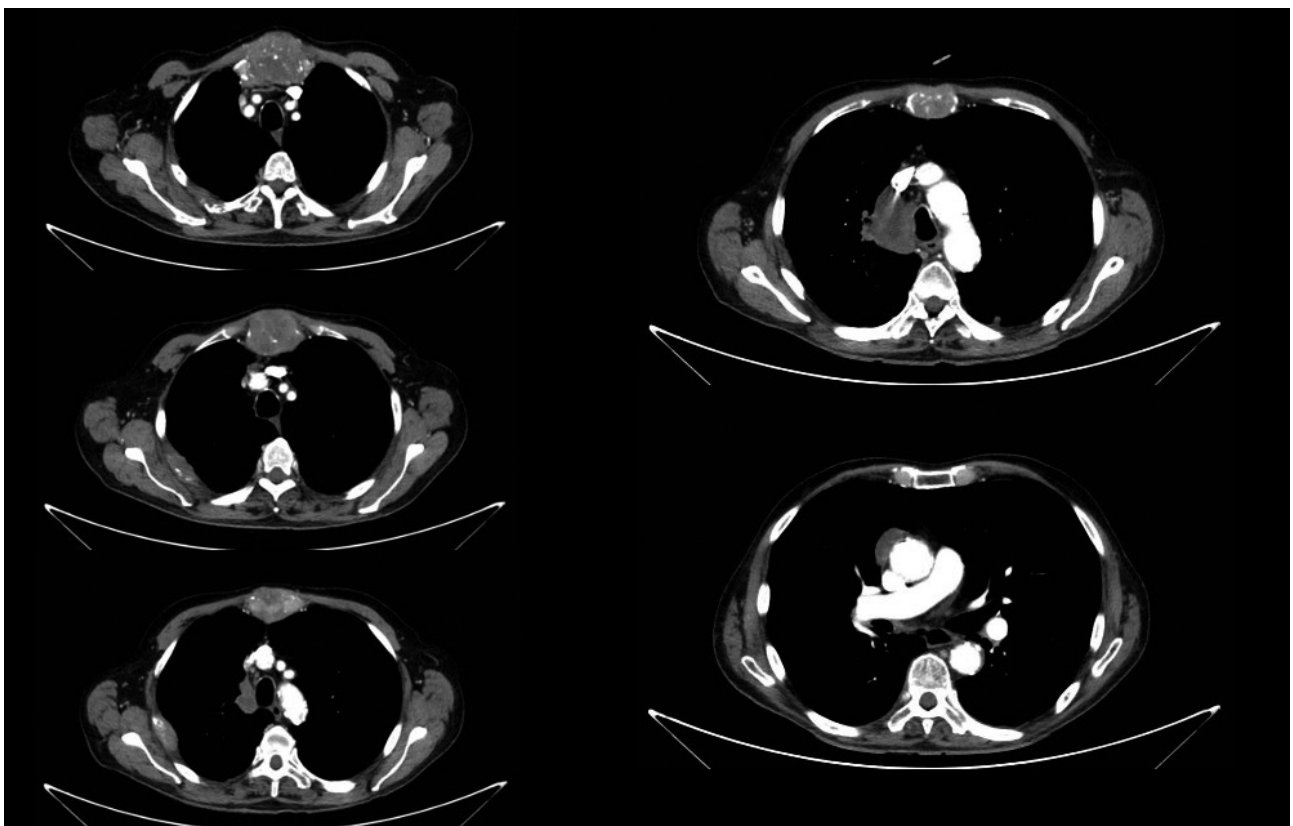


Figura 2. TC axial toràtica

Diagnòstic

Adenocarcinoma de pulmó amb múltiples metàstasis òssies.

Evolució

Bon estat general i bona evolució durant l'ingrés, disminuint la necessitat d'oxigen a 3 L/min mitjançant ulleres nasals. Àlgies controlades.

S'informa el pacient i la família del diagnòstic i s'ofereix acompanyament. El pacient expressa la voluntat de ser donat d'alta a domicili. S'elabora un informe i es contacta amb el servei

d'Oncologia per tal que rebi el tractament més adequat i el seguiment adient.

DISCUSSIÓ

El càncer de pulmó és la primera causa de mortalitat a Espanya [1], i està associat a una gran morbiditat i cost pel pacient i el seu entorn.

Deixar de fumar és fonamental per a la prevenció del càncer de pulmó. Les mesures de salut pública destinades a deixar de fumar han contribuït a reduir la incidència de càncer de pulmó [1]. Deixar de fumar també és important en el tractament del càncer de pulmó. Després d'establir un

diagnòstic de càncer de pulmó, deixar de fumar està relacionat amb un augment del temps de supervivència, una disminució de les complicacions postoperatòries, una millor resposta a la teràpia sistèmica, una millor resposta a la radiació i una millor qualitat de vida [2].

D'altra banda, el pronòstic depèn en gran manera de l'estadi al diagnòstic. Els pacients amb un càncer estadi I presenten una supervivència als cinc anys del 68,4%, mentre que el pacient d'aquest cas, amb un estadi IV, presenta una supervivència del 5,8% al mateix interval [3]. Malauradament, la majoria es presenten en aquest últim escenari, associat a pitjor pronòstic i morbiditat.

La majoria dels pacients amb càncer de pulmó presenten metástasis a distància. Els objectius del tractament del NSCLC metastàtic sol millorar o mantenir la qualitat de vida i perllongar la supervivència, en general. S'ha demostrat que la integració primerenca de les cures pal·liatives no només millora la qualitat de vida i redueix la depressió, sinó que també millora la supervivència general [4]. En termes de teràpia sistèmica, les opcions de tractament inclouen quimioteràpia, teràpia dirigida i immunoteràpia. Tots aquells tumors d'estirp no escamosa, com ara l'adenocarcinoma, han de ser testats per les conegudes com a "driver mutations", especialment en aquells pacients que no tenen història de tabaquisme. En contrast, els tumors escamosos diagnosticats a pacients no fumadors (escenari poc freqüent) seran candidats a estudi biomolecular en només certs casos de forma individualitzada. En general, per pacients amb mutacions a EGFR, ROS o ALK, la teràpia dirigida amb inhibidors de la tirosin-quinasa es prefereixen a altres teràpies. A més d'aquests, les guies recomanen l'estudi de BRAF, KRAS, MET, NTRK i RET [4].

La immunoteràpia ha significat una revolució en el tractament dels pacients. Avui en dia múltiples estratègies, basades en monoteràpia o combinació de dos fàrmacs, han demostrat eficàcia com a tractament d'elecció en el càncer metastàtic. La resposta es pot preveure mitjançant l'estudi de PDL-1 al teixit neoplàsic, classificant-se en negatiu (<1% de les cèl·lules tumorals l'expressen), positiu dèbil (1-49%) i positiu (>50%), essent aquest últim el millor escenari. La quimioteràpia encara és de primera línia en aquells pacients que no són candidats a immunoteràpia, sigui per contraindicacions o per dubtes

sobre la seva eficàcia o risc de toxicitat. El més habitual és emprar doblats de platí.

Finalment, és vital reconèixer la importància de les cures pal·liatives precoces, ja que han demostrat no només una millor qualitat de vida mesurada amb escales validades, menys depressió i menys comorbiditat, sinó que també s'ha associat a un increment de supervivència [6].

CONCLUSIONS

El retard diagnòstic en el càncer de pulmó metastàtic està associat a pitjor supervivència, morbiditats i qualitat de vida.

Actualment, el tractament sistèmic es basa en tres pilars: quimioteràpia, immunoteràpia o teràpia dirigida.

Els tumors no escamosos són els que presenten amb més freqüència "driver mutations" que permeten un tractament dirigit.

El tractament pal·liatiu precoç millora la qualitat de vida, la incidència de depressió i la supervivència dels pacients.

Bibliografia

- [1]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del càncer en España 2020 [Internet]. Madrid: SEOM; 2020. [consulta 18 abril 2023]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- [2]. Fares AF, Jiang M, Yang P, et al. Smoking cessation (SC) and lung cancer (LC) outcomes: A survival benefit for recent-quitters? A pooled analysis of 34,649 International Lung Cancer Consortium (ILCCO) patients. *J Clin Oncol* 2020; 38 Suppl: 1512. doi: 10.1200/Jco.2020.38.15_Suppl.1512
- [3]. Ganti AK, Klein AB, Cotarla I, et al. Update of incidence, prevalence, survival, and initial treatment in patients with non-small cell lung cancer in the US. *JAMA Oncol*. 2021; 7:1824-32.
- [4]. Mithoowani H, Febbraro M. Non-Small-Cell Lung Cancer in 2022: a review for general practitioners in oncology. *Curr Oncol*. 2022; 29:1828-39.
- [5]. da Silva GT, Bergmann A, Thuler LCS. Incidence and Risk Factors for Bone Metastasis in Non-Small Cell Lung Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019 Jan 25;20(1):45-51.
- [6]. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010; 363:733-42.



Nòdul pulmonar solitari i síndrome d'apnea obstructiva durant el son

Nódulo pulmonar solitario y síndrome de apnea obstructiva del sueño

Pulmonary solitary nodule and sleep obstructive apnea syndrome

David Pelufo Salmeron

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona

RESUM

Els nòduls pulmonars solitaris (NPS) s'identifiquen com una troballa radiològica casual en pacients asimptomàtics. És vital valorar la seva malignitat de forma precoç per evitar endarrerir el seu tractament i aconseguir millors taxes de supervivència en cas de malignitat.

Es presenta a continuació el cas d'un home de setanta-cinc anys, fumador i amb síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) que, coincidint amb un ingrés a Urgències per crisi hipertensiva, s'evidencia una imatge nodular a la radiografia de tòrax compatible amb un NPS.

RESUMEN

Los nódulos pulmonares solitarios (NPS) corresponden a un hallazgo radiológico casual en pacientes asintomáticos. Es vital valorar su malignidad de forma precoz para evitar retrasar su tratamiento y conseguir mejores tasas de supervivencia en caso de malignidad.

Se presenta a continuación el caso de un hombre de setenta cinco años, fumador y con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) a quien, coincidiendo con un ingreso en Urgencias por crisis hipertensiva, se evidencia una imagen nodular en la radiografía de tórax compatible con un NPS.

Paraules clau: Apnea del son; Nòdul pulmonar solitari; Troballes incidentals.

Palabras clave: Apnea del Sueño; Hallazgos incidentales; Nódulo Pulmonar Solitario.

Keywords: Incidental findings; Sleep Apnea Syndrome; Solitary Pulmonary Nodule.

Rebut: 24-decembre-2021

Acceptat: 3-febrer-2022

Correspondència: dpelufsa19@alumnes.ub.edu

Pelufo Salmeron D. Nòdul pulmonar solitari i síndrome d'apnea obstructiva durant el son. Ann Sagrat Cor. 2023; 30(3): 148-153.

ABSTRACT

Solitary pulmonary nodules (SPN) are an incidental radiological finding in asymptomatic patients. It is vital to assess their malignancy early to avoid delays in their treatment and to achieve better survival rates in case of malignancy.

The following is the case of a 75-year-old male smoker with obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) who, coinciding with an admission to the emergency department for hypertensive crisis, showed a nodular image in the chest X-ray compatible with a SPN.

INTRODUCCIÓ

El nòdul pulmonar solitari (NPS) és un concepte radiològic que es defineix com una opacitat intrapulmonar única, esfèrica, circumscrita, de diàmetre menor o igual a 3 cm, envoltada majoritàriament per parènquima pulmonar airejat i no associada a altres lesions pleuroparenquimatoses o mediastíniques (atelectasi, adenopatia, pneumònia o embassament pleural) [1-5].

Clàssicament, els NPS corresponien a una troballa pròpia de la radiografia simple de tòrax, tot i que cada vegada és més freqüent el nòdul, únic o múltiple, observat en una tomografia compu-

teritzada toràcica (TCT) realitzada per a l'estudi d'altres malalties o bé pel diagnòstic precoç d'un carcinoma pulmonar. Tanmateix, l'increment de proves d'imatge ha resultat en una elevació de la seva incidència permetent detectar-se un NPS en 1-2 de cada 1000 radiografies de tòrax[1,6,7].

Actualment, es prefereix el terme lesió focal, ja que sovint la forma de la lesió no és prou esfèrica per parlar de nòdul. El diàmetre que separa un nòdul d'una massa pulmonar és arbitrari i se sol establir en 30 mm[4,7].

El 90-95% dels NPS són originaris del pulmó i la probabilitat de malignitat augmenta amb l'edat (especialment a partir dels cinquanta anys), amb

el consum de tabac i amb antecedents de patologia pulmonar, així com l'exposició a l'asbest, una història prèvia de càncer o el creixement de la lesió en un període inferior a dos anys [3,4,7]. En aquest sentit, és imprescindible realitzar un diagnòstic diferencial acurat entre les diferents etiologies possibles, tant benignes com malignes [1,4,8]

Presentem el cas d'un pacient de setanta-cinc anys, fumador, amb antecedent de síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) que ingressà a Urgències per una crisi hipertensiva. Resulta imprescindible valorar l'estat general, els antecedents personals i patològics, juntament amb les comorbiditats, per tal de fer una gestió clínica adequada.

CAS CLÍNIC

Home de setanta-cinc anys que ingressa a Urgències per una crisi hipertensiva amb dispnea i palpitations. A l'anamnesi negava nàusees, vòmits, cefalea o visió borrosa i referia haver abandonat el tractament amb Enalapril durant dues setmanes aproximadament.

Anamnesi

Antecedents

Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Fumador actiu de ½ paquet/dia [dosi acumulada de 28 paquets/any]. Presenta antecedents d'hipertensió arterial, en tractament amb Enalapril 20 mg; dislipèmia, en tractament amb Simvastatina 20 mg; claudicació intermitent de les extremitats inferiors, en tractament irregular amb Adiro 100 mg, i síndrome d'apnea obstructiva del son, portador de CPAP a 10cmH₂O. No referia pneumopaties prèvies.

Exploració física

A l'exploració física s'objectivava que el pacient es trobava hipertens [166/125 mmHg], taquipneic [16 rpm], afebril [36,4 °C] i presentava una obesitat lleu [IMC de 31,2].

L'exploració per aparells no evidenciava cap patologia subjacent, sol·licitant-se una analítica general, un electrocardiograma (ECG) i una radiografia de tòrax (Rx tòrax) per descartar una possible hipertensió secundària.

Proves complementàries

- L'analítica mostrava un metabolisme lipídic alterat compatible amb el seu antecedent de dislipèmia.
- La funció renal, electròlits, marcadors cardíacs i perfil tiroïdal mostraven xifres dins els valors

de referència amb el que es descartava insuficiència cardíaca o renal, hipernatrèmia o hipertiroidisme.

- ECG normal. Es descartava una etiologia coronària o qualsevol altra alteració en la conducció elèctrica cardíaca.
- Rx tòrax: índex cardioràcic normal [$<0,5$] sense condensacions o infiltrats pulmonars ni signes de redistribució vascular. Eventualment, s'observava una imatge nodular de vores ben definides, d'aproximadament 20 mm, a la base pulmonar dreta (Figura 1). En comparar-se la imatge nodular amb Rx prèvies es va constatar que era de recent aparició, sol·licitant-se una tomografia computada toràcica (TC) per continuar amb estudi.

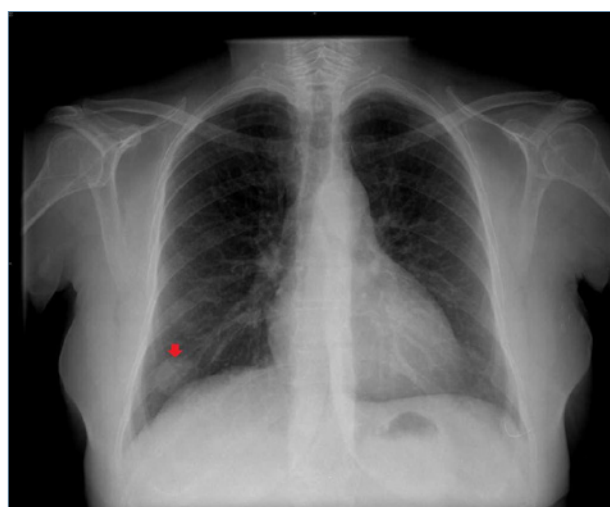


Figura 1. Rx de tòrax en projecció postero-anterior on apareix una imatge nodular de vores definides i 20 mm de diàmetre, a la base pulmonar dreta (fletxa vermella).

- TC toràcica va suggerir la compatibilitat amb un nòdul pulmonar solitari (NPS) (Figura 2).



Figura 2. Imatge d'un pla axial de la TC de tòrax. Mostra una imatge nodular, de vores ben definides, amb dues calcificacions punctiformes excèntriques, situades al lòbul inferior dret (LID). S'envolta de parènquima pulmonar airejat i té una mida de 20 x 17 x 18,6 mm. No s'associa a adenopaties, atelèctasi, pneumònia o embassament pleural.

Diagnòstic

Diagnòstic diferencial

Per poder descartar l'etiologia maligna d'aquest NPS i realitzar un correcte diagnòstic diferencial, es va calcular la probabilitat de malignitat del nòdul basant-se en un mètode quantitatiu [5].

La probabilitat obtinguda [PM de 36,47%] catalogava la troballa radiològica com a un nòdul indeterminat i es va programar una PET/TC per classificar el NPS en benigne o maligne i determinar quina seria la següent prova a fer per arribar a un diagnòstic de certesa (Figura 3).

Es va confirmar que el NPS corresponia a un nòdul maligne, ja que la PET/TC mostrava una imatge hipermetabòlica amb un SUV (Standardized Uptake Value) superior a 2,5. D'aquesta manera, continuant amb l'algoritme diagnòstic de la Figura 3, des del servei de Pneumologia, es va sol·licitar una fibrobroncoscòpia (FBC) per tal de biopsiar aquest NPS, que no va trobar malignitat.

Posteriorment, es va fer un broncoaspirat (BAS) que va resultar negatiu per a cèl·lules malignes.

Diagnòstic

Es va determinar que es tractava d'un NPS (a partir de les imatges de la TC de tòrax), maligne (pel SUV >2,5 de PET/TC), però amb una fibrobroncoscòpia que no evidenciava cel·lularitat maligna.

Es va decidir derivar el pacient a Cirurgia toràcica per avaluar la resecció del NPS maligne del lòbul inferior dret a través d'una videotoracoscòpia.

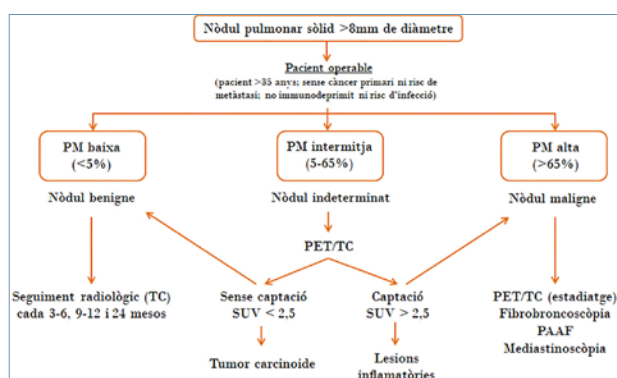


Figura 3. Algoritme del tractament clínic del nòdul pulmonar solitari >8 mm [5,6,8]

Tractament i evolució

Des del servei de Cirurgia toràcica, s'indicà la resecció del NPS a valorar, intraoperatoriament, si es realitzaria una wedge o una lobectomia inferior dreta, per la qual cosa es van sol·licitar una anàlisi i espirometria completa preoperatories i una consulta preanestèsica.

- L'espirometria va donar valors dins dels límits de referència i una prova broncodilatadora no

significativa. La capacitat de transferència de CO també estava dins dels valors de referència.

- L'anàlisi tan sols va objectivar un augment d'àcid fòlic en sèrum superior a 20 ng/mL. La resta de paràmetres eren estrictament normals, incloent-hi el metabolisme lipídic.
- La consulta preanestèsica va avaluar les possibles dificultats en la intubació orotraqueal, i el postoperatori previst durant la consulta preanestèsica. Ara bé, es va declarar que no era apte per a la intervenció quirúrgica, ja que referia dolor toràcic a l'esforç, i es va demanar interconsulta a Cardiologia. Analitzats els resultats de les proves complementàries cardiològiques, es va aprovar definitivament la resecció del NPS del pacient.

Intervenció quirúrgica

Es va intervenir quirúrgicament al pacient sota anestèsia general; profilaxi antibiòtica amb cefazolina 2 g, i intubació amb tub de doble llum. Se li va practicar un accés videotoracoscòpic dret amb tres portes d'entrada més una mini-toracotomia anterior d'assistència. L'exploració de la cavitat toràcica va confirmar l'existència d'una lesió mínimament calcificada al segment posterior del lòbul inferior dret que es va extirpar mitjançant una segmentectomia atípica. A més, es va realitzar una limfadenectomia mediastínica (3 nivells) i se li va col·locar un drenatge toràcic i un catèter paravertebral per a l'analgèsia postoperatoria. En finalitzar la intervenció, es va dur a terme una pleurotomia per aspiració, es va extubar el pacient a quiròfan sense incidències i es va traslladar a la Unitat de Cures Intensives (UCI).

Les mostres ressecades i seleccionades per a l'estudi anatomopatològic van evidenciar:

- Lesió nodular del LID: Adenocarcinoma infiltrant de patró acinar de 2,3 cm de diàmetre limitat a parènquima pulmonar.
- Marge de resecció: lliure de neoplàsia.
- Adenopatia subcarinal: sense evidència de metàstasi (0/1).
- Adenopatia lligament pulmonar inferior: sense evidència de metàstasi (0/1).
- Adenopatia paratraqueal dreta: sense evidència de metàstasi (0/1).

Amb aquests resultats, se li va atribuir un estadiatge patològic (pTNM) de IA3 [pT1cN0M0], ja que el tumor mesurava més de 2 cm, però menys de 3 cm, no afectava les membranes que envolten els pulmons ni les branques dels principals bronquis (T1c). Tampoc s'havia disseminat als ganglis limfàtics adjacents (N0) ni a regions distants de l'organisme (M0).

Durant el control postoperatori a l'UCI no hi va haver incidències a destacar. Es va mantenir hemodinàmicament estable, ben perfós i amb diuresi espontània. Se li va administrar analgèsia paravertebral i la medicació corresponent a l'estudi COP-AF.

La radiografia de tòrax de control postoperatori no s'apreciava cap alteració (Figura 4).

Finalment, es trasllada a planta d'hospitalització per a seguir l'evolució i tractament. Es va continuar subministrant el seu tractament habitual i l'analgèsia paravertebral, a més a més de la profilaxi antitrombòtica per via subcutània cada 24 h, antiemètica per via endovenosa cada 8 h i gàstrica per via oral cada 24 h. Al quart dia postoperatori, se li tramità l'alta hospitalària i se li va programar una visita de control a consultes externes de Cirurgia toràcica per valorar la seva evolució.

Al cap de dotze dies, durant la consulta ambulatoria de Cirurgia, es va constatar que el pacient mantenia un repòs relatiu evitant grans pesos o esforços i continuava amb la seva medicació habitual. Es va ajustar la medicació. La Rx no mostrava signe de pneumotòrax ni embassament pleural (Figura 5).



Figura 4. Rx de tòrax en decúbit supí on es veu el drenatge i s'observa un parènquima pulmonar correctament expandit, sense infiltrats pleuro-parenquimatoses ni embassament pleural.



Figura 5. Rx tòrax en projecció postero-anterior i lateral. S'evidencia una correcta expansió del pulmó dret i no s'objectiven signes de pneumotòrax ni embassament pleural.

El càncer de pulmó és una de les causes més freqüents de mortalitat al món. El 90% està associat al tabaquisme, mentre que el 10% restant es relaciona amb l'exposició a l'asbest, el gas radó i formes hereditàries. És un dels càncers amb pitjor pronòstic i més agressivitat que acostuma a diagnosticar-se en estadis més avançats (III-IV). En els estadis inicials la malaltia cursa totalment

asimptomàtica i clínicament acostuma a manifestar-se com un nòdul pulmonar solitari (NPS). La seva detecció precoç permetrà una intervenció terapèutica més ràpida i suposarà una supervivència més favorable [1,2,4,6]. El cas que s'ha presentat serveix per exemplificar tot el procés diagnòstic que es pot seguir per determinar l'etiologia d'un NPS.

Tot i que la hipertensió inicial del pacient no estigués relacionada amb el nòdul pulmonar i s'orientés vers una crisi produïda per l'incompliment del seu tractament antihipertensiu, s'hauria d'haver avaluat que la síndrome d'apnees obstructives del son (SAOS) es caracteritza per una oclusió, parcial o completa, de forma repetitiva de la via aèria superior a causa del col·lapse dels teixits tous de la faringe durant el son, que pot induir al pacient una hipòxia intermitent que desencadeni en un augment de la pressió sanguínia [9-11].

La troballa radiològica casual que s'evidencia durant l'ingrés del pacient a Urgències sembla correspondre a una imatge nodular de causa benigna a causa de la seva forma arrodonada, de vores ben delimitades i una mida inferior a 3 cm, envoltada per teixit pulmonar normal. De fet, el 90% dels nòduls benignes són granulomes o hamartomes, que no representen un problema clínic tret de la seva distinció respecte a un tumor maligne [3,7,8].

Per realitzar una aproximació correcta i predir el risc tumoral, s'ha de dur a terme una bona anamnesi i exploració física [1]. Curiosament, tot i que el pacient no hagi presentat cap pneumopatia prèvia, té setanta-cinc anys i presenta una dosi acumulada de 28 paquets de tabac/any. La realització de la TC toràcica informa amb més detall de les característiques radiològiques del nòdul. En aquest cas, es constata que és esfèric i es troba circumscribit. Presenta una mida de 20 x 17 x 18,6 mm amb calcificacions excèntriques i sense cavitació. Així, considerant el conjunt de característiques clíniques i radiològiques es calcula una probabilitat de malignitat que justifica la programació d'una PET/TC per classificar definitivament la imatge. La captació de FDG (SUV >2,5) confirma que es tracta d'un nòdul maligne que cal estudiar mitjançant tècniques invasives. Es decideix realitzar una fibrobroncoscòpia que resulta negativa per a cel·lularitat tumoral. La no existència de cèl·lules malignes no assegura la seva benignitat, i per això es programa una intervenció quirúrgica per videotoracoscòpia com a tècnica definitiva; per una banda diagnòstica, ja que permet determinar les característiques anatomopatològiques del nòdul i per altra, terapèutica, perquè es realitza l'exèresi del mateix [1,3-5].

En cas que l'aspirat broncoalveolar hagués estat positiu, es podria haver realitzat un estudi citològic per a seleccionar el tractament més apropiat pel NPS, tot considerant la seva histologia, ressecabilitat i operabilitat [8]:

- **HISTOLOGIA:** es determina a partir de l'anàlisi anatomopatològica dels aspirats broncoalveolars (fibrobroncoscòpia) o de les biòpsies ob-

tingudes per punció i aspiració amb agulla fina (PAAF). En aquest cas, el pacient presenta un adenocarcinoma infiltrant amb patró acinar, és a dir, un tipus de carcinoma de cèl·lules no petites que representa el 70-75% dels diagnòstics i pels quals la cirurgia estava indicada. El 25-30% restant correspondria a carcinomes de cèl·lules petites pels quals l'opció terapèutica més apropiada hagués estat quimioteràpia i/o radioteràpia, ja que es considera una patologia més sistèmica amb afectació mediatínica.

- **RESSECABILITAT:** aquest criteri depèn de l'estadiatge TNM. Els informes d'anatomia patològica van indicar un pTNM d'estadi IA3 pel qual la cirurgia també era l'opció terapèutica idònia, perquè es tracta d'un tumor primari pulmonar que no ha disseminat ni metastatitzat. Aquest procediment també estaria indicat per la resta d'estadis IA i els IB, mentre que pels IIA i IIB es prescriuria quimioteràpia postoperatòria. En canvi, si el pacient hagués estat classificat com a IIIB, IIIC, IVA o IVB (el més habitual a l'hora del diagnòstic) l'opció indicada hauria estat la quimioteràpia +/- radioteràpia +/- immunoteràpia. Tanmateix, l'estadi IIIA requeriria un abordatge multimodal (cirurgia +/- quimioteràpia +/- radioteràpia), perquè pot presentar qualsevol mida i pot haver-se disseminat tant a ganglis hilars i mediastínics ipsolaterals com contralaterals.
- **OPERABILITAT:** valora la tolerabilitat que presentarà el pacient a la cirurgia toràcica i la qualitat de vida postoperatòria. Per determinar-la, cal valorar la seva funció pulmonar utilitzant els valors obtinguts a l'espirometria forçada. Com que la FEV1 és del 91% (> 80%) i la DLCO de 101% (> 80%), significa que la intervenció quirúrgica que se li va realitzar podria haver arribat fins a una pneumonectomia si s'hagués precisat.

Finalment, es va dur a terme una segmentectomia atípica del segment posterior del lòbul inferior dret assistida per videotorascòpia. La lesió pulmonar era perifèrica i amb una mida inferior a 2 cm, que va permetre ressecat el parènquima circumdant sense seccionar estructures broncovasculars. El fet d'haver-se realitzat una segmentectomia atípica o resecció wedge enfront una lobectomia del lòbul inferior dret suposa un menor risc de morbidimortalitat perioperatòria, la possibilitat pel pacient de tolerar futures reseccions en cas de recidives, la preservació de la seva funció pulmonar i la simplicitat del procediment quirúrgic, existint una major possibilitat de dur-lo a terme mitjançant tècniques menys invasives, com la videotorascòpia.

L'inconvenient actual d'aquestes intervencions és l'augment del risc de recidiva locoregional, ja que l'intent de dissecat la mínima quantitat possible de parènquima pulmonar pot suposar una resecció inadequada del tumor primari o una eliminació insuficient de la disseminació limfàtica microscòpica de la lesió més gran que en la lobectomia. Així doncs, en la resecció wedge (o segmen-

tectomia atípica) sempre s'ha de realitzar una estadificació ganglionar rigorosa i considerar-se en aquells casos de carcinoma pulmonar de cèl·lules no petites en estadi I (o II-N0) que presentin una localització preferentment perifèrica[1,4,6,7].

Altrament, el pacient ha pogut beneficiar-se d'una cirurgia per videotorascòpia, la qual cosa suposa una major recuperació funcional, un menor índex de complicacions postoperatòries (dolor, alteracions cardiorespiratòries, dany immunològic...), un millor resultat estètic i una reducció de l'estada hospitalària quan es compara amb la toracotomia. Per acabar, cal mencionar que aquest darrer abordatge quirúrgic, tot i que suposa un augment de la morbidimortalitat, permet ampliar els marges de resecció juntament amb una limfadenectomia si es disposa del resultat de la biòpsia intraoperatòria en tumors que siguin grans (>3 cm) i que estiguin localitzats, majoritàriament, als lòbuls pulmonars superiors[1,6,7].

CONCLUSIONS

El desenvolupament actual de les tècniques d'imatge ha permès detectar amb major freqüència els nòduls pulmonars solitaris en estudis radiològics.

L'objectiu prioritari davant la troballa radiològica d'un NPS és definir la seva probabilitat de malignitat, ja que aquesta determinarà les proves complementàries que s'hauran de realitzar, així com el seguiment o les indicacions terapèutiques (quirúrgiques o farmacològiques).

La cirurgia per videotorascòpia ofereix molt bones possibilitats de curació i està indicada per a pacients en etapes precoces, amb un bon estat general i que presenten lesions pulmonars <3 cm i perifèriques.

Resultaria de vital importància, promoure programes de screening en pacients entre 40-60 anys i amb certes dosis acumulades de tabac, basats en un TC de baixa radiació que permetés diagnosticar lesions petites en estadis inicials, per tal de poder aplicar l'opció terapèutica més favorable i, així, augmentar la supervivència global.

Bibliografia

- [1]. Colás CE, Alquézar M, Ballester G, et al. A propósito de un caso. Nódulo pulmonar solitario. *Semerger*. 2008; 34:153-5.
- [2]. Álvarez Martínez CJ. Determinación de un modelo predictivo de la probabilidad de malignidad en el nódulo pulmonar solitario y verificación de la bondad predictiva del modelo [Tesi doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1999.
- [3]. Tejero Mas M, Gato-Núñez C, Rivera-Jiménez N, et al. Hamartoma pulmonar como presentación de un nódulo pulmonar solitario. *Semerger*. 2017; 43:465-7.
- [4]. Hermida Pérez JA, Buduen Núñez A, Capote León L. Nódulo pulmonar solitario de localización subpleural: aspectos clínicos, radiológicos, histopatológicos y diagnósticos diferenciales, a propósito de un caso clínico. *Arch Med Camaguey*. 2017; 21:646-51.



- [5]. Morell F. Guía PNEUMOLOGICA. Pautas, exploraciones complementarias y datos en medicina respiratoria. 11ª ed. Barcelona: Méderic Ediciones, 2020.
- [6]. Tárraga Rodríguez I, García Mas P, Beltrán Beltrán S, et al. Un nódulo pulmonar solitario. Med Integral. 2003; 41:126-32.
- [7]. Álvarez-Sala Walther JL, Casan Clarà P, Rodríguez de Castro F, et al. Neumología Clínica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
- [8]. Erasmus JJ, Connolly JE, McAdams HP, et al. Solitary pulmonary nodules: part I. Morphologic evaluation for differentiation of benign and malignant lesions. Radiographics. 2000; 20: 43-58.
- [9]. Panahi L, Udeani G, Ho S, et al. Review of the Management of Obstructive Sleep Apnea and Pharmacological Symptom Management. Medicina (Kauņas). 2021; 57:1173.
- [10]. Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea: A Review. JAMA. 2020; 323:1389-400.
- [11]. Lévy P, Kohler M, McNicholas WT, et al. Obstructive sleep apnoea syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1:15015.

Estada a l'Hospital Lenox Hill

Aina Baleta Riera

Estudiant de Medicina UB - Campus Clínic

aina.baleta@gmail.com

Durant tres setmanes d'aquest agost he tingut l'oportunitat de fer una estada a l'hospital "Lenox Hill" de Nova York. Durant aquests dies he pogut fer una rotació entre el servei de cirurgia cardíaca, cirurgia toràcica i la Unitat de Cures Intensives (UCI).

A la UCI, juntament amb la interpretació del monitoratge de les constants vitals, vaig adonar-me de la importància de saber extreure la informació necessària per poder comprendre i prendre decisions per aconseguir mantenir les funcions vitals dels pacients. Penso que al final de l'estada he aconseguit una bona visió global del món de la medicina: des de la detecció del problema a partir de símptomes i signes fins al tractament de la patologia (en aquest cas amb cirurgia), passant per l'ús de tècniques d'imatge i l'ajuda de la farmacologia. Un aspecte que considero fascinant són totes les eines a disposició per tal de, realitzant canvis anatòmics amb les mans del cirurgià, aconseguir tractar una persona.

Aquesta experiència s'ha intensificat pel fet que l'hospital estigues ubicat al cor mateix de Manhattan, a Nova York. Enmig de la ciutat caòtica, entrar a l'hospital era entrar a un espai diferent on tot el de fora perdria el seu sentit, essent imprescindible anar a un altre ritme perquè cada decisió i cada moviment eren determinants.

Tot plegat no només m'ha permès aprendre un munt de coses noves sinó que el que és més important -en la meva opinió- és que m'ha despertat la necessitat de plantejar-me noves preguntes i m'ha fet créixer les ganes de respondre-les. A més, he pogut formar part del dia a dia d'un hospital nord-americà, descobrint la seva cultura, les seves opinions i la seva manera de treballar. M'he adonat de la importància de la comunicació i de la cooperació per a un bon treball en equip. També m'ha semblat interessant el tracte amb el pacient i l'èmfasi en informar-lo i educar-lo sobre la seva patologia.

Finalment, considero que ha estat una immersió en el món de la medicina que m'ha permès descobrir, gaudir i aprendre d'una manera diferent, en contacte amb la realitat. Ara que encara estic construint la meua carrera professional he tornat amb una nova perspectiva que serà una peça més del gran trencaclosques de coneixement que poc a poc estic conformant.

Agost, 2023



CURS

Introducció a la Recerca

Hospital
Universitari
Sagrat Cor



Aula Marquès d'Alfarràs, 5^a planta, edifici Policlínica. Hospital Universitari Sagrat Cor

Inscripcions i Informació: mmmarti@quironsalud.es | mgarciaj@quironsalud.es

Certificat: Sol·licitada acreditació

Docents: M^a del Mar Martí Ejarque | Eduardo González Marín | M^a José Sánchez López

Curs adreçat a Infermeres, Metges, Farmacèutics i Fisioterapeutes

Programa

4 de Març. M^a del Mar Martí

15:00	Estructura del Projecte de Recerca
17:00	Descans
17:15	Ètica de la Recerca
18:00-19:00	La redacció científica

25 de Març. Eduardo González

15:00	Estadística bàsica descriptiva
6:30	Descans
16:45-18:00	Estadística bàsica inferencial

11 de Març. Ma José Sánchez

15:00	Eines de Recerca
17:00	Descans
17:15-19:00	Exercicis pràctics: Pubmed

8 d'Abril. Ma del Mar Martí, Ma José Sánchez, Eduardo González

15:30-18:30	Presentació Projectes de Recerca
-------------	----------------------------------

18 de Març. Eduardo González

15:00	Estructura del Projecte de Recerca
16:30	Descans
16:45-18:00	Tipus d'estudi de recerca: d'observacionals a experimentals



SALA Dr. CARDENAL 7a planta Hospital

CIRURGIA ARTROSCÒPICA

PALEOPATOLOGIA

De 8 a 10 hores	DATA	De 12:15 a 14:15 hores
Presentació. A. Isidro Història Artroscòpia. I. Díez	1 de Març	Introducció. Anomalies Congènites. A. Isidro
Genoll I. Menisc. Genoll I. ACL. C. Prat	8 de Març	PP Crani. J. Liria Paleoestomatologia. E. Chimenos
Espatlla I. SubA. J.M. Catalan Espatlla II. Inestab. T. Serra	15 de Març	Patologia en Mòmies. A. Isidro
Artritis. J. Ramírez Esport. S. Loscos	22 de Març	P. Infecciosa. E. Provinciale P. Tumoral. A. Isidro
Colze. C. Abellan Canell i Ma. J. Méndez	5 d'Abril	P. Materno- Infantil. A. Malgosa Lesions violentes. D. Nociarova
Maluc I. Maluc II. M. Tey	12 d'Abril	Pseudo P. Patologia. A. Gutiérrez PaleoHistologia. PL. Fernández
Turmell. Peu. R. Chiavegatti	19 d'Abril	ADN antic. Límits. A. Malgosa. PaleoRadiologia. R. Dinares
ATM. J. Bara Raquis. I. Díez	26 d'Abril	Identificació cadàver. Aixecament cadàver. I. Galtes
Infantil I. Infantil II. D. Moreno	3 de Maig	Patologia traumàtica. X. Jordana P. Degenerativa. N. Armentano
Veterinària. A. Tarrago Miscel·lània. A. Isidro	10 de Maig	Grans catàstrofes. A. Hospital Actuació fosses. A. Malgosa
PROVA FINAL	17 de Maig	PROVA FINAL