



APUNTES DE CIENCIA

BOLETÍN CIENTÍFICO HGUCR

Volumen 9 · nº 1 · Enero - Abril de 2019

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ¿RENOVARSE SIN INVESTIGAR?



Hospital General
Universitario
de Ciudad Real

ISSN: 2173-7274

APUNTES DE CIENCIA

Boletín Científico HGUCR

ISSN: 2173-7274

Abril de 2019

CORRESPONDENCIA:

**Hospital General
Universitario de Ciudad Real**
C/ Obispo Rafael Torija S/N
13005 Ciudad Real
Tlfno: 926 27 80 00

PUBLICACIÓN:

Cuatrimestral

DISEÑO Y EDICIÓN:

José Ramón Muñoz



Castilla-La Mancha



DIRECTORES CIENTIFICOS

Fco. Javier Redondo (Coordinador IDFCB)
M^a Antonia Montero (Jefe de Estudios Formación Especializada)
Gema Verdugo (Jefe de Estudios Formación Atención Familiar y Comunitaria)

EDITOR ADJUNTO

María Palop (Responsable Biblioteca)

EDITORES ASOCIADOS

Vanesa Aguilar (S. Obstetricia y Ginecología)
Víctor Baladrón (S. Anestesia y Reanimación)
Inmaculada Ballesteros (Facultad de Medicina)
Joaquín Rodríguez (S. Digestivo)
Rubén Bernal (Coordinador Enfermería IDFCB)
José Manuel Pérez (UIT)
José Ramón Muñoz (UIT, UAI)
Fco. Javier Gómez (Unidad de Calidad, UAI)
Antonio Pinardo (S. Radiodiagnóstico)
Ángel Pozuelo (Biblioteca)
Rubén Villazala (S. Anestesia y Reanimación)

CONSEJO ASESOR

Miguel Ángel Alañón (S. ORL)	Pilar Montalbán (M. Preventiva y S. Pública CR)
Luis Fernando Alguacil (CEU-San Pablo)	José Manuel Morales (S. ORL. H. U. de la Paz)
Francisco Anaya (S. Pediatría)	Juan Carlos Muñoz (UCI)
M ^a Angeles Anaya (S. Obstetricia y Ginecología)	Virginia Muñoz (S. Cirugía)
Cristina Arjón (S. Neurología - Enfermería)	Enrique Palomo (S. Pediatría)
Irene Arjona (S. Cirugía)	Pilar Pamplona (S. Neurofisiología)
María Armenteros (IDFCB)	Jesús Piqueras (S. Cardiología)
Natalia Bejarano (S. Pediatría)	Ana Isabel Ponce Cano (S. Cirugía Vasculosa)
Victoria Caballero (S. Medicina Preventiva)	Alejandro Lorenzo Puerto (S. Urología)
Carlos Alberto Castillo (UCLM)	María Isabel Porras (Facultad de Medicina)
Mercedes Estaire (S. Cirugía)	Jorge Redondo (S. Anestesia y Reanimación)
Patricia Faba (S. Anestesia y Reanimación)	Francisco Rivera (S. Nefrología)
Juan Emilio Felú (Facultad de Medicina)	Joaquín Rodríguez (S. Digestivo)
Ahmed Fouad (S. Neurocirugía)	José Rodríguez (S. Psiquiatría. H. Clínico)
Esther García (S. Cirugía)	Julián Rodríguez (S. Urgencias - Enfermería)
Santiago García Velasco (UCI - Enfermería)	Raimundo Rodríguez (S. Urgencias)
Rosa Gómez (Resp. Calidad H. U. Niño Jesús)	Teresa Rodríguez (S. Psiquiatría)
M ^a Luisa Gómez Grande (UCI)	Pedro Romera (S. Medicina Preventiva)
Carmen González (CEU-San Pablo)	Ana Rubio (S. Paritorio H. U. Torrejón)
Francisco González Gasca (S. Medicina Interna)	Antonio Sánchez (S. Obstetricia y Ginecología)
Isabel M ^a De Lara (S. Anatomía Patológica)	Ignacio Sánchez (S. Hemodinámica)
Alberto León (IDFCB)	Prado Sánchez (S. Pediatría)
María León (S. Obstetricia y Ginecología)	Susana Sánchez (S. Cirugía)
Jesús C. López (S. Pediatría)	Luis Sáenz (S. Análisis Clínicos. S.S. Navarra)
Carlos Llumiguano (S. Neurocirugía)	Juan Luis Santiago (S. Dermatología)
Francisco Martín (S. Anatomía Patológica)	José Luis Sanz (S. Anatomía Patológica)
Alino Martínez (Facultad de Medicina)	Leticia Serrano (UIT)
Asunción Martínez (S. ORL)	M ^a Angeles Tébar (S. Calidad)
Ramón Maseda (S. Cardiología)	Elida Vila (S. Farmacia)
Pablo Menéndez (S. Cirugía H. Gutiérrez Ortega)	José Carlos Villa (S. Oncología Médica)

EQUIPO TÉCNICO

José Ramón Muñoz (UIT, UAI)
Fco. Javier Gómez (Unidad de Calidad, UAI)
María Palop (Responsable Biblioteca)
Ángel Pozuelo (Biblioteca)

SUMARIO

Nota del director

- 4 Reconocimiento a la Unidad de Investigación Traslacional.
Redondo F.J.

Editorial

- 5 ¿Renovarse sin investigar?
Del Burgo J.L.

Historia de la medicina

- 7 Oftalmología medieval, de Al-Ándalus a Europa: el libro de los ojos de Alcoati y sus traducciones.
Pozuelo-Reina A.

Imágen del mes

- 12 ¡Doctora, tengo un nuevo pendiente! La importancia del diagnóstico precoz del melanoma nodular.
Franco Muñoz M., García Arpa M., Flores Terry M.
- 14 Pseudoaneurisma femoral anastomótico gigante.
Ponce Cano A.I., Egido Sabador A., García Morales F.
- 16 Después de la otorrea, llegó la calma: a propósito de una miringitis bullosa.
De la Fuente Cañibano R., Cardenete Muñoz G., Ubeda Fernández E., Blanco Ruiz M., Casas Cuadrado L. y Alañón Fernández M.A.

Artículo original

- 18 Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz.
Sánchez Ortiz M., López Pérez M., Sánchez Muñoz A., Gil Raga F., Aguilar Galán V.
- 25 Características de pacientes con carcinoma hepatocelular en una unidad de cuidados paliativos.
Mañas García M.D., Lázaro Bermejo C., Galiana Gómez del Pulgar J., Romero Pastilla T., Hernández Albújar A., Salmoral Luque R.
-

Reconocimiento a la Unidad de Investigación Traslacional

Redondo F.J.

Coordinador de Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca (IDFyCB). GAI-CR.

Correspondencia: fjredondo@sescam.jccm.es

Recientemente, la Unidad de Investigación Traslacional del Hospital General Universitario de Ciudad Real, en el Día de la Salud celebrado en Mota del Cuervo (Cuenca), ha recibido de parte del Gobierno Regional un reconocimiento en forma de placa al mérito profesional por su trayectoria en investigación y especialmente por una de sus últimas investigaciones que lleva a cabo en colaboración con la Universidad de Castilla-La Mancha, sobre las aplicaciones de un extracto vegetal obtenido del ajo morado de Las Pedroñeras y su empleo para la cicatrización de heridas cutáneas.

Como coordinador del Servicio de Investigación de la GAI de Ciudad Real quería hacer una especial mención a todo el equipo que conforma la Unidad, gracias a ellos ha sido posible este reconocimiento. Recordar también a aquellos que iniciaron esta trayectoria allá por el año 2010 y por supuesto a los colaboradores externos, muy especialmente al Instituto de Tecnología Química y Medioambiental (ITQUIMA), que con sus aportaciones permiten que este tipo de investigaciones y proyectos biomédicos salgan adelante. Entre todos conformamos una gran simbiosis, una gran familia que está generando sus frutos.

Queremos dar las gracias a todas las autoridades: Presidente y Consejero de CLM, Directora del SESCAM, Director Gerente de la GAI de Ciudad Real y a todo su equipo directivo, por el impulso de recuperación en investigación, docencia, formación e innovación que en estos cuatro últimos años,

con sus políticas, sensibilidad y buen hacer, se ha llevado a cabo. Gracias por hacernos recuperar el entusiasmo y la ilusión.

Os pedimos y animamos a seguir creyendo e invirtiendo en ciencia y en investigación biomédica, porque el retorno a nuestro sistema de salud será inminente y hará de esta comunidad a corto-medio plazo una región próspera, atrayente y competitiva a nivel nacional.

Muchas gracias por confiar en este equipo, por apoyar y atraer nuevo talento. Todos nosotros les estamos muy agradecidos. No hace tanto tiempo, 4-5 años atrás, la Unidad casi llega a desaparecer y hoy, gracias a su confianza, se dispone de una plantilla duplicada, con numerosas personas del ámbito asistencial vinculadas a la Unidad y realizando investigación, además de colaboraciones externas desde diferentes ámbitos nacionales e internacionales. El factor humano, en este sentido, sigue siendo requisito imprescindible para la consecución de metas y objetivos. Para ello es fundamental consolidar los contratos de los investigadores de plantilla y realizar nuevos contratos estables, apoyar iniciativas como la carrera profesional del investigador sanitario y tener un plan de investigación en ciencias de la salud para los próximos años en Castilla-La Mancha.

Por nuestra parte prometemos mucho esfuerzo y trabajo para poner a nuestra gerencia y a nuestra región al nivel que se merecen.

¿Renovarse sin investigar?

Del Burgo J.L.

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad Real II. GAI-CR.

Correspondencia: jlburgo@sescam.jccm.es

Tal vez corran malos tiempos para la Atención Primaria de Salud (APS), no sería nada nuevo ni especial. Casi lo mismo decíamos en la década de los 90 o al inicio del presente siglo. ¿Y qué decir de la funesta década tras la última crisis económica?

Sin embargo, algo está empezando a cambiar. Parece como si alguien hubiera entreabierto alguna ventana y una suave brisa empezara a unir voluntades en busca de un cambio de rumbo. Y ya era hora, no sólo por una cuestión de eficacia profesional, sino también por dignidad. La dignidad de ejercer con las condiciones precisas una hermosa profesión. La dignidad de disponer de las herramientas y el tiempo necesarios para atender a aquellos que son la razón última de nuestra existencia como profesionales aislados, como equipos y como organización: los pacientes.

Son múltiples las facetas a reivindicar («reclamar o pedir con vehemencia y firmeza una cosa a la que se tiene derecho y de la cual se ha sido desposeído o se está amenazado de serlo»), desde la fundamental como es la asignación presupuestaria adecuada, hasta la más simple, como la sustitución desde el primer día en las bajas por enfermedad o los permisos de descanso.

Si queremos ser optimistas (y debemos serlo), tendremos que tener la inteligencia y la habilidad suficientes para convertir esta ocasión en una renovada oportunidad de mejora. La oportunidad que nos haga ser no sólo en nuestra opinión, sino también en los resultados, la base del sistema sanitario.

Para ello, no bastará con que convirtamos las posibles mejoras presupuestarias y de todo tipo en una mejor calidad asistencial (lo cual es fundamental, lógicamente), sino que habrá que empezar a trasladar esas mejoras también a los otros dos pilares de una buena y potente APS: la formación

y la investigación. Es preciso dotar y facultar a las Unidades Docentes y a las Unidades de Apoyo a la Investigación del presupuesto, el personal y los medios precisos para que desarrollen su labor y dignifiquen la APS.

Pero aun con esas premisas no será suficiente si no hay profesionales que se decidan a implicarse en ambos campos.

Es triste ver cómo sólo un porcentaje menor de los proyectos de investigación que son valorados en el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Ciudad Real proceden de la APS y cómo, a menudo, presentan deficiencias metodológicas que podrían haber sido subsanadas y corregidas desde las instancias ya citadas si dispusieran del tiempo y los profesionales suficientes para ello.

Por otro lado, es hora de que los profesionales de APS se decidan a dar un salto de calidad y pasen de los proyectos de investigación individuales, a menudo necesarios como parte del proyecto curricular de másteres, doctorados y fin de residencia, a la creación de grupos de investigación centrados en áreas concretas de máximo interés para la APS, los pacientes y el propio sistema sanitario. Grupos liderados por aquellos que tienen más experiencia en áreas concretas de la asistencia y en metodología de la investigación, pero con un funcionamiento colegiado que permita fructificar la riqueza de ideas de los diferentes, aunque iguales, y que genere el ambiente y la peripecia vital que permita iniciarse a los menos curtidos.

Hay múltiples áreas que podríamos tener en consideración. A todos se nos ocurren las grandes áreas de la patología del día a día como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

las enfermedades infecciosas (en Pediatría o en el adulto), los grandes síndromes geriátricos, la ansiedad, la depresión o el insomnio. Sin embargo, no podemos olvidar la seguridad de los pacientes con la prescripción prudente, la prevención cuaternaria, la prevención de interacciones y los errores de prescripción, las mejoras del ambiente organizativo, etc.

Los grupos interdisciplinarios pueden generar programas de investigación focalizados a la mejora de la calidad asistencial en las áreas concretas que sean de su interés, así como plantear proyectos de investigación descriptivos, que son fundamentales para conocer a fondo la historia natural de cada patología. Sólo los profesionales de APS pueden acceder a los pacientes con cuadros desde muy banales a graves, en casi cualquier problema de salud e identificar nuevos factores de riesgo o protección, generar redes de apoyo para la elaboración de series de casos, asesoramiento en la presentación de casos individuales ejemplarizantes (de éxitos y de fracasos), así como partiendo de situaciones o patologías infrecuentes elaborar estudios retrospectivos de casos y controles, tan rápidos de llevar a cabo y tan enriquecedores.

Por otro lado, en la asistencia sanitaria se detectan y a veces se generan, al igual que sucede de manera natural, grupos de sujetos con características específicas que evolucionan de manera más o menos homogénea en el tiempo. Son las cohortes. Vacunados y no vacunados, cumplidores y no cumplidores, frecuentadores y reticentes... grandes grupos de sujetos que evolucionan de manera dis-

tinta para llegar a resultados también distintos. Grupos con un gran número de pacientes que sólo hay que saber identificar, registrar y seguir durante años. Algo para lo que, en principio, la APS está especialmente bien posicionada.

Y finalmente los ensayos clínicos, de muy diverso diseño y categorías. También aquí el campo está abierto a la APS, al igual que lo está para las demás especialidades, desde los estudios cuasiexperimentales, como los diseños pretest-postest, hasta los ensayos clínicos aleatorizados o los ensayos con un solo paciente. La legislación no contempla condicionamientos especiales para su desarrollo en APS, habiéndose abierto un nuevo campo, con menos trabas burocráticas, con la creación de los denominados ensayos de bajo impacto o bajo riesgo, persistiendo en cualquier caso la obligatoriedad de ser revisados y autorizados por un CEIC, que en última instancia vigila porque su desarrollo se haga con el máximo respeto y seguridad para el sujeto de investigación: el paciente.

Ojalá que la renovación que se vaticina se sustancie lo antes posible. Ojalá que en breve plazo la APS española sea de las más eficientes de Europa, no sólo por su relación calidad-coste sino por su calidad a secas.

Pero para todo ello es fundamental que el conjunto de los profesionales de APS se comprometan muy seriamente con la formación continuada y la investigación. Salvo que, una vez más, nos resignemos a seguir instalados en la queja permanente y la tutorización desde otras áreas de la Medicina.

Oftalmología medieval, de Al-Ándalus a Europa: el libro de los ojos de Alcoati y sus traducciones.

Pozuelo-Reina A.
Biblioteca, GAI-CR.

Resumen

Alcoati escribió el «Libro de los ojos», en las ciudades de Toledo (1159) y Sevilla (1160), en lengua árabe, *Kitab al uyun*, un texto importante para la salud ocular medieval, fue traducido al catalán: *Alcoati. Libre de la figura del uyl*; al latín: *Congregatio sive Liber de Oculis*; al alemán: *Die Augenheilkunde des Alcoatim*. Para la historiografía, los textos latinos fueron comentados en alemán a finales del siglo XIX, y en francés desde principios del siglo XX; finalmente, el quinto tratado fue traducido del árabe al castellano, en 1973. Del original árabe, perdido en África, solo se conserva una copia de la «quinta maqala» (el quinto tratado) en la biblioteca del monasterio de El Escorial; el manuscrito en catalán se guarda en la biblioteca capitular de la Seo de Zaragoza; los manuscritos latinos en las bibliotecas de Dillingen y Erfurt (Alemania) y en las bibliotecas de Metz, Carpentras y Montpellier (Francia), entre otras. Este estudio forma parte de la investigación «Libros médicos medievales y renacentistas de Castilla la Mancha», acreditado con el sello “2018 Año Europeo del Patrimonio Cultural”, del proyecto “De Antiquis Libris Sanitate”.

Palabras clave: Oftalmología — Alcoati — traducción — libros antiguos — historia de la medicina.

Abstract

Alcoati wrote in the Arabic language the book *Kitab al uyun*, in the cities of Toledo (1159) and Seville (1160). An important text for medieval ocular health, was translated into Catalan: *Alcoati. Libre de la figura del uyl*; to Latin: *Congregatio sive Liber de Oculis*; to German: *Die Augenheilkunde des Alcoatim*. For historiography, the book was commented in German at the end of the 19th century, and in French since the beginning of the 20th century; finally, it was translated into Spanish in 1973. From the original Arabic, lost in Africa, a copy is kept in the library of the monastery of El Escorial; the manuscript in Catalan is kept in the Capitular library of La Seo of Zaragoza; the Latin manuscripts in the libraries of Dillingen and Erfurt (Germany) and in the libraries of Metz, Carpentras and Montpellier (France).

Keywords: Ophthalmology — Alcoati — translation — ancient books — history of medicine.

Correspondencia: apozuelo@sescam.jccm.es

- Hipócrates dijo: «*El que quiera escribir de medicina, ha de empezar manifestando primero lo que han sabido y dicho los demás...*» (Hernández Morejón, I, 162).

El autor y el conocimiento médico.

Pocos datos se tienen de la vida del «misterioso Alcoati»¹. Vivió en el siglo XII, en las ciudades de Toledo y Sevilla. Comenzó a escribir su libro de los ojos en 1159; marchó a Sevilla, unos dicen que fue a resolver negocios², otros piensan que huía de las luchas de la nobleza cristiana³⁻⁵; terminó la obra

en la ciudad andaluza, en 1160, bajo el mecenazgo del gobernador Abd-almumín (Al Mumin), que sería califa almohade en Al-Ándalus.

Algunos estudiosos equivocan los pocos datos que se saben de su vida; ciertos historiadores indican que Alcoati era «hispano-cristiano»³⁻⁷, “cristià, però hàbitat entre musulmans”⁸; otros señalan que era «hispano-hebreo», que falleció en 1161, y se le atribuye, erróneamente, el libro *De oculorum morbis*⁹. Otros investigadores señalan su origen árabe, sin especificar religión¹⁰. Nosotros estimamos que era «hispano-musulmán», era descendiente de Sara, nieta del rey visigodo Witiza, que se convirtió al Islam, iniciando una línea familiar con el patroní-

mico de al-Quti¹¹. También ha sido relacionado con el cristianismo basándose en la versión latina de su obra, *Congregatio...*, que en la primera página pone «cristiano toledano». Bajo nuestra óptica el calificativo de cristiano se puso para evitar la censura y que dicho libro tuviera aceptación y difusión entre la comunidad científico-médica occidental. Posiblemente, esgrimiendo el argumento de que era descendiente de los godos, y los godos fueron un pueblo católico desde la conversión del rey Recaredo. Mas, como queda dicho, Alcoati era hispano-musulmán.

El libro *Kitab al uyun* fue escrito por Sulayman ben Harit al-Quti, conocido como Alcoati. Su contenido y sabiduría fueron muy importantes para que este texto médico fuera vertido a lenguas romances, como el catalán; y, también, a la lengua de la ciencia y de la sabiduría de aquellos momentos: el latín. La propia historiografía señala la importancia de este libro. Ya en 1896 el alemán Julius L. Pagel realizó un amplio estudio de la obra en *Neue litterarische Beiträge Zur mittelalterlichen Medizin* (Nuevas contribuciones literarias a la medicina medieval)³, dando pie a profundos análisis en tesis doctorales y traducciones parciales de este libro. En los primeros estudios de Pagel ya se aprecia la importancia para la medicina europea durante la Edad Media. Siendo, además, considerado por diversos historiadores como el trasvase de conocimientos entre la ciencia médica hispano-árabe y la Europa cristiana hacia las escuelas médicas de Salerno, Montpellier, Lleida y otras^{4,6,7,12}. Pansier dijo que el libro de Alcoati es una de las conexiones importantes entre la medicina árabe hispana y la medicina que se practicaba en la Escuela de Salerno⁴. Esta obra aportó novedades científico-técnicas y farmacológicas: como el nuevo diseño de la aguja de abatir cataratas, o los capítulos cuarto y quinto sobre medicamentos para las enfermedades oculares.

La obra y sus versiones.

1- *Kitab al uyun* (siglo XII), original en lengua árabe en caracteres de escritura «magrebí lucida»⁵. Nuestra hipótesis es que el manuscrito original desapareció en tierras africanas. Pertenecía a un descendiente de Alcoati, Alí ben Ziyad, que lo llevó

en su biblioteca al destierro decretado en 1468 por el rey de Castilla Enrique IV¹¹.

2- *Alcoati. Libre de la figura del uyl* (¿1378?), traducido al catalán por Johan Jacme, rector que fue de la Universidad de Montpellier durante el dominio catalán del territorio de la Occitania, y médico del rey de Aragón, Pedro, el Ceremonioso⁸.

3- *Congregatio sive Liber de oculis* (siglos XIII y XIV), en lengua latina traducido por Simón de Génova y Abraham de Tortosa¹³.

4- *Die Augenheilkunde des Alcoatim* (final del siglo XIX). Traducción al alemán de los manuscritos latinos de las bibliotecas de Erfurt y Dillingen-an-der Donau, son versiones parciales realizadas entre los años 1896 y 1900, por Eduard Allard, Reinold Kaempfer, Karl Schorrs, Hans Willm; así como las tesis doctorales de Karl Felsch, Leo Schwarzweiss, Ernest Windmüller y de Adalbert Bolck¹⁴.

5- *La «Quinta Maqala» del Tratado de oftalmología de Alcoati* (1973), traducido al castellano por Concepción Vázquez de Benito⁵.

El libro en las bibliotecas europeas.

Manuscritos en latín, en catalán y una copia en árabe han aparecido en varias bibliotecas europeas. Así, lo hallamos en la Real Biblioteca del monasterio de El Escorial, Madrid: la quinta *maqala* (quinto capítulo), versión parcial en lengua árabe¹⁵, (Figura 1); en la Biblioteca Capitular de la Seo y el Pilar de Zaragoza, manuscrito en lengua catalana (Figura 2); en la Biblioteca de Erfurt (Alemania)^{3,4}, versión en latín; Biblioteca de Dillingen an der Donau (Alemania)¹⁶, copia en latín; Biblioteca de Metz (Francia)^{3,4}, versión parcial en latín; Biblioteca de Carprentas (Francia), copia en latín; Biblioteca de Montpellier (Francia), copia en latín; Biblioteca de Avignon (Francia), copia en latín; Biblioteca de Berna (Suiza)¹⁶, copia parcial en latín; Biblioteca Nacional de Catalunya, Barcelona, versión impresa en catalán del manuscrito de Zaragoza; Biblioteca de la Universidad de Salamanca, versión impresa en árabe, castellano y latín de la «quinta maqala» (quinto tratado).



Figura 1: Páginas de la «*Quinta Maqala*», Ms. 894, 2º. Biblioteca del monasterio de El Escorial.

Las traducciones del libro y el apoyo institucional de las monarquías.

Durante la época feudal las condiciones sanitarias eran ciertamente deficientes. No obstante, los monarcas y los señores feudales, creemos que preferían tener vasallos sanos y fuertes para el trabajo, que no enfermos y poco productivos. Una población sana en el campo era una necesidad social para que los señores continuaran recibiendo el beneficio del vasallaje de la tierra. Hay que indicar el interés de los monarcas en la de formación de sus médicos en los *Estudios Generales* (la universidad de aquellos siglos)¹⁷. Por estos motivos, los reyes compraban libros médicos para que fueran traducidos, copiados y estudiados en sus instituciones docentes, los *Estudios generales* de Lleida y Montpellier, por ejemplo; o también en Toledo¹⁷.

Así, los reyes catalano-aragoneses del siglo XIV, que apreciaron su importancia, decretaron su transcripción al catalán: «...*quosdam libros arabicos medicinales... pecias que sunt in dicto studio Ilerdensi...*»¹⁸ (algunos libros de medicina árabes... obras que están en dicho estudio de Lleida). El rey Jaime II mandó la traducción de algunos libros árabes de medicina¹⁸. Pedro, el Ceremonioso, compró y ordenó traducir el libro de los ojos de Alcoati, como señala Jacme en las primeras líneas: «*yo mestre Johan Jacme metge del señor rey d'Arago lo qual compra ab sos diners por amor de deu, comens d'esplanar d'arabich en romans 1 libre per nom Alcoati, et fo comensat en Toledo et acabat*

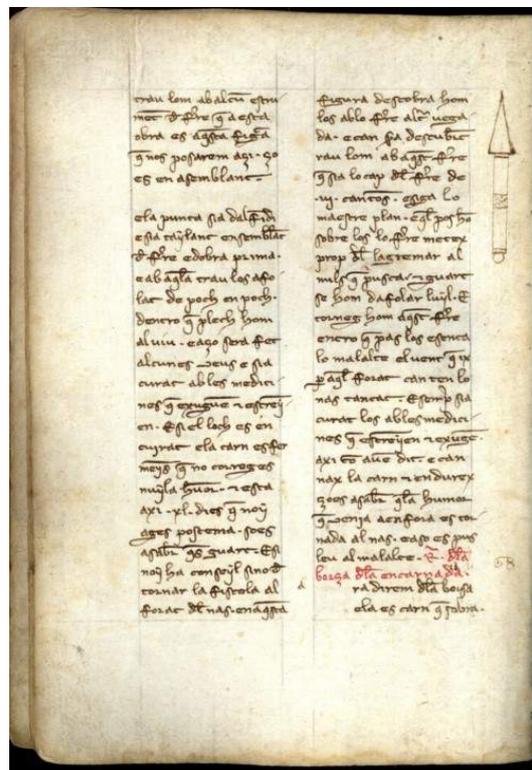


Figura 2: Página de Alcoati. *Libre de la figura del uyl*. (Con la aguja para abatir cataratas diseñada por Alcoati) Ms. 25-62 1265. Biblioteca capitular de la Seo de Zaragoza.

en Çsibilia»⁸ (yo, el maestro Johan Jacme, médico del señor rey de Aragón, el cual compró con sus dineros, por amor de Dios, (y) comencé a traducir (hacer comprensible) del árabe al romance un libro por nombre Alcoati, y fue comenzado en Toledo y terminado en Sevilla).

De la importancia que tuvieron las traducciones de libros médicos al latín y a otras lenguas romances, el profesor Ruiz Domenech, a propósito de la Escuela de Traductores de Toledo, que impulsó el arzobispo Raimundo en 1130 y la creación de un notable grupo de traductores de libros médicos, aglutinados en torno a la figura de Gerardo de Cremona entre 1165 y 1173 nos dice: «*la pasión por traducir del árabe al latín dio un gran impulso a una vida intelectual europea... son los creadores de un gesto decisivo para la cultura europea; cada libro árabe que se lee en latín es producto de una*

traducción, sin la cual probablemente gran parte de sus ideas se habrían perdido...»¹².

Conclusión, la importancia de los libros antiguos de medicina.

Se ha agrupado en un breve artículo las versiones del *Libro de los ojos* de Alcoati. Libros que están catalogados y custodiados en varias bibliotecas europeas. Con su estudio se aprecia la dimensión histórica de la contribución a la oftalmología de este sabio médico hispano-árabe, Alcoati. Y el beneficio social, para los enfermos y los profesionales, que aportó el conocimiento a través de las traducciones, favorecidas, en ocasiones, por los monarcas feudales para el aprendizaje de sus «físicos» y la salud de sus vasallos. De este modo, releendo la sabiduría antigua reconsideraremos las luces del pasado que ilustraron el quehacer médico-sanitario con este importante documento para la medicina medieval.

Bibliografía

1. Samsó J. Traducciones científicas arabo-romances en la Península Ibérica. En: Actes del XII Congrés de L'Associació Hispànica de Literatura Medieval [Internet]. Castelló de la Plana; 1999 [Consultado: 11/02/18]. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/traducciones-cientificas-arabo-romances-en-la-peninsula-iberica/html/604fe4ec-ee7e-493f-a004-a506ba1688cd_4.html
2. Medín Catoira J. Contribución de la sanidad militar al desarrollo de la oftalmología en España (Tesis doctoral). [Santiago de Compostela]: Facultad de Medicina, Departamento de Cirujía; 2014.
3. Pagel J. Neue litterarische Beitrage zur mittelalterlichen Medicin. Berlín: Druck und Verlag; 1896.
4. Pansier P. Congregatio sive liber de oculis quem compilavit ALCOATIN, anno 1159. En: Collectio Ophthalmologica veterem auctorem. [Internet]. Paris: Librairie J.B. Bailliere et Fils; 1903. p. 37-184. [Actualizado en 2016; consultado: 30/01/18]. Disponible en: <https://archive.org/details/b24869995>
5. Vázquez de Benito C. La «Quinta Maqala» del tratado de oftalmología de Alcoati. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1973.
6. Dusolier M. Aperçu historique sur la médecine en Espagne, particulièrement au XVIIe siècle. [Internet]. Paris: Henri Jouve; 1906 [Consultado: 11/06/2018]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6480118d.texteImage>
7. Leclerc L. Histoire de la Médecine Arabe. [Internet]. Paris: Ernest Leroux; 1875 [Consultado: 11/06/2018]. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64816104>
8. Deztani L. (editor). Alcoati Libre de la figura del uyl. Text català traduït de l'àrab per mestre Joan Jacme, i conservat en un manuscrit del xiv segle a la Biblioteca Capítular de la Seu de Saragossa. Ara exhumat i presentat per Lluís Deztany, amb una notícia històricomedieval del Dr. Josep M. Simon de Guilleuma. Barcelona: La Renaixença; 1933.
9. Wickersheimer E, Beaujouan G, Jacquart D. Dictionnaire Biographique des Medecins en France Au Moyen Age. Ginebra: Librairie Droz S.A.; 1979.
10. Millàs Vallicrosa JM. Literatura hebraico-española. Barcelona: Labor; 1967.
11. Abana M. Rihla. Córdoba: Almuzara-Fundación Mahmud Kati; 2006.
12. Ruiz Domenech, JE. España, una nueva historia. Barcelona: RBA; 2017.
13. Jacquart D. The Influence of Arabic Medicine in the Medieval West. En: Morelon R, Rashed R. Encyclopedia of the History of Arabic Science. London: Routledge; 1996. p. 963-984.
14. Vaj D, Calinon D. Inventaire du Fonds ADOLF FALLER. Bibliothèque d'histoire de la médecine et d'éthique médicale [Internet]. Lausanne: Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique; 2013 [Consultado: 15/05/18]. Disponible en: <http://docplayer.org/62961460-Inventaire-du-fonds-adolf-faller-bibliotheque-d-histoire-de-la-medecine-et-d-ethique-medicale.html>
15. Derenbourg-Renaud H. Les Manuscrits Arabes de l'Escurial [Internet]. Paris: Librairie Orientaliste Paul Geuthner;

1941 [Consultado: 14/04/18]. Disponible en: <https://archive.org/details/p2lesmanuscarab02dereuoft/>

16. Hudry-Bichelonne F. Notes sur divers manuscrits latins conservés en Allemagne du Sud. *Revue d'Histoire des Textes* 1966; 13:9-28; [Consultado: 15/05/2018]. DOI: <https://doi.org/10.3406/rht.1966.1019>

17. Cifuentes L. Translatar sciència en romans catalanesch. La difusió de la medicina en catalá a la baixa Edat Mitjana i el Renaixwment. *Llengua & Literatura*, 1997; 8:7-42.

18. Rubio i Lluch A. Documents per L'Historia de la Cultura Catalana Mig-eval. Barcelona: Instituto d'Estudis Catalans; 1929.

¡Doctora, tengo un nuevo pendiente! La importancia del diagnóstico precoz del melanoma nodular.

Franco Muñoz M., García Arpa M., Flores Terry M.
Servicio de Dermatología. GAI-CR.

Palabras clave: Melanoma — melanoma nodular — cáncer cutáneo.

Correspondencia: monse.franco.m@gmail.com

Mujer de 71 años, sin antecedentes de interés, consulta por una lesión asintomática, en la oreja derecha, de 8 meses de evolución. La exploración evidenció una mácula eritemato-violácea en el lóbulo de la oreja derecha, además en su borde inferior, una lesión nodular de 7 mm de diámetro. La biopsia confirmó un melanoma. Se realizó extirpación quirúrgica y linfadenectomía cervical derecha, la cual fue negativa para metástasis ganglionares. El resto del estudio de extensión fue negativo. El diagnóstico final fue de melanoma nodular, 6.96 mm de Breslow, estadio IIB. Actualmente lleva 9 meses de seguimiento, sin evidencia de recurrencia.

El melanoma nodular es el segundo en orden de frecuencia de los cuatro subtipos clínicos y representa alrededor del 15 a 30% de los melanomas (melanoma de extensión superficial 70%, léntigo maligno melanoma 10-15% y melanoma lentiginoso acral 5%). Se caracteriza por la ausencia de la fase de extensión radial en epidermis, presentándose con un crecimiento vertical desde el inicio de su desarrollo (rápida invasión en profundidad de la dermis), lo cual le confiere una alta agresividad, con tendencia a las metástasis linfáticas o hemáticas tempranas. Generalmente aparece sobre piel

normal, raramente deriva de un nevus preexistente. Clínicamente se presenta como una lesión tumoral o exofítica desde estadios muy precoces, con pigmentación irregular de color azul oscuro a negro o marrón-rojizo, frecuentemente ulcerado. También existen tipos de melanoma nodular que carecen de pigmentación, conocidos como “amelanóticos”, pero representan menos del 5% de los casos. La localización más frecuente es el tronco, aunque no es rara la aparición en zonas acrales, como en el caso de nuestra paciente. Los principales diagnósticos diferenciales son el hemangioma, el carcinoma basocelular y el granuloma piogénico, en aquellas lesiones rojizas o amelanóticas, mientras que las lesiones pigmentadas se pueden confundir con nevus azules o carcinoma basocelulares pigmentados. Creemos importante que los médicos tengamos en cuenta al melanoma nodular, dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas sobreelevadas o tumorales de crecimiento rápido, principalmente porque éste es el subtipo de melanoma más agresivo, por su mayor capacidad de metastatizar, por lo que un diagnóstico precoz podría mejorar sustancialmente el pronóstico.



Figura 1: Lesión cutánea en el lóbulo de la oreja derecha. Presenta una mácula de bordes mal definido, con pigmentación irregular de color marrón-violácea. Además, en su borde inferior tiene una lesión exofítica, tipo nódulo, de 7 mm de diámetro, que a la palpación era de consistencia dura.

Pseudoaneurisma femoral anastomótico gigante.

Ponce Cano A.I., Egido Sabador A., García Morales F.
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. GAI-CR.

Palabras clave: Aneurisma de aorta abdominal — bypass aorto-bifemoral — anastomosis — pseudoaneurisma.

Correspondencia: poncemunoz2010@gmail.com

Varón de 82 años intervenido de bypass aorto-bifemoral por aneurisma de aorta abdominal 12 años antes, con postoperatorio complicado. En seguimiento en consulta externa por desarrollo tardío de sendos pseudoaneurismas femorales anastomóticos, el derecho de 60mm y el izquierdo de 40mm en la última revisión. No se opta por tratamiento quirúrgico por alto riesgo del paciente. En el lado derecho, presenta crecimiento rápido del pseudoaneurisma por encima de 10cm, acompañado de dolor y cambios en la piel supradyacente.

Se decide tratarlo quirúrgicamente, asumiendo el alto riesgo. Como causa, se identifica la ruptura de la anastomosis femoral. Se realiza resección del pseudoaneurisma e interposición de bypass corto desde el aorto-bifemoral previo hasta la arteria femoral profunda. No surgen complicaciones postoperatorias inmediatas ni durante el seguimiento. El pseudoaneurisma izquierdo permanece estable en tamaño. El paciente es éxitus 10 meses después por causa no vascular.

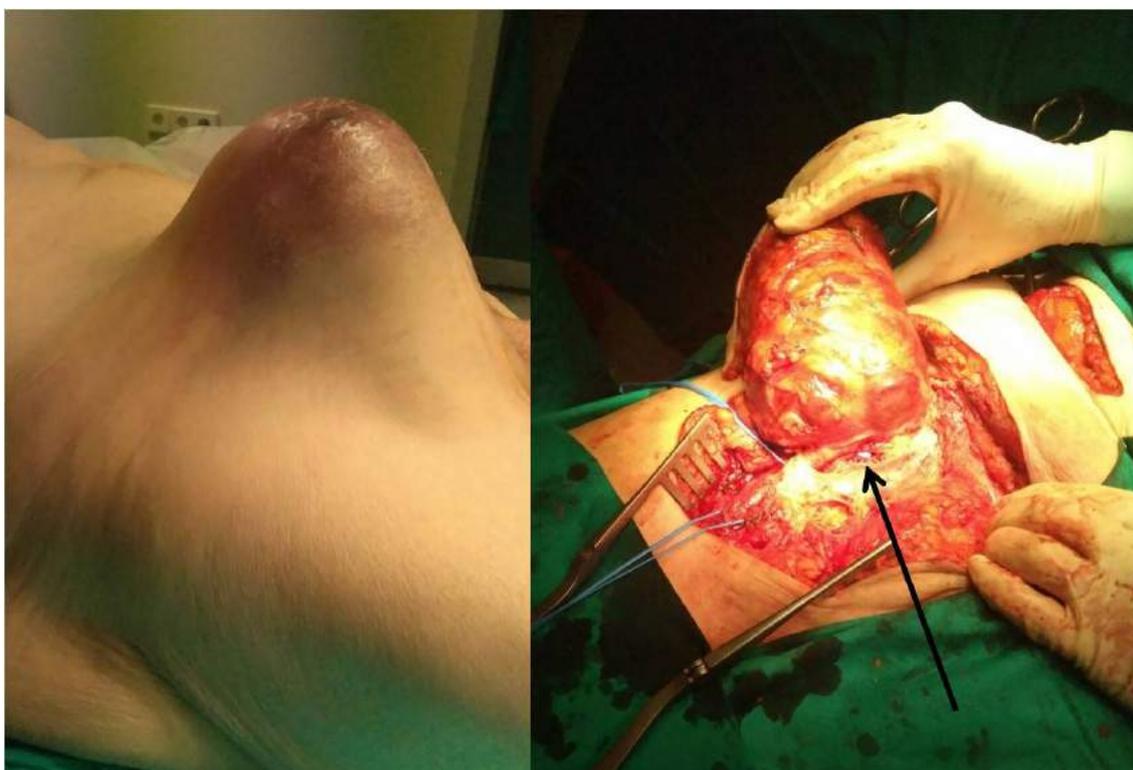


Figura 1: Aspecto externo y exposición quirúrgica del pseudoaneurisma. La flecha indica la rotura de la anastomosis causante del mismo.

Después de la otorrea, llegó la calma: a propósito de una miringitis bullosa.

De la Fuente Cañibano R., Cardenete Muñoz G., Ubeda Fernández E., Blanco Ruiz M., Casas Cuadrado L. y Alañón Fernández M.A.
Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. GAI-CR.

Palabras clave: otalgia — vesículas — infección viral.

Correspondencia: rbkfue@yahoo.es

Mujer de 48 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias porque tras un catarro de vías altas, presentó otalgia súbita en oído izquierdo que cedió tras la aparición de otorrea homolateral. Asociaba fiebre de 39^o C. La otoscopia fue normal en el oído derecho y en el izquierdo se visualizaron vesículas con contenido seroso sobre la membrana timpánica que se encontraba hiperémica y edematosa y restos de otorrea en el conducto auditivo externo (CAE). Se diagnosticó de miringitis bullosa en el oído izquierdo y se le pautó como tratamiento amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h 7 días, ciprofloxacino y acetónido de fluocinolona óticos 5 gotas/8h en el oído izquierdo y paracetamol 1 g/8h, siendo la evolución favorable.

La miringitis bullosa es un tipo de otitis externa que afecta a la parte profunda del CAE y a la capa epidérmica de la membrana timpánica. Su etiología es fundamentalmente viral. En la exploración otoscópica es característica la presencia de bullas timpánicas con contenido seroso. Clínicamente es típica la aparición de otalgia intensa por afectación de la capa más externa de la membrana, que disminuye de forma importante o desaparece tras la aparición de la otorrea. El tratamiento habitualmente es sintomático y en los casos en los que se sospeche sobreinfección bacteriana, habrá que añadir antibióticos orales para evitar posibles complicaciones.

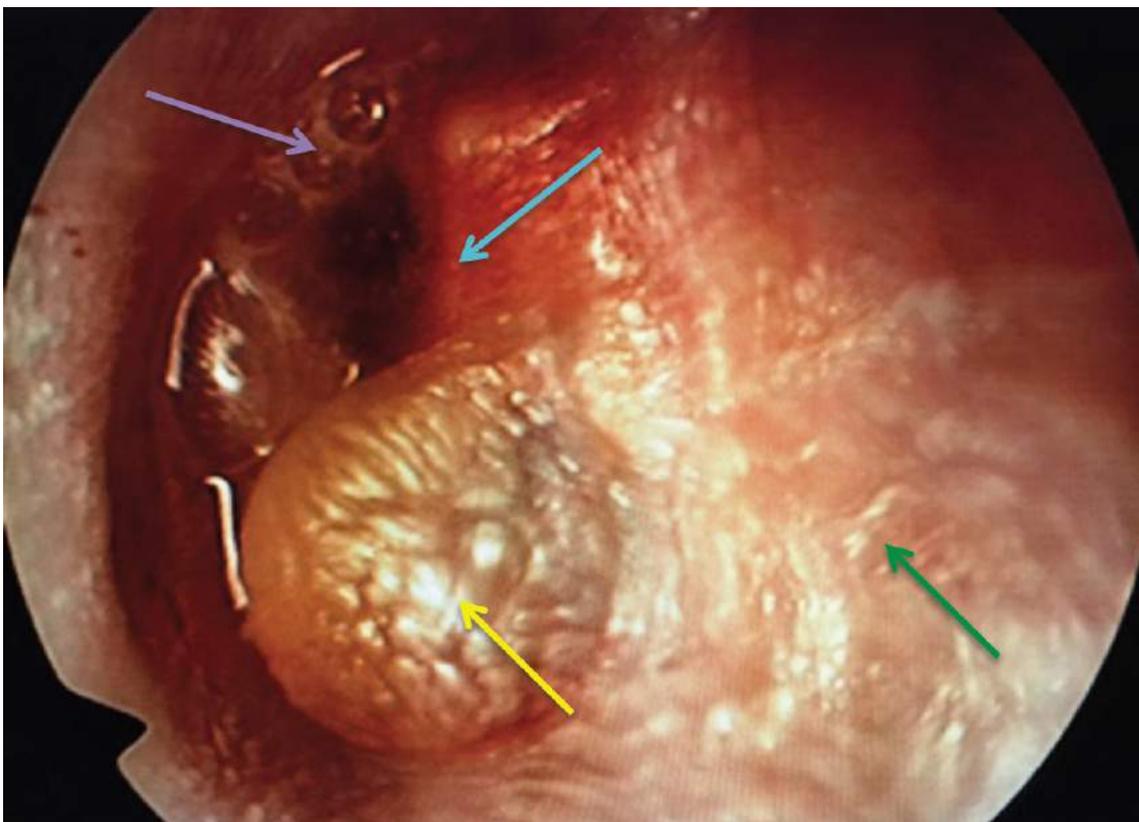


Figura 1: Otoscopia oído izquierdo. Flecha verde: Conducto auditivo externo (CAE). Flecha azul: mango del martillo. Flecha amarilla: Vesículas sobre membrana timpánica. Flecha violeta: restos otorreicos.

Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz.

Sánchez Ortiz M.¹, López Pérez M.¹, Sánchez Muñoz A.², Gil Raga F.¹, Aguilar Galán V.²

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología. Agencia Valenciana de Salud. Hospital de Manises, Valencia.

²Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Objetivo: La hemorragia postparto precoz (HPP) es una de las principales causas de morbilidad materna. Evaluamos la incidencia y factores de riesgo. Además, desarrollamos una calculadora para predecir su riesgo. **Método:** Estudio retrospectivo de cohortes entre 2016 hasta 2017. Cálculo estadístico realizado con un modelo de regresión logística. **Resultados:** 2938 mujeres fueron evaluadas. Factores de riesgo: inducción del parto OR=1,67 (1,09-2,57), peso del feto OR=4,47 (1,06-8,76) y los partos instrumentados o por cesárea OR=2,38 (1,54-3,68). **Conclusión:** Identificados los factores de riesgo, enfatizamos la necesidad de prevenirlos y abordarlos mediante una vigilancia adicional durante el parto. Proponemos seguir la línea comenzada con el diseño de una calculadora del riesgo, valorando su eficacia y eficiencia de manera prospectiva.

Palabras clave: Hemorragia postparto — factores de riesgo — atonía uterina.

Abstract

Objective: Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the main causes of maternal morbidity. We evaluated the incidence and risk factors of PPH. In addition, a calculator that estimates the probability of suffering it. **Methods:** Retrospective cohort study to identify risk factors between 2016 and 2017. We are using logistic regression to identify the risk factors. **Results:** Of 2,938 deliveries. Risk factors were: induction of labor OR=1.67 (1.09-2.57), fetal weight OR=4.47 (1.06-18.76) and deliveries instrumented or by caesarean section OR=2.38 (1.54-3.68). **Conclusion:** Identified the risk factors, our findings emphasize the need to prevent them and address them through additional surveillance during delivery. We propose to follow the line begun with the design of a postpartum hemorrhage risk calculator, assessing its efficacy and efficiency prospectively.

Keywords: Postpartum hemorrhage — risk factors — uterine atony.

Correspondencia: m.saortiz@mail.ucv.es

Introducción.

La hemorragia postparto precoz (HPP) es la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto¹. Otras alternativas para la definición de HPP son la disminución del hematocrito en un 10 %, la necesidad de transfusión o cualquier pérdida de sangre que sea una amenaza para la estabilidad hemodinámica de la mujer².

La hemorragia postparto es la principal causa a nivel mundial de mortalidad materna, afecta aproximadamente al 5-15 % de todas las mujeres gestantes del mundo³. Está asociada a casi un cuarto de todas las defunciones maternas. Su disminución es un objetivo estratégico de las instituciones sanitarias⁴.

El presente estudio se centra en la hemorragia postparto precoz, la cual ocurre en el 6 % de los partos en países desarrollados⁵.

Las instituciones sanitarias incluyen la hemorragia postparto en la lista “Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” que impulsa en todo el mundo. El objetivo consiste en reducir el riesgo de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos y lograr que ningún país superare el doble de la media mundial⁶. El Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas en un análisis sistemático resaltó que, a pesar del progreso global en la reducción de la mortalidad materna,

se necesitan medidas inmediatas para cumplir la ambiciosa meta del 2030 y, en última instancia, eliminar la mortalidad materna prevenible. Este grupo, considera la hemorragia postparto precoz un importante problema de salud pública en términos de gravedad materna y morbilidad severa⁷.

La incidencia de hemorragia postparto en los países desarrollados está aumentando⁸. A pesar de la instauración de protocolos de manejo de la hemorragia postparto, actualmente en dos tercios de los casos de hemorragia postparto no se reconocen los factores de riesgo en el momento del parto⁹.

Algunos de los factores de riesgo descritos en la mujer a día de hoy son: la edad materna, los embarazos múltiples, fibromas, preeclampsia, corioamnionitis, placenta previa, laceración cervical, rotura uterina, parto vaginal instrumentado y el parto por cesárea. Al igual que si la gestante en embarazos anteriores ha sufrido HPP el riesgo de volver a sufrir el episodio es importante¹⁰.

Se sugiere el uso de la regla nemotécnica de las “4 T” para el fácil reconocimiento de la etiología de la hemorragia posparto: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesión del canal del parto) y Trombina (alteraciones de la coagulación)¹¹.

La atonía uterina después del parto es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica hasta en un 80 % de los casos⁹. Otras causas como las anomalías placentarias pueden ser detectadas prenatalmente, no siendo así en los casos de atonía uterina¹².

Con los conocimientos actualizados sobre los factores de riesgo y el desarrollo de una calculadora para predecir el riesgo de hemorragia postparto (con datos fácilmente identificables en todos los partos), se pretende dar al obstetra las herramientas suficientes para estar mejor preparado.

Para poder manejar la hemorragia postparto dentro del ámbito hospitalario, primero, se debe conocer que factores de riesgo están relacionados con la misma.

Objetivos.

- Evaluar los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto precoz (HPP).
- Desarrollar una calculadora de la probabilidad del riesgo de sufrir hemorragia postparto precoz.

Materiales y métodos.

Se ha realizado un estudio de cohortes histórico de una población de gestantes, que dieron a luz en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Manises durante 2 años (desde el 1 enero de 2015 hasta el 31 diciembre 2016). Como grupo control se incluyeron todas las mujeres sin hemorragia posparto.

Este estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe y tal efecto se creó una base de datos en la que se recogieron las variables relacionadas con la gestación.

De los 3.243 partos, se excluyeron del estudio un total de 305 pacientes debido a falta de información no recuperable en la hoja de recogida de datos. Debido a esto la población total de estudio fueron 2.938. Se han registrado 95 casos de hemorragia postparto precoz en un total de 2.938 partos.

En la hoja Excel a cada historia clínica se le asignó un número para identificar a la paciente y mantener la confidencialidad de los datos.

Se recogieron los siguientes datos de cada mujer:

- Antecedentes obstétricos (número de gestaciones, número de partos previos, vaginales o cesáreas, número de abortos previos),
- Edad gestacional,
- Inducción del parto (si/no),
- Tipo de gestación (única/múltiple),
- Presentación fetal (cefálica/podálica/transversa),
- Tipo de parto (eutócico, espátulas, fórceps, ventosa, cesárea)

- Tipo de anestesia en el parto
- Realización de episiotomía
- Desgarro perineal (si/no),
- Peso fetal en gramos,
- Tipo alumbramiento (dirigido/espontáneo)
- Hemorragia postparto precoz (si/no).

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Fstat para Windows, en todas las pruebas realizadas para obtener los resultados se aplicó un nivel de significación estadística de 0,05.

En la descripción de la población de estudio: las variables cualitativas se midieron las frecuencias absolutas y relativas; Las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (mediana y media) y medidas de dispersión (desviación típica). Se representa el número de pacientes por categoría y variable con porcentaje respecto al total muestral.

Para la obtención de los resultados sobre los factores de riesgo: Análisis de cada una de las variables en función de si hubo o no hemorragia postparto. Se utilizó el test de “Chi cuadrado”. La identificación independiente de los factores de riesgo se obtuvo a través de un modelo multivariante de regresión logística no condicionada.

La calculadora se diseñó a través de la función “=CONTAR.SI.CONJUNTO(;)” en Excel, para su posterior integración en aplicación web. Con enlace: <http://canaltalento.es/calculadora/>

Resultados.

Fueron reclutadas un total de 2.938 pacientes de las 3.243 pacientes iniciales. Se excluyeron del estudio un total de 305 pacientes debido a falta de información no recuperable en las historias clínicas.

Descripción de la población de estudio.

La distribución de las características de las gestantes se representa en la Tabla 1. Las características predominantes consistían en mujeres: con una media de 2 gestaciones, sin inducción al parto, gestaciones de un único feto, con presentación cefálica, la técnica anestésica más utilizada fue la

epidural, el tipo de parto más frecuente eran los partos vaginales eutócicos, en la mayoría no se realizó episiotomía ni ocurrió ningún tipo de desgarro perineal. El alumbramiento dirigido se realizó en el 97,31 % de los partos.

La prevalencia de la hemorragia postparto, fue 3,23 % (95 mujeres).

Análisis de los factores de riesgo de la hemorragia postparto.

Los resultados estadísticamente significativos sobre la incidencia y el correspondiente Odds Ratio de las variables del estudio, se muestran en la Tabla . Observamos tras el análisis univariante que influyen en la hemorragia postparto la inducción del parto, los partos por cesárea, los partos instrumentados (agrupando fórceps, espátulas y ventosa) y la episiotomía como factores de riesgo. Tener antecedentes de partos vaginales previos fue significativamente un factor protector de hemorragia postparto.

Se indujeron 1.093 embarazos y 52 tuvieron hemorragia postparto precoz (4,76 %, IC95 % desde 3,5 % hasta 6,02 %), entre los 1.845 embarazos no inducidos ocurrieron 43 hemorragias postparto precoz (2,33 %, IC95 % desde 1,64 % hasta 3,02 %). La proporción de HPP entre las mujeres con inducción al parto es significativamente mayor que entre las mujeres con partos espontáneos (p-valor = 0,0003).

Dentro del registro de 1.209 partos vaginales previos hubo 26 episodios de HPP (2,15 %, IC95 % desde 1,33 % hasta 2,97 %). Entre las 1.729 mujeres primíparas hay registro de 69 HPP (3,99 %, IC95 % desde 3,07 % hasta 4,91 %). La proporción de HPP entre las mujeres múltiparas es significativamente menor que en las mujeres primíparas (p-valor = 0,0055).

La proporción de HPP entre los pacientes que se les practicó una cesárea es significativamente mayor que entre los pacientes que tuvieron un parto vía vaginal (p-valor = 0,0054). Entre las 495 pacientes que se les practicó una cesárea hubo 26 HPP (5,25 %, IC95 % desde 3,29 % hasta 7,22 %).

Entre las 616 mujeres a las que se les realizó un parto instrumentado hubo 32 HPP (5,19 %, IC95 % desde 3,44 % hasta 6,95 %).

Tabla 1: Características epidemiológicas de la población.

Variable	Categoría	Prevalencia N (%)
Antecedentes obstétricos ^a	Gestaciones	2,07 ±1, 22
	Partos vaginales previos	0,54 ±0, 78
	Cesáreas previas	0,12 ±0, 36
	Abortos/ Ectópicos	0,43 ±0, 79
Edad gestacional ^a	Semanas de gestación	39,27 ±1, 36
Inducción al parto	P. Espontáneo	1845 (62,8)
	P. Inducido	939 (31,96)
	Cesárea Electiva	154 (5,24)
Tipo de gestación	Única	2872 (97,75)
	Múltiple	66 (2,25)
Rotura prematura membranas ^a	Horas	8,57 ±10, 38
Peso del recién nacido ^a	Gramos	3.286 ±459, 29
Líquido amniótico	Claro	2364 (80,5)
	Meconio	573 (19,5)
	Hemorrágico	1 (0,03)
Presentación fetal	Cefálica	2853 (97,11)
	Podálica	83 (2,83)
	Transversa	2 (0,07)
Anestesia	No	246 (8,4)
	General	13 (0,44)
	Kalinox	9 (0,03)
	Epidural	2390 (81,34)
	Raquianestesia	60 (2,04)
	Local	220 (7,5)
Tipo de parto	Vaginal eutócico	1832 (62,36)
	Cesárea	495 (16,85)
	Fórceps	116 (3,95)
	Ventosa	476 (16,2)
	Espátula	19 (0,65)
Episiotomía	Sí	688 (23,42)
	No	2250 (76,58)
Desgarro perineal	No	1662 (56,6)
	I	710 (24,2)
	II	525 (17,87)
	III	40 (1,4)
	IV	1 (0,03)
Tipo de alumbramiento	Dirigido	2859 (97,31)
	Espontáneo	79 (2,69)
Hemorragia posparto	Sí	95 (3,23)
	No	2843 (96,77)

^aMedia ± Desviación estándar

Tabla 2: Análisis de los factores influyentes en la hemorragia postparto.

Factor	HPP N (%)	No HPP N (%)	OR (IC 95 %)	p-valor
Inducción al parto	52 (4,76)	1.041 (95,24)	2,09 (1,39- 3,16)	0,0003
Episiotomía	35 (5,09)	653 (94,91)	1,95 (1,27-2,99)	0,002
Cesárea previa	14 (4,55)	294 (95,45)	1,49 (0,84- 2,67)	0,170
Parto instrumentado	32 (5,19)	584 (94,81)	1,96 (1,27-3,03)	0,002
Partos vaginales previos	26 (2,15)	1.183 (97,85)	0,53 (0,33- 0,83)	0,005
Alumbramiento dirigido	91 (3,18)	2.773 (96,82)	0,57 (0,2- 1,6)	0,284
Anestesia	91 (3,38)	2.601 (96,62)	2,11 (0,77- 5,81)	0,130
Gestaciones previas	44 (3,97)	1.064 (96,03)	1,44 (0,96- 2,17)	0,078
Cesárea	26 (5,25)	469 (94,75)	1,90 (1,2-3,03)	0,005

La proporción de HPP entre los partos instrumentados (fórceps, ventosa y espátulas) es significativamente mayor que entre los no instrumentados (p-valor = 0,002).

Entre las 688 pacientes con episiotomía en el parto tenemos 35 HPP (5,09 %, IC95 % desde 3,45 % hasta 6,73 %). Entre los 2.250 pacientes sin episiotomía tenemos 60 HPP (2,67 %, IC95 % desde 2 % hasta 3,33 %).

La proporción de HPP entre las pacientes con episiotomía es significativamente mayor que entre las pacientes sin episiotomía (p-valor = 0,002).

Análisis multivariante de la hemorragia postparto precoz.

En el análisis multivariante, representado en la tabla 3, las tres únicas variables significativas son el tipo de parto, el peso que está en gramos y la inducción del parto. Cambio la forma de codificar las variables para que sea más intuitivo el resultado.

- Tipo de parto, riesgo de 2,3818 IC (1,541 a 3,681). Es decir, la probabilidad de tener hemorragia postparto se multiplica aproximadamente por tres en caso de que el parto no sea eutócico (instrumentalizado o cesárea). Por cada parto eutócico con sangrado, tendremos 2,3818 hemorragias postparto en los instrumentados o cesáreas.
- Peso de recién nacido en gramos, riesgo de 4,477 IC (1,068 a 18,765). A igualdad de pesos el riesgo es 1, pero por cada kilogramo que aumente el feto el riesgo de HPP aumenta aproximadamente por cinco.

- Inducción del parto, riesgo de 1,678 IC (1,094 a 2,573). La probabilidad de tener hemorragia postparto se multiplica aproximadamente por dos en caso de que el parto sea inducido. Es decir, por cada parto espontáneo con HPP, tendremos 1,678 HPP en los inducidos.

Conclusión, los partos no eutócicos, a mayor peso del recién nacido e inducción del parto se aumenta el riesgo de hemorragia postparto precoz. El resto de los factores no influyen.

Calculadora hemorragia postparto precoz.

Los datos seleccionados se recogen fácilmente en paritorio, obteniendo así alguno de los factores de riesgo de la paciente para sufrir un evento de hemorragia postparto precoz.

Hay que distinguir entre los antecedentes de partos previos, el tipo de parto, si el parto ha sido inducido, si se usa anestesia y si en el parto se realizó episiotomía. La adicción de factores conlleva una escalada de la probabilidad de sufrir el evento.

Una vez sumados los factores de riesgo, a la paciente se le asigna una probabilidad, y en función del mismo, se proponen estrategias.

Las recomendaciones de este programa informático son meramente orientativas y en ningún caso pretenden sustituir, sino más bien orientar, el criterio médico.

El cálculo se basa en los datos obtenidos de las 2.938 mujeres que dieron a luz en el Hospital de Manises en los años 2016 y 2017, siendo necesaria la individualización de cada caso.

Tabla 3: Análisis multivariante regresión logística de hemorragia postparto precoz.

VARIABLES	COEFICIENTES	OR	p-valor	IC Desde	IC Hasta
Cte	-16,2	9,2	0,0064	8,13	0,01
Inducción	0,52	1,67	0,0175	1,09	2,57
Ln(Peso)	1,50	4,47	0,0403	1,06	18,76
Distócico	0,87	2,38	0,0001	1,54	3,68

$$P(\text{HPP}) = 1 / (1 + \text{Exp}(16,2 - 0,52 * \text{Inducción} - 1,5 * \text{Ln}(\text{Peso}) - 0,87 * \text{distócico}))$$

Para su uso, se recomienda entrar en el siguiente enlace. Disponible en: <http://canaltalento.es/calculadora/>

Discusión.

En este estudio sobre la hemorragia postparto precoz, de las 2.938 mujeres analizadas, han tenido presencia de hemorragia un total de 95 mujeres (3,23 %). Comparando el presente trabajo con otros estudios, el tamaño poblacional es mayor que al usado por Wetta LA. et al. (1.798 pacientes) y menor al de Michael S. Kramer et al. (8.571.209 pacientes). En lo referido a la prevalencia de la hemorragia postparto es similar al estudio de Michael S. Kramer (2,8 %) y menor a Luisa A. et al. (7 %) ¹³⁻¹⁴.

En lo referido al objetivo principal, el análisis de las variables con la presencia o no de hemorragia postparto precoz. Se han visto diferencias significativas entre la variable inducción o no al parto (p = 0,0003). Este hecho indica la presencia de una mayor prevalencia de HPP en las mujeres de inducción al parto, con una prevalencia del 4,76 %, con respecto a las mujeres sin inducción al parto con una prevalencia 2,33 %. Podemos considerar que la inducción del parto es un factor de riesgo para la hemorragia postparto (Odds ratio 2,09, IC 95 % desde 1,38 hasta 3,15), igual que lo consideran los estudios de Luisa A. et al. ¹³ y Michael S. Kramer et al. ¹⁴, obteniendo como resultados respectivamente OR 2,3 IC 95 % desde 1,2 hasta 4,3 y OR 1,1 IC95 % desde 1,1 hasta 1,2.

También hay diferencias significativas entre la variable partos vaginales previos (p = 0,0055). En este estudio hay una menor prevalencia de HPP en las mujeres de partos vaginales previos, con una

prevalencia del 2,15 %, con respecto a las mujeres sin partos vaginales previos, cuya prevalencia es 3,99 %. El antecedente de tener algún parto vaginal previo en este estudio es un factor protector para la HPP (Odds ratio 0,52, IC 95 % desde 0,33 hasta 0,83). La multiparidad en otros estudios, como Nan Schuurmans et al. ², Mousa HA et al. ¹⁵ o Mavrides E et al. ¹⁶, es considerada como un factor de riesgo. Sin embargo nosotros la identificamos como protector, no obstante, la diferencia puede deberse al nivel de corte para definir multiparidad.

Respecto al análisis en el momento del parto, se han visto diferencias significativas en las variables: Cesárea (p = 0,0061), la prevalencia de HPP entre las mujeres que se les practicó una cesárea (5,25 %) es significativamente mayor que entre los pacientes que tuvieron un parto vía vaginal (2,82 %). La cesárea es factor de riesgo de la hemorragia postparto (Odds Ratio 1,9074, IC95 % desde 1,202 hasta 3,0267). Con la variable parto instrumentado (p-value = 0,002). La prevalencia de HPP entre los partos instrumentados (fórceps, ventosa y espátulas) (5,19 %) es significativamente mayor que entre el resto de los partos (2,82 %). El parto instrumentado es un factor de riesgo para la HPP (Odds Ratio 1,9648, IC95 % desde 1,2716 hasta 3,0358). Michael S. Kramer et al. ¹⁴ también obtuvo resultados similares para las variables cesárea y parto instrumentado, un OR respectivamente de 1,9 (1,8-2,0) y 1,8 (1,7-1,9). Además, las guías clínicas reconocen como una de las causas de hemorragia postparto el traumatismo, en ambos casos, la cesárea y el parto instrumentado asocian complicaciones traumáticas ^{1,2,16}.

También hemos encontrado diferencias significativas entre las mujeres con episiotomía que tuvieron HPP (prevalencia 5,09 %, de las mujeres sin episiotomía con HPP (2,67 %)). La prevalencia de HPP

entre las pacientes con episiotomía es significativamente mayor que entre las pacientes sin episiotomía (p -value = 0,0020). La episiotomía es un factor de riesgo para la HPP (Odds Ratio 1,9563, IC95 % desde 1,2778 hasta 2,9952). Hecho también observado por Mavrides E et al.¹⁶.

En el análisis multivariante de regresión logística no condicional, las tres únicas variables significativas son el tipo de parto, el peso en gramos y la inducción del parto. Como en los estudios de Laurence E. Shields et al.¹ y Nan Schuurmans et al.². En nuestro trabajo se ha descrito por cada parto eutócico con sangrado, tendremos 2,381 hemorragias postparto en los instrumentados o cesáreas. El peso de recién nacido en gramos influye de tal manera que a igualdad de pesos el riesgo es 1, pero por cada kilogramo que aumente el feto el riesgo se multiplica por 5. Terminando con el análisis, que la probabilidad de tener hemorragia postparto se multiplica aproximadamente por dos en caso de que el parto sea inducido. Es decir, por cada parto espontáneo con HPP, tendremos 1,678 HPP en los inducidos. Kramer MS et al.¹⁴ en su estudio observo resultados parecidos en el tipo de parto pero algo inferiores en el peso fetal y la inducción al parto, un OR = 1,9 en los partos no eutócicos, para el peso fetal OR = 1,3 y la inducción del parto OR = 1,1.

Se ha trabajado en una calculadora con poder predictivo, capaz de separar de manera objetiva el riesgo de desarrollar hemorragia postparto, a partir de su situación en el parto. Suponiendo esto un avance significativo en la evolución de la obstetricia y las tecnologías. Otras especialidades como la Medicina Intensiva tienen este tipo de tecnología muy bien integrada en su actividad asistencial, el último objetivo del estudio era la creación de la primera calculadora de riesgo de hemorragia postparto, con la cual los profesionales de la salud de las diferentes ciudades o comunidades pudieran anticiparse al episodio de sangrado basándose en los datos obtenidos en el momento del parto. Hoy en día, hay una gran variedad de aplicaciones/webs relacionadas con la medicina, pero hasta ahora en España ninguna relacionada con la hemorragia postparto. Siendo ésta una calculadora orientada a la prevención, a la identificación de signos de riesgo y al mejor manejo de la hemorragia postparto.

La necesidad de crear la calculadora de riesgo para tratar y adelantarse a la hemorragia, requiere primero detectar un problema, y este ha sido el objetivo principal, detectar aquellos factores que puedan estar relacionados en los pacientes. Por tanto, podemos concluir que con los datos que hemos obtenido y analizados, que son necesarias nuevas medidas de concienciación, formación, protocolización, seguimiento y manejo de la hemorragia postparto, siendo útil la mejora de la calculadora de riesgo, ya planteada en este estudio. Tras su funcionamiento, habría que repetir el estudio y comparar diferencias respecto a los resultados obtenidos en este trabajo, en aras de valorar si la necesidad y el problema observados aquí han sido solucionados.

Conclusiones.

1. La hemorragia puerperal precoz se considera una urgencia obstétrica y representa la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial.
2. La hemorragia puerperal precoz tiene una alta prevalencia, registrándose en un 3,23 % de los partos en el Hospital de Manises.
3. Son factores de riesgo de hemorragia puerperal precoz: los partos distócicos, la inducción del parto y el mayor peso del recién nacido.
4. Se ha desarrollado la primera calculadora orientada a la prevención de la hemorragia puerperal precoz gracias a la identificación de factores de riesgo.
5. Proponemos realizar en un próximo estudio prospectivo el uso de la calculadora, para valorar su eficacia y eficiencia.

Bibliografía

1. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No.183. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017; 130: e168-86. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002351

2. Nan Schuurmans, Catherine MacKinnon, Carolyn Lane, Duncan Etches. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Clinical Practice Guidelines. J Soc Obstet Can. 2000; 22:271-81.
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
5. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22 (6): 999-1012. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.08.004
6. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. WHO. 2016; 108. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf
7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet Glob Health. 2016; 387(10017):462-74. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7
8. Callaghan WM, Kuklina EV, Berg CJ. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994-2006. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202(4):353.e1-6. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.01.011.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia postparto precoz. Medicina perinatal. Pro Obstet Ginecol. 2006; 3p. Disponible en: www.sego.es
10. Kramer MS, Berrg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol. 2013; 209:449.1-7 Disponible en: <https://journals.lww.com/greenjournal/pages/default.aspx>
11. Society of Obstetrics and Gynecology of Canada. Postpartum hemorrhage. ALARM Manual.2008; 15. Disponible en: https://sogc.org/clinical_practice_guidelines_eng/index.html
12. Smith JR, Brennan BG. Postpartum hemorrhage: Background, Problem, Epidemiology. Medscape. 2017. Disponible: www.emedicine.com
13. Wetta LA, Szychowski JM, Seals S, Mancuso MS, Biggio JR, Tita AT. Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2013 Jul; 209(1):51. e1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.011>
14. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2013; 209(5):449. e1-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.07.007
15. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003249. DOI: 10.1002/14651858.CD003249.pub3.
16. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Green-top Guideline No.52 December 2016. Disponible en: www.rcog.org.uk

Características de pacientes con carcinoma hepatocelular en una unidad de cuidados paliativos.

Mañas García M.D.¹, Lázaro Bermejo C.^{1,2}, Galiana Gómez del Pulgar J.^{1,2}, Romero Pastilla T.¹, Hernandez Albújar A.³, Salmoral Luque R.³

¹Servicio de Medicina Interna, GAI-CR.

²Unidad de Cuidados Paliativos, GAI-CR.

³Unidad de Digestivo, GAI-CR.

Resumen

Objetivo: Describir las características de los pacientes con carcinoma hepatocelular en estadio avanzado seguidos por Digestivo y Unidad de Cuidados Paliativos. **Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con carcinoma hepatocelular valorados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario de Ciudad Real de 2012 a 2017. Se recogieron datos clínicos, analíticos, estadio, tratamiento y supervivencia. **Resultados:** Se incluyeron 48 pacientes en 6 años. El 85 % eran varones, la mediana de edad fue 75 años. La etiología principal fue VHC (41,6 %) e ingesta de alcohol (29 %). La valoración por cuidados paliativos se realizó en consulta en el 66,7 % de los casos. El ECOG fue 2 en el 48 %, el 48 % Child Pugh grado B, estadiaje C por la clasificación de Barcelona en 60,4 %. La mediana de supervivencia fue de 115 días. **Conclusiones:** La valoración conjunta favorece el seguimiento en consulta externa.

Palabras clave: carcinoma hepatocelular — cuidados paliativos — sorafenib.

Abstract

Objective: To describe the characteristics of patients with advanced stage hepatocellular carcinoma monitoring by Digestive and Palliative Care Unit. **Methods:** Retrospective study of patients with hepatocellular carcinoma evaluated in the Palliative Care Unit of the General University Hospital of Ciudad Real from 2012 to 2017. The data included were clinical, analytical, stage, treatment and survival of patients. **Results:** Forty-eight patients were included in 6 years. Eighty-five percent were male, the median age was 75 years. The main etiology was HCV (41.6 %) and alcohol intake (29 %). The assessment for palliative care was performed in outpatient consultation in 66.7 % of the cases. The ECOG was 2 in 48 %, 48 % in Child Pugh grade B, stage C in the Barcelona classification in 60.4 %. The median survival was 115 days. **Conclusions:** The combined assessment enable follow-up in outpatient consultation.

Keywords: hepatocellular — carcinoma — palliative care — sorafenib.

Correspondencia: mdmgarcia75@gmail.com

Introducción.

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la quinta neoplasia y la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. Representa el 90 % de los casos de tumor primario hepático¹. La incidencia en el Sur de Europa, incluida España es de 5-10 casos/100.000 habitantes/año²⁻⁴. Aunque las causas más frecuentes son la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), C(VHC), la ingesta de alcohol (OH) y de aflatoxinas, puede aparecer en el seno de una cirrosis de cualquier etiología.

En un 15-20 % de los casos el tumor se produce sobre un hígado no cirrótico, esto supone un reto importante para el diagnóstico⁴. Actualmente, se realiza seguimiento activo o cribado a los pacientes con riesgo elevado de desarrollar hepatocarcinoma, ya que la detección precoz en estadios iniciales puede alcanzar una supervivencia de 70 % a 5 años; en fase avanzada y sin tratamiento específico la supervivencia mediana es inferior a 1 año. En el estudio realizado por Rodríguez de Lope et al, se recoge que el 87 % de los casos de CHC en España asientan sobre hígados cirróticos. El tratamiento

empleado en nuestro país fue: quimioembolización transarterial 23 %, ablación percutánea 22 %, resección 11 %, sorafenib 11 %². Sorafenib fue el primer tratamiento sistémico que mejoró la supervivencia global en pacientes en los que el tumor era irreseccable y con buen estado funcional¹.

En nuestro hospital, los enfermos con hepatocarcinoma realizan seguimiento por la Unidad de Digestivo hasta que la evolución de la enfermedad llega al estadio avanzado y final, momento en el que son remitidos a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Tras revisar la literatura disponible sobre el tema, no hemos encontrado trabajos que recojan el tratamiento y evolución por digestivo y unidades de cuidados paliativos. Presentamos una revisión de las características de los pacientes con CHC atendidos en nuestra unidad durante 6 años.

Material y métodos.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma, derivados desde Digestivo a la Unidad de Cuidados Paliativos, en el Hospital General Universitario de Ciudad Real desde el año 2012 al 2017.

El protocolo de recogida de datos incluyó: edad, sexo, etiología de la cirrosis (VHB, VHC, OH, otras); otros antecedentes personales relevantes (cardiovasculares, renales, otras neoplasias); estado general del paciente (ECOG); clínica en el momento de la derivación y durante el seguimiento en la UCP; datos analíticos (hemograma, coagulación, y bioquímica); grado de función hepática medido por Child-Pugh; el estadio mediante el sistema Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC)⁵, características del hepatocarcinoma (tamaño ≥ 3 cm ó < 3 cm, nódulo único o múltiple); tratamiento recibido; en caso de recibir sorafenib (tiempo de tratamiento, efectos secundarios, si precisó suspensión); tiempo de seguimiento desde la derivación a consulta, y supervivencia.

El ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) consideró:

- grado 0: completamente activo sin restricciones,
- grado 1: ambulatorio, capaz de hacer trabajos ligeros, restringido para actividad de esfuerzo,
- grado 2: ambulatorio, capaz de cuidar de sí mismo. Despierto y activo más del 50 % del horario diurno,
- grado 3: cuida de sí mismo de forma limitada, permanece en cama o silla más del 50 % del horario diurno,
- grado 4: incapacitado. No puede cuidarse a sí mismo. Limitado en cama o silla.

Se incluyeron todos los pacientes valorados en consulta y hospitalización de la UCP con diagnóstico de hepatocarcinoma durante el período referido. Se excluyeron los que no se disponía de lo requerido en el protocolo de recogida.

Se realizó un análisis descriptivo de variables cualitativas y cuantitativas. Los datos se recogieron de forma anonimizada, según las normas de buena práctica clínica y éticas de la declaración de Helsinki y modificaciones posteriores. Se solicitó la aprobación del comité ético de nuestro hospital.

Resultados.

Se han revisado 54 pacientes valorados por UCP durante 6 años (2.012-2.017). De ellos se han excluido 6 por no disponer de todos los datos del protocolo de recogida.

Se han incluido 48 pacientes con una edad media de 70 años, mediana de 75 (43-89). En cuanto al sexo, 41(85,4 %) eran varones y 7(14,6 %) mujeres. La etiología del CHC se describe en la Tabla 1.

Entre los antecedentes personales se recogieron: 26(54,1 %) pacientes con hábito tabáquico (10 fumadores activos, 9 exfumadores y 7 diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica), 20(41,6 %) ex bebedores de alcohol, 32(66,6 %) con HTA, 26(54,1 %) con DM tipo 2, 5(10,4 %) con dislipemia, 5(10,4 %) con cardiopatía (3 de etiología isquémica, 2 hipertensiva), 3(6,2 %) con enfermedad renal crónica no terminal, 3(6,2 %) con otras

Tabla 1: Etiología del carcinoma hepatocelular.

Causas		Nº pacientes (n=48)	
Factor único	VHC	5 (10,4%)	20 (41,6%)
	OH		14 (29,2%)
	VHB		3 (6,3%)
	Otros		Esteatohepatitis: 2
			Hemocromatosis: 1
	Colangiocarcinoma: 1		
	Desconocido: 1		
Varios factores	VHC + OH		5 (10,4%)
	VHB + OH		1 (2,1%)

*VHC: virus hepatitis C, VHB: virus hepatitis B, OH: ingesta enólica

neoplasias (2 tumores de próstata, 1 colangiocarcinoma).

El estado general del paciente (ECOG) al inicio del seguimiento en UCP fue el siguiente: 2 (4,2%) en grado 1, 23(48%) grado 2, 20(41,6%) grado 3, 3(6,2%) grado 4.

Los pacientes fueron atendidos por UCP mediante derivación a consulta en 32(66,7%) casos o tras hospitalización en 16(33,3%). En las tablas 2 y 3 se exponen los motivos de valoración por UCP y los datos analíticos que presentaban.

El grado de función hepática medido por Child-Pugh fue A en 21(43,7%) casos, B en 23(48%) y C en 4(8,3%). El estadiaje según la clasificación de Barcelona fue B (intermedio) en 5(10,4%) casos, C (avanzado) en 29(60,4%), y D (terminal) en 14(29,2%).

Mediante técnica de imagen (ecografía o TAC) se identificaron CHC como nódulo único ≥ 3 cm en 13(27%) pacientes; multinodulares en 35(73%), de ellos 19 ≥ 3 cm, 16 < 3 cm.

El tratamiento recibido antes de comenzar el seguimiento en UCP fue 58,3%(28/48) quimioembolizaciones, 20,8%(10/48) radiofrecuencia, 18,7%(9/48) embolizaciones con etanol, 4,2%(2/48) resecciones, 4,2%(2/48) trasplantes hepáticos, 33,3%(16/48) sorafenib. En 10(20,8%) casos no se había administrado tratamiento para el CHC, bien por desaconsejarlo la situación clínica o negativa del paciente.

La supervivencia desde que se inició el seguimiento por UCP fue de una mediana de 115 días, media de 150 (7-502).

De los 16 pacientes que tomaban sorafenib: en 5 se suspendió antes de remitir a UCP (4 de ellos por insuficiencia hepática, 1 por lesiones cutáneas vasculares pruriginosas). Once enfermos continuaron sorafenib en UCP, se suspendió cuando empeoró la situación clínica; en dos casos se utilizó regorafenib como segunda línea. La función hepática medida por Child-Pugh fue estadio A en 6 casos, B en 9, C en 1. El estadiaje según la clasificación de Barcelona: B en 1, C en 6, D en 9. La duración del tratamiento con sorafenib desde que se pausó por Digestivo fue de una mediana de 195 días (42-1.185).

Discusión.

Los pacientes que se remiten a la UCP ya se encuentran en estadio avanzado de la enfermedad (grupos B, C y D de la clasificación de Barcelona). Este estadio incluye pacientes con síntomas debidos al tumor (ECOG 1-2), invasión macrovascular (trombosis vascular adyacente o relacionada con el tumor) o extensión extrahepática (metástasis o afectación ganglionar). La mediana de supervivencia es de 6-8 meses y de un 25% al año^{1,4}. En nuestro caso, la mediana de supervivencia fue de casi 4 meses, esto probablemente se deba a que la mayoría de los pacientes valorados se encontraban en estadios C y D.

Tabla 2: Motivos de valoración por UCP.

Ámbito	Motivo	Nº Pacientes
Derivación a consulta (32/48, 66,7 %)	Seguimiento	26
	Mal control del dolor	4
	Astenia	1
	Descompensación edemo-ascítica	1
Ingreso hospitalario (16/48, 33,3 %)	Encefalopatía hepática	7
	Descompensación edemo-ascítica	4
		3
	Infección	1 colangitis 1 PBE* 1 ITU*
	Ictericia	2
	Hemorragia digestiva alta	1

*PBE: peritonitis bacteriana espontánea, ITU: infección del tracto urinario.

Tabla 3: Datos analíticos.

	Media	Mínimo	Máximo
Leucocitos (miles/mcL)	5.804	1.900	12.500
Hemoglobina (g/dl)	10,5	8	12
Hematocrito (%)	37,4	32	45
VCM (fl)	93,8	72	102
Plaquetas (miles/mcL)	136.636	50.000	347.000
Actividad de protrombina (%)	75	28	100
Urea (mg/dL)	45,8	15	93
Creatinina (mg/dl)	0,9	0,4	1,9
Proteínas totales (g/dL)	6,6	5,5	7
Bilirrubina total (mg/dL)	4,3	2	8
GOT/AST (UI/L)	96,7	17	377
GPT/ALT (UI/L)	69	17	354
GGT (UI/L)	415	17	4.382
Fosfatasa alcalina (UI/L)	218	63	1.019
Albúmina (g/dl)	3	2,2	4,2
Sodio (mmol/L)	136,7	122	145
Potasio (mmol/L)	4,6	4	5
Alfa-fetoproteína (ng/mL)	2.375	14	10.000

En el trabajo realizado por Rodríguez de Lope et al, se recogen las características del CHC en España. En el 82% de los casos se trata de pacientes varones con una mediana de edad de 67 años, destacan como principales etiologías el alcohol (35%), VHC (30%)². En nuestro caso, también predomina el sexo varón (85,4%) con una mediana de edad ligeramente superior, 75 años. La causa principal en nuestra muestra fue la hepatopatía por virus C en el 41,6% de los casos, seguido de la ingesta de alcohol en el 29%.

Los síntomas más frecuentes son los relacionados con la enfermedad crónica hepática (ascitis, encefalopatía, ictericia o hemorragia por varices, dolor abdominal, pérdida de peso). También se producirán disnea, caquexia, anorexia y vómitos, entre otros, derivados tanto de la evolución de la hepatopatía como de la progresión tumoral^{6,7}. En nuestro caso, la clínica de consulta difiere según el circuito utilizado; en el grupo de pacientes que precisó hospitalización (33,3%) los motivos de ingreso fueron secundarios a descompensación de la patología hepática; mientras que en los derivados a consulta (66,6%) el síntoma más frecuente fue el mal control del dolor. El seguimiento conjunto de estos pacientes por parte de Digestivo y UCP ha permitido el control de la sintomatología de los enfermos valorados en consulta, con un mayor confort para el enfermo.

Sorafenib es un inhibidor oral de multicitinasa que bloquea la proliferación celular y la neoangiogénesis. Está indicado como primera línea de tratamiento en CHC en estadio avanzado con buen estado funcional. Demostró una mejoría de la supervivencia global con respecto a placebo (mediana de 10,7 meses vs 7,9 respectivamente). La tolerancia es buena, destacan como efectos adversos la diarrea (8%) y los cutáneos (8-16%). En muchos casos se resuelven con ajuste de dosis, sólo precisa suspensión definitiva en el 11%^{1,5,8-13}. En los trabajos realizados en España se recoge una utilización de este fármaco en el 11% de los pacientes con CHC. En nuestro estudio, el 22,9%(11/48) de los enfermos derivados para valoración conjunta por UCP lo estaban tomando; esto probablemente se deba a que la muestra la componen pacientes en estadio avanzado. En el estudio GIDEON⁹, se evaluó de forma prospectiva, no intervencionista la seguridad de sorafenib en pacientes con CHC. La causa más

frecuente para suspender el fármaco, 19,6% de los casos, fue la aparición de efectos secundarios. La mediana de supervivencia global fue de 384 días. En nuestro estudio, sólo en 1 caso precisó suspenderlo tras aparición de lesiones cutáneas vasculares pruriginosas que no mejoraron tras disminuir la dosis. En el resto, se suspendió tras insuficiencia hepática debida al tumor. Nuestros pacientes presentaron una mediana de tratamiento con sorafenib de 195 días, nuestro grado de función hepática y el estadio BCLC son más avanzados que los recogidos en el estudio GIDEON.

En la literatura revisada se recogen estudios que han analizado los efectos de los cuidados paliativos en pacientes con hepatocarcinoma^{14,15}. Todos coinciden en la importancia de controlar los síntomas para conseguir un mayor confort tanto del paciente como de la paciente y evitar en lo posible las hospitalizaciones.

Tras revisar la literatura no hemos encontrado trabajos similares que nos permitan comparar nuestros resultados con otras UCP. Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentran el tratarse de un estudio retrospectivo y con un pequeño tamaño muestral, lo que limita la extracción de conclusiones extrapolables a otras poblaciones. En cualquier caso, consideramos que el seguimiento conjunto de los pacientes por Digestivo y UCP ha permitido la valoración y el seguimiento de forma ambulatoria en el 67% de los casos.

Bibliografía

1. European Association for the Study of the liver. EASDL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2018; 69:182-236.
2. Rodríguez de Lope C, Reig M, Matilla A, Ferrer MT, Dueñas E, Mínguez B, et al. Características clínicas del carcinoma hepatocelular en España. Comparación con el período 2008-2009 y análisis de las causas del diagnóstico fuera de cribado. Estudio de 686 casos en 73 centros. *Med Clin (Barc)* 2017;149:61-71.
3. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65:87-108.

4. Martínez J, Lledó JL, Aicart-Ramos M, Mateos B, Albillos A. Carcinoma hepatocelular. *Medicine* 2016;12:683-692.
5. Armengol C, Sarrias MR, Sala M. Carcinoma hepatocelular: presente y futuro. *Med Clin (Barc)* 2018;150:390-307.
6. Schwartz JM, Carithers RL. Clinical features and diagnosis of primary hepatocellular carcinoma. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January, 2017).
7. Kumar M, Panda D. Role of supportive care for terminal stage hepatocellular carcinoma. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*;2014;4:S130-S139.
8. Abdalla EK, Stuart KE. Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on January, 2017).
9. Turnes J, Díaz R, Hernandez-Guerra M, Gómez M, Castells L, Bustamante J, et al. Decisiones terapéuticas en el tratamiento del carcinoma hepatocelular y patrones de uso de sorafenib. Resultados del estudio internacional observacional GIDEON en España. *Gastroenterol Hepatol* 2015;38:263-273.
10. Forner A, Rodríguez de Lope C, Reig M, Bruix J. Tratamiento del carcinoma hepatocelular avanzado. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33:461-468.
11. Chavez Hernández NH, Sánchez Cruz AA. Serie de casos de pacientes con hepatocarcinoma tratados con sorafenib como terapia puente a quimioembolización y finalmente como paliativo. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2016;15:195-198.
12. Bruix J, Reig M, Sherman M. Evidence-based diagnosis, staging, and treatment of patients with hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2016;150:835-853.
13. Ziogas IA, Tsoulfas G. Evolving role of sorafenib in the management of hepatocellular carcinoma. *World J Clin Oncol* 2017;8:203-213.
14. Mudumbi SK, Bourgeois CE, Hoppman NA, Smith CH, Verma M, Bakitas MA, et al. Palliative care and Hospice Interventions in decompensated cirrhosis and hepatocellular carcinoma: a rapid review of literatura. *J Palliat Med* 2018;21:1177-1184.
15. Woodrell CD, Hansen L, Schiano TD, Goldstein NE. Palliative care for people with hepatocellular carcinoma, and specific benefits for older adults. *Clin Ther* 2018;40:512-525.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL
C/ Obispo Rafael Torija S/N
13005 Ciudad Real
Teléfono: 926278000



Castilla-La Mancha

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Hospital General
Universitario
de Ciudad Real

