



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Febrero 2014; Vol. X Nº 1

Versión digital ISSN:1578-7516

EDITORIAL

1. Cruz Guerra N; Director de la revista Nuevo Hospital
-

ORIGINALES

2. **Valoración del grado de dependencia de los pacientes de neumología hospitalizados**

Martín Vaquero Y
Gómez Peroy MP
Reguilón Hernández R

10. **Insuficiencia cardiaca en fases avanzadas y cuidados paliativos**

de la Vega Lanciego A
Chimeno Viñas MM
Palomar Rodríguez LM
Seisdedos Cortés L
Borja Andrés S

NOTA CLÍNICA

17. **Endocarditis por marcapaso. A propósito de un caso**

Maita Linares K

19. Normas de Publicación

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretario

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Comité Editorial

Mar Burgoa Arenales
Juan Carlos García Vázquez
Beatriz Muñoz Martín
Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Diseño y realización:
Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 nº al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :
revistanuevohospital@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

Presentamos el primer número del 2014, correspondiente al cuarto año de vida de nuestra publicación. Confío en la progresiva consolidación de la misma, tomando como base el respaldo que los números previos otorgan. Nunca será excesiva la perseverancia en la transmisión de la importancia que la revista Nuevo Hospital posee como manifestación de la inquietud de desarrollo del conocimiento de muchos miembros de este Complejo Asistencial.

Destaco la ya tradicional implicación del servicio de Medicina Interna a través del aporte de sus residentes, en esta ocasión mediante una revisión acerca de la insuficiencia cardiaca congestiva avanzada y su vertiente de cuidados paliativos. En el ámbito de la dependencia (de especial relieve en nuestro medio, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional), se sitúa asimismo el trabajo presentado por Martín Vaquero y colaboradores. De igual forma, y no por mencionarlo en último lugar, menos importante, sino todo lo contrario, me satisface especialmente la nota clínica aportada por la Dra Maita Linares, en tanto es la primera residente de Medicina Familiar y Comunitaria en enviarnos su trabajo, y que me da pie a reiterar la importancia de una mayor implicación por parte del personal en formación en la potenciación de Nuevo Hospital.

Como siempre, transmito en nombre del Comité Editorial a los autores de las publicaciones de este número, el agradecimiento por el trabajo realizado, y aprovecho como es habitual estas líneas para saludar a todos los miembros del Complejo Asistencial, animando a la lectura de este nuevo número.

Nicolás Alberto Cruz Guerra
Director de la revista Nuevo Hospital

EDITORIAL

Valoración del grado de dependencia de los pacientes de neumología hospitalizados.

Martín Vaquero Y

Supervisora de la Unidad de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de Enfermería. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Gómez Peroy MP

Supervisora de la Unidad de Neumología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Reguilón Hernández R

Diplomada Universitaria en Enfermería. Unidad de Pruebas Especiales. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

E-mail: ymartino@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Objetivos: En los pacientes hospitalizados está aumentado el nivel de dependencia tanto por el incremento de la edad como por las múltiples patologías asociadas. Ambos factores, edad y nivel de dependencia, deben tenerse en cuenta en la gestión de los cuidados enfermeros en los centros hospitalarios. Determinar las características de los usuarios, especialmente su nivel de dependencia, es un factor determinante para establecer estas necesidades y nos permite planificar los cuidados de forma individualizada.

Los objetivos planteados son valorar y conocer la dependencia a los cuidados de Enfermería que nuestros pacientes presentaron durante el año 2011, focalizando el estudio en el grado de dependencia de los pacientes ingresados en la Sección de Neumología del Hospital Virgen de la Concha y determinar en qué actividades de la vida diaria se presentan más limitaciones de cara a la autonomía del paciente.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes ingresados en Neumología durante el año 2011 a través de la revisión del histórico en historia de enfermería gestionada con el aplicativo GACELA CARE del índice de Barthel.

Resultados: En la muestra de pacientes analizadas se obtiene que existe mayor grado de dependencia de cuidados de Enfermería en pacientes con más edad. No se encuentra relación del grado de dependencia

con la existencia de comorbilidad o con el tipo de dolencia respiratoria. Las actividades que presentan más limitaciones, dependencia y/o ayuda son las que se relacionan con la movilidad.

Conclusiones: Mayor dependencia en función de la edad, especialmente con respecto a aquellas actividades relacionadas con la movilidad. La escala de Barthel permite valorar objetivamente el nivel de dependencia de las personas, facilitando la planificación de los cuidados.

PALABRAS CLAVE

Nivel de dependencia. Escala de Barthel. Cuidados de enfermería.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

Existe una clara interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. El nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados ha aumentado, influido no sólo por la edad, sino por las múltiples patologías que estos pacientes tienen asociadas. Tanto la edad como el nivel de dependencia son dos factores importantes a considerar en la gestión de los cuidados enfermeros en los centros hospitalarios. La edad es un factor predecible por sí mismo del nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados^{1,2}.

En los hospitales los recursos personales en las unidades de hospitalización se distribuyen según el número de pacientes ingresados; sin embargo, son las condiciones particulares de cada paciente las que determinan los recursos necesarios para su cuidado y aquéllas se deberían tener en cuenta para una optimización del uso de estos³. Lograr que el paciente sea independiente lo antes posible es el objetivo de nuestros cuidados, y el fundamento del "Modelo de Cuidados de Virginia Henderson"; el individuo requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La salud es la capacidad que posee una persona para satisfacer de manera independiente sus necesidades básicas. El objetivo de la enfermería es mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades fundamentales. El foco de actuación de la enfermera es el área de dependencia del paciente. Determinar las características de los usuarios, especialmente su nivel de dependencia, es esencial para establecer estas necesidades y nos permite planificar los cuidados de forma individualizada. Para dicha planificación es necesario valorar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) al ingreso para disponer de datos objetivos sobre la carga de trabajo, fundamentalmente de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, durante la hospitalización, a la vez que nos facilita la valoración de su evolución. El Índice de Barthel es una herramienta útil en este sentido³⁻⁶.

OBJETIVOS

Valorar y conocer la dependencia de cuidados de Enfermería durante el año 2011, de los pacientes ingresados en la Sección de Neumología de nuestro Hospital.

Determinar en qué actividades de la vida diaria se presentan más limitaciones para la autonomía del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados durante el año 2011. Los criterios de inclusión son todos los ingresos de Neumología en la 6ª planta del Hospital Virgen de la Concha, excluyéndose los ingresos de otra Especialidad.

La recopilación de datos se realiza a través de la historia de enfermería gestionada con el aplicativo GACELA CARE a través de la revisión del histórico de los datos que se registran en la labor asistencial.

El análisis de datos se realiza con el programa estadístico SPSS 11.2, estableciéndose la significación estadística en $p < 0.05$.

Como instrumento de recogida de datos se utilizó una hoja de datos de elaboración propia donde se registran variables epidemiológicas (edad y sexo), relacionadas con su salud (si presentaba o no patología asociada), diagnóstico principal de ingreso y duración del episodio, así como el índice de Barthel (anexo 1).

El profesional de Enfermería de Neumología realiza la valoración mediante el Índice de Barthel (IB) de forma protocolaria a todos los pacientes en el momento del ingreso. El IB es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia^{1,4,6}. Es una medida de la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con demostrada validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar y no supone ni riesgo ni molestias para los pacientes. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de capacidad para realizar diez actividades básicas.

Se clasifican en tres dimensiones: de autocuidado (alimentación, baño/ducha, arreglo personal, uso de retrete y vestirse), de movilidad (traslado cama-silla, deambulación y subir-bajar escaleras), y funciones corporales (control intestinal y vesical).

Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Son diez actividades a las que se le pueden asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre cero (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). De 0 a 90 puntos si usa silla de ruedas. La escala de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las limitaciones específicas de cada persona.

RESULTADOS

La población objeto de estudio que cumple los criterios de inclusión es de 900 pacientes, seleccionándose de estos una muestra aleatoria de 100 pacientes. De los sujetos estudiados, los principales datos obtenidos se reflejan a continuación:

Edad media de 69,6 años (DE: 17,3) en un rango entre 15 y 92 años. La distribución por sexo resultante fue: hombres 63%, mujeres 37% (figura 1). Media de días de ingreso igual a 8,2 (DE: 5,6), el rango desde un día mínimo hasta 28 días máximo.

La distribución de comorbilidades de los pacientes de la muestra es la siguiente: 45 pacientes con ninguna, 3 fumadores activos, 9 diabetes, 10 hipertensión arterial, 3 dislipemias, 2 obesidad, 6 oxigenoterapia, 1 etilismo, 21 restantes con varias de las anteriores (figura 2).

El diagnóstico de ingreso fue: 18 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 9 asma, 13 neumonía, 10 infección respiratoria, 7 tromboembolismo pulmonar (TEP), 1 enfermedad intersticial, 6 neumotórax, 12 insuficiencia respiratoria, 6 neoplasia pulmonar, 2 hemoptisis, 1 tuberculosis, 3 derrame pleural, 4 traumatismo torácico, 8 punción pulmonar. (figura 3).

Los resultados del índice de Barthel obtenidos fueron: media de puntos 76,6 (DE: 31,6). Número de pacientes en función del grado de dependencia: 8 total, 6 grave, 6 moderada, 31 leve, 40 independiente (figura 4)

Sólo se ha encontrado relación estadísticamente significativa del grado de dependencia con la edad ($p < 0.042$).

Los porcentajes de dependencia o ayuda de las dimensiones de la escala fueron: alimentación 22%, lavarse 35.2%, vestirse 38.5%, deposición 14.3 %, micción 23.1%, uso retrete 38.5%, traslado cama-sillón 41.8%, deambulación 30.8 %, subir-bajar escaleras 39.6% (figuras 5a y 5b).

Del análisis del grado de dependencia según el diagnóstico al ingreso destaca: EPOC 50% independientes, asma 62.5%, neumonía 50%, TEP 43%, neumotórax 40%, insuficiencia respiratoria 9.1%, neoplasias 66.7%, hemoptisis 100%, punción pulmonar 57%, derrame pleural 66,7%, traumatismo torácico 100% con algún grado de dependencia (figura 6).

Al igual que en otros estudios⁷ se concluye que el grado de dependencia está aumentando por la edad y pluripatología-comorbilidad, lo que incrementa la carga de trabajo de Enfermería, siendo esto más significativo con respecto a los ítems de deambulación y arreglo personal.

CONCLUSIONES

En la muestra de pacientes analizada existe mayor grado de dependencia de cuidados de Enfermería en aquellos con más edad.

No se encuentra relación del grado de dependencia con la existencia de comorbilidad o con el tipo de dolencia respiratoria, pero esto pudiera deberse al tamaño de la muestra analizada.

Las actividades que presentan más limitaciones, dependencia y/o ayuda son las que se relacionan con la movilidad (traslado casa-sillón, subir-bajar escaleras, uso de retrete), y autocuidados (vestirse-lavarse).

Las de mayor independencia son las correspondientes a funciones corporales (control intestinal y vesical) y alimentación.

La escala de Barthel permite valorar objetivamente el nivel de dependencia de las personas, facilitando la planificación de los cuidados. El resultado se debería de tener en cuenta para establecer las necesidades de las unidades de hospitalización en función no únicamente del número neto de pacientes presentes.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Isabel García Arroyo (Licenciado Especialista Sanitaria del Servicio de Neumología), al Dr. Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación del Complejo Asistencial de Zamora) y a todas la compañeras del Servicio de Neumología por su apoyo y colaboración durante el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. García García MA, Tajadura Albillos MC, Gil Millán P, Millán Cuesta B. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enferm Global (Esp)*. 2011; 10 (4): 19-38.
2. Alonso Pérez L, Ezcurra Loyola A, Amilibia Garaizabal L, González Ignacio A, Guridi Amenabar M. Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. *Metas Enferm*. 2006; 9: 18-24.
3. Sánchez Ramos L, Blázquez Hernández R, Herrero Cecilia I, Martín Merino G, Páez Borda

- A. Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos. *Enfuro*. 2007; (104): 36-9.
4. Leno González D, Fernández Mateo M, Leno González JL, Lozano Guerrero MJ. Índice de Barthel: ¿adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria?. *Enferm Global (Esp)*. 2008; 7 (3): 1-9.
 5. Blanca Gutierrez JJ, Caraballo Núñez MA, Luque Pérez M, Muñoz Segura R. El aumento de la independencia de los pacientes en el hospital. *Enferm Global (Esp)*. 2009; 8 (2): 1-12.
 6. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 127-37.
 7. Ochoa Alfaro B, González Castillo S, Santesteban de la Concepción A, García Castillejo MJ, Barricarte Navarro E, Zapatería Azcona C. Análisis de grado de dependencia de los pacientes en programa de hemodiálisis periódica en un hospital comarcal. En: Libro de Ponencias: XXXIV Congreso Nacional SEDEN. Madrid; SEDEN, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 2009. p. 2-5.

TABLAS Y FIGURAS

Nº **NHC:**
EDAD: **SEXO:** HOMBRE MUJER
FECHA INGRESO: **FECHA ALTA:** **DÍAS DE INGRESO:**

	DIAGNOSTICO DE INGRESO		ANTECEDENTES MEDICOS:
1	EPOC	0	NINGUNA
2	ASMA	1	TABAQUISMO
3	NEUMONIA	2	DIABETES
4	INFECCION RESP.	3	HTA
5	INFECCION INTRAHOSPIT.	4	DISLIPIDEMIA
6	NEOPLASIA	5	OBESIDAD
7	TEP	6	OXIGENOTERAPIA
8	ENF. INTERSTICIAL	7	ETILISMO
9	NEUMOTÓRAX	8	VARIOS DE LOS ANTERIORES
10	PAAF PULMONAR		
11	HEMOPTISIS		
12	TUBERCULOSIS		
13	DERRAME PLEURAL		
14	TRAUMATISMO TORÁCICO		

Nivel de Dependencia según Puntuación Total:

Escala Barthel

	0	1	2	3
Alimentación	Dependiente	Necesita ayuda	Independiente	
Lavarse	Dependiente	Independiente		
Vestirse	Dependiente	Necesita ayuda	Independiente	
Arreglarse	Dependiente	Independiente		
Deposición	Incontinente	Incontinente ocasional	Continente	
Micción	Incontinente	Incontinente ocasional	Continente	
Uso del retrete	Dependiente	Necesita ayuda	Independiente	
Traslado cama/sillón	Dependiente	Gran ayuda	Mini ayuda	Independiente
Deambulación	Dependiente	Silla ruedas	Necesita ayuda	Independiente
Subir /bajar Escaleras	Dependiente	Necesita ayuda	Independiente	

Anexo 1.

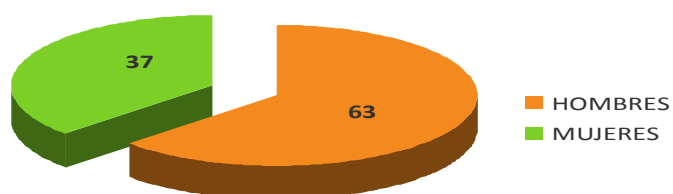


Figura 1. Distribución por sexo.

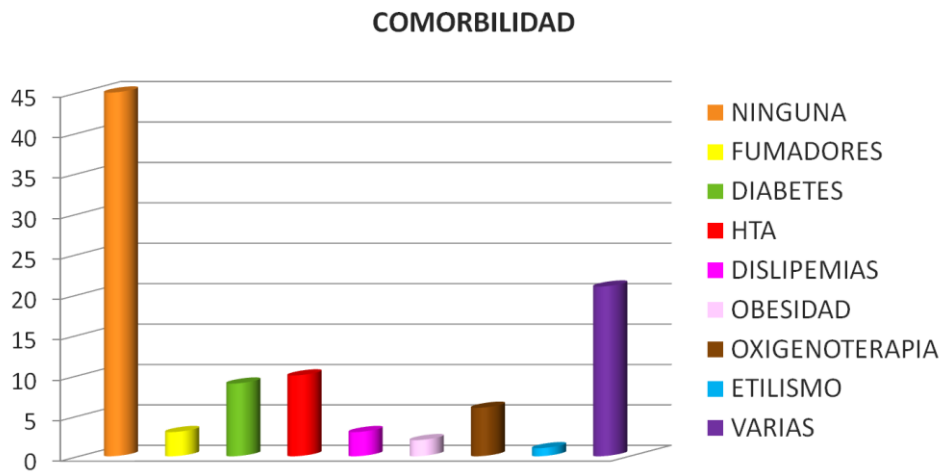


Figura 2. Comorbilidad de los pacientes.

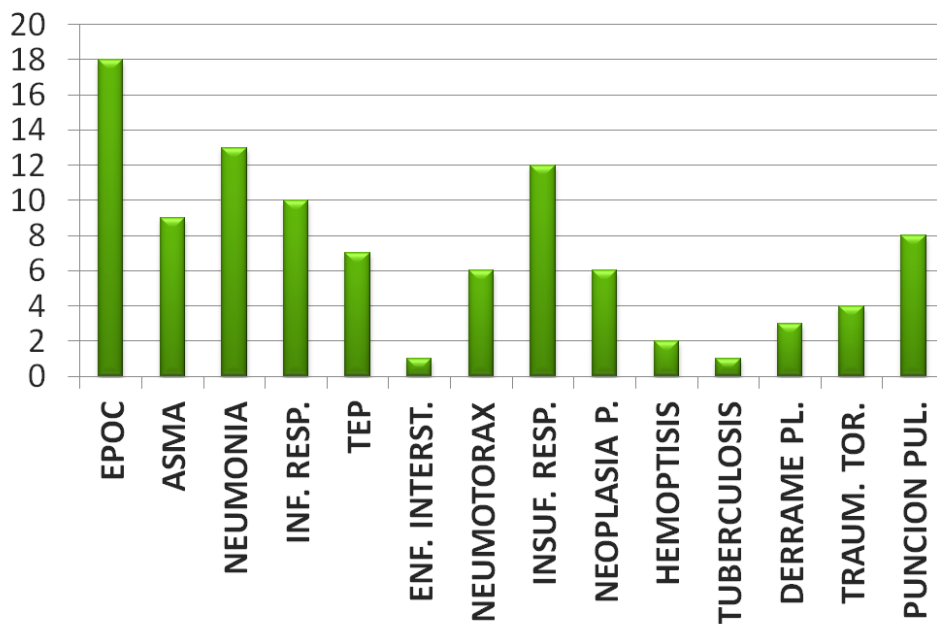


Figura 3. Distribución por diagnóstico de ingreso.

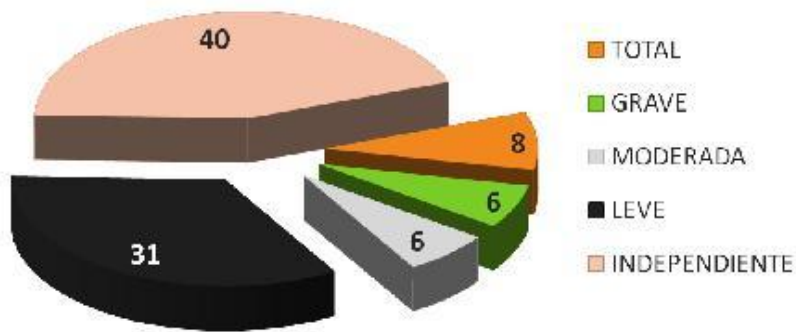


Figura 4. Porcentajes de dependencia o ayuda/ independencia

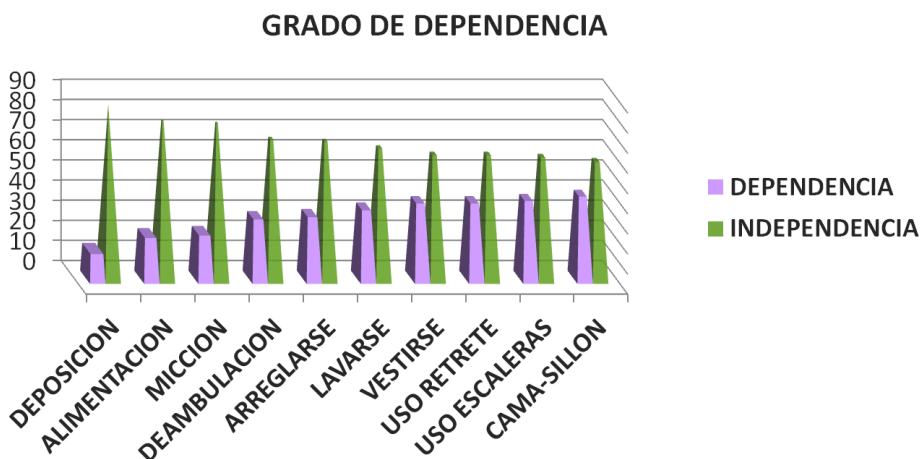


Figura 5a. Grados de dependencia según ítem de índice de Barthel.

	dependencia/ ayuda	independencia
deposicion	14,3	85,7
alimentacion	22	78
miccion	23,1	76,9
deambulacion	30,8	69,2
arreglarse	31,9	68,1
lavarse	35,2	64,8
vestirse	38,5	61,5
uso retrete	38,5	61,5
subir-bajar escaleras	39,6	60,4
traslado cama- sillón	41,8	58,2

Figura 5b. Grados de dependencia según ítem de índice de Barthel.

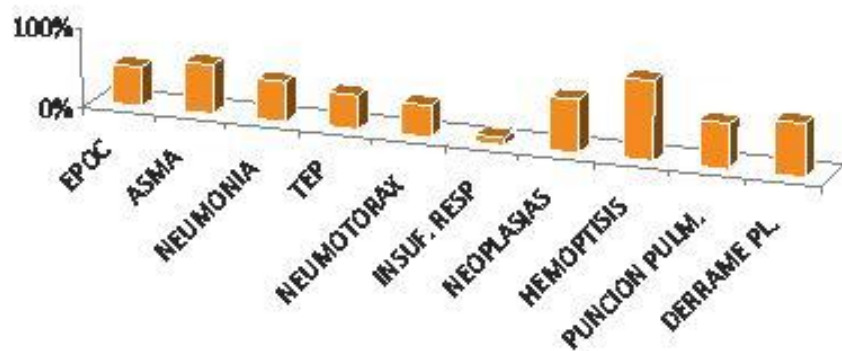


Figura 6. Grado de dependencia según el diagnóstico al ingreso.

Insuficiencia cardiaca en fases avanzadas y cuidados paliativos.

De la Vega Lanciego A

MIR de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).

Chimeno Viñas MM

Licenciada Especialista Sanitaria. Tutora coordinadora de Residentes de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).

Palomar Rodríguez LM

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).

Seisedos Cortés L

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora (España).

Borja Andrés S

Licenciado Especialista Sanitario. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. (España).

E-mail: dradelavega@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Actualización sobre insuficiencia cardiaca en fase terminal y el papel de los cuidados paliativos.

Material y métodos: Revisión de la literatura publicada, mediante la herramienta PubMed.

Resultados: La insuficiencia cardiaca es una patología prevalente en la actualidad, dado el aumento de la esperanza de vida y los avances médicos. Ha aumentado su progresión a fase crónica, con descompensaciones frecuentes, donde los cuidados paliativos pueden entrar en juego.

Conclusiones: La identificación de las necesidades de estos cuidados paliativos es difícil. Para ello existen diversos índices como el instrumento NECPAL (identificación de pacientes) así como algunos índices pronósticos.

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca avanzada. Cuidados paliativos. Paciente oncológico. Terminalidad. Marcadores pronósticos.

ORIGINAL

1. IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) continúa en alza en los países occidentales debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, constituyendo una de las epidemias del siglo XXI (figura 1a).

En España, la prevalencia se estima en el 6,8 % de la población mayor de 45 años, elevándose hasta un 16 % si se consideran a los mayores de 75 años. Respecto a la incidencia, ésta es de uno a cinco nuevos casos/ año por cada 1000 habitantes, y hasta

40 nuevos casos/ año cuando se considera a la población de más 75 años de edad.

La IC es uno de los diagnósticos más frecuentes al alta hospitalaria, especialmente en mayores de 65 años siendo responsable de hasta 80000 ingresos anuales¹. También es responsable de un gran número de reingresos hospitalarios provocando un lento declive en la capacidad funcional y en la calidad de vida².

Aproximadamente el 50 % de los pacientes, después del diagnóstico de insuficiencia cardiaca, morirá a los cinco años, siendo la mortalidad al año del 32 %³ (figura 1b). Se estima que hasta un 40 % de las muertes será por progresión de la enfermedad.

Esta mortalidad es superior en mayores de 75 años cuyo índice de comorbilidad de Charlson ≥ 3 ⁴. En un estudio con datos recogidos en Escocia se ha considerado que tiene mayor mortalidad a tres y cinco años que cánceres como los de mama, próstata, colon y cérvix, y menor que el cáncer de pulmón en varones y ovario en mujeres³.

Debido a los importantes avances, el uso de betabloqueantes, desfibriladores automáticos, etc, cada vez encontraremos menos pacientes cuyo desenlace sea la muerte súbita (40 %), y aumenta el porcentaje de pacientes que fallecerán por progresión a fase crónica terminal⁵. Estos pacientes que progresarán a insuficiencia cardiaca avanzada (lo que se llamaría estadio D, síntomas pese a tratamiento médico intensivo)⁶ se considerarán refractarios. Las pautas de tratamiento, en el mejor de los casos, sólo logran retardar la evolución, pero no detener la progresión.

Sin embargo, estos pacientes tienen menos opciones y acceso más limitado a los cuidados médicos de apoyo y paliativos, por la dificultad para pensar en esta enfermedad como una enfermedad terminal.

Hay que tener en cuenta, que las trayectorias son distintas al final de la vida en pacientes con enfermedad crónica progresiva. Levenson explica las diferencias entre las trayectorias desde el diagnóstico hasta el fallecimiento (figuras 2a y 2b). La de la insuficiencia cardiaca avanzada será distinta que en otras patologías como el cáncer. A diferencia de éste, se producen episodios de deterioro agudo con múltiples crisis y recuperación parcial, sin volver a la funcionalidad previa⁷.

Las descompensaciones recurrentes y los síntomas que deterioran la calidad de vida han hecho que los cuidados paliativos sean importantes en este ámbito⁸ y se recomiendan con nivel de evidencia IA en las guías del American College of Cardiology/ American Heart Association.

2. DEFINICIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA. CRITERIOS DE TERMINALIDAD. INSTRUMENTO NECPAL.

Hablamos de enfermedad terminal en el caso de carácter avanzado en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva según el documento correspondiente a la Declaración sobre la atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos de enero de 2002).

Se define como insuficiencia cardiaca refractaria, cuando se ha convertido ya en rebelde a las posibilidades terapéuticas⁹. Sin embargo, la identificación de las necesidades de cuidados paliativos en estos pacientes es difícil de establecer. Dicha falta de identificación hace que en algunos casos los pacientes fallezcan en hospitales de agudos con tratamiento activo para la insuficiencia cardiaca debido a que la respuesta es impredecible e individual. Faltan factores con sensibilidad y especificidad elevada para predecir la mala evolución del proceso.

Generalmente, la reiteración en la hospitalización de un paciente es indicativa de que el ingreso en una unidad de cuidados paliativos reportaría una atención más adecuada, y al menos, una reducción del número de estancias hospitalarias (la decisión debería ser tomada en conjunto, con el paciente, cuidadores, médicos y la familia). Tres o más hospitalizaciones en edad de más de 85 años se asocian a una supervivencia de un año o menos según los resultados de un estudio retrospectivo¹⁰.

Los modelos tradicionales en Medicina consideraban excluyentes curación y tratamiento paliativo. Es más aconsejable un modelo integrador de ambos aspectos.

El nuevo modelo de cuidados paliativos se centra en mantener y mejorar la calidad de vida durante

cualquier estadio de la enfermedad⁸. Aunque se han desarrollado varios modelos para evaluar el pronóstico, el más validado es el Seattle Heart Failure Model. Este emplea características clínicas para predecir mortalidad a uno, dos y cinco años: edad, sexo, clase de la NYHA, presencia de enfermedad isquémica y peso; aunque algunos estudios recientes sugieren que en pacientes muy avanzados subestima el riesgo^{11,12}.

Ningún modelo predice con exactitud qué pacientes se encuentran en el último año. Esto crea una dificultad en los clínicos para determinar cuándo es el momento indicado para los cuidados paliativos^{3,8}.

La National Hospice Organization norteamericana elaboró en 1996 unos criterios¹³ que sirvieran para seleccionar a los pacientes que debían ingresar en un "hospicio" basado en factores predictivos de alta mortalidad en seis meses³. Sería preciso: que el paciente y familia estuvieran informados; que el objetivo fuera paliar los síntomas; que la progresión de la enfermedad estuviera documentada; y que hubiera desnutrición por el proceso terminal. Sin embargo, es necesario añadir que hubiera acuerdo de varios facultativos, que estuvieran contraindicadas técnicas quirúrgicas, hiponatremia, etc.

Según Ellershaw¹⁴, para identificar a un paciente terminal durante un ingreso por insuficiencia cardiaca debería haber: a) un empeoramiento clínico a pesar de los ingresos; b) ausencia de desencadenante; c) no mejoría a pesar del tratamiento; d) deterioro de la función renal; e) ausencia de respuesta tras dos o tres días de cambios en el tratamiento diurético o vasodilatador; f) niveles elevados de valores séricos de péptidos natriuréticos.

El británico Pronostic Indicator Guidance (PIG-GSF)¹⁵, usa un algoritmo con sólo tres pasos:

- La «pregunta sorpresa»: ¿estaría sorprendido si este paciente falleciera en los próximos 6-12 meses?
- La presencia de indicadores de deterioro general o de necesidad de cuidados (deterioro del estado general, comorbilidad, dependencia funcional y otros)
- La presencia de indicadores clínicos específicos (descritos para el cáncer, enfermedades de órgano y un grupo inespecífico de fragilidad y demencia).

Hoy en día, se está avanzando en la medida de la "fragilidad", que tiene mayor capacidad pronóstica y explicativa que la mayoría de los índices usados en paliativos no oncológicos¹⁶.

Marcadores "predictores de mal pronóstico en insuficiencia cardiaca" son: función renal deteriorada, arritmias, caquexia, hospitalizaciones recurrentes, anemia, hiponatremia, etc. Además, existen parámetros útiles en la valoración del pronóstico como son: edad, estado funcional según la NYHA, parámetros como creatinina, elevación de troponina, NT, NproBNP, parámetros ecocardiográficos, y la cistatina C (esta última actualmente en investigación)¹.

Recientemente se ha elaborado el instrumento NECPAL¹⁷ (tabla I), que pretende **identificar** enfermos que requieren medidas paliativas, en servicios generales, centros sociosanitarios, atención primaria, etc. Está basado en el PIG (Pronostic Indicator Guidance)¹⁵, para la identificación de pacientes en situación terminal. Aunque su validez predictiva es objeto de estudio actualmente. Está indicado para personas con enfermedades crónicas evolutivas avanzadas:

1. Paciente oncológico.
2. Paciente con enfermedad pulmonar crónica especialmente afectado por la enfermedad.
3. Paciente con enfermedad cardiaca crónica especialmente afectado por la enfermedad.
4. Paciente con enfermedad neurológica crónica (ELA, ACV, EM, Parkinson,...).
5. Paciente con enfermedad hepática crónica.
6. Paciente con enfermedad renal crónica.
7. Paciente con demencia especialmente afectado por la enfermedad.
8. Paciente geriátrico, en situación de fragilidad particularmente avanzada.
9. Paciente que sin estar incluido ha precisado ser atendido con más intensidad.

No contraindica ni limita el tratamiento específico de la enfermedad. No sirve para determinar pronóstico o supervivencia, ni para contraindicar medidas de control de enfermedad, definir criterio de intervención de equipos paliativos o rechazar medidas terapéuticas curativas.

Se considera identificación positiva cualquier paciente con: pregunta sorpresa con respuesta negativa y al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta positiva. Este instrumento combina evaluaciones de percepción subjetiva, con

necesidades percibidas, parámetros de severidad y progresión, aspectos emocionales, y uso de recursos.

Como conclusión podemos decir que existe dificultad para identificar al paciente con insuficiencia cardíaca avanzada, aunque hay instrumentos que nos pueden ayudar.

En lo referente al pronóstico en enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (tabla II).

BIBLIOGRAFÍA

1. Farráis Villalba M, Rodríguez Esteban M. Marcadores pronósticos en la insuficiencia cardíaca. Situación actual. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134: 310-11.
2. Cowie MR, Fox KF, Wood DA, Metcalfe C, Thompson SG, Coats AJ, et al. Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*. 2002; 23: 877-85.
3. Formiga F, Manito N, Pujol R. Insuficiencia cardíaca terminal. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128: 263-7.
4. Jong P, Vowinckel E, Liu PP, Gong Y, Tu JV. Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized for heart failure: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1689-94.
5. Zacharias H, Raw J, Nunn A, Parsons S, Johnson M. Is there a role for subcutaneous furosemide in the community and hospice management of end-stage heart failure?. *Palliat Med*. 2011; 25: 658-63.
6. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. Palliative care in the treatment of advanced heart failure. *Circulation*. 2009; 120: 2597-606.
7. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. Review article: a model of palliative care for heart failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009; 26: 399-404.
8. Shah AB, Udeoji DU, Baragoush A, Bharadwaj P, Yennurajalingam S, Schwarz ER. An evaluation of the prevalence and severity of pain and other symptoms in acute decompensated heart failure. *J Palliat Med*. 2013; 16: 87-90.
9. Kini V, Kirkpatrick JN: Ethical challenges in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013; 7: 21-8.
10. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. *Am Heart J*. 2007; 154: 260-6.
11. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation*. 2006; 113: 1424-33.
12. Kalogeropoulos AP, Georgiopoulou VV, Giamouzis G, Smith AL, Agha SA, Waheed S, et al. Utility of the Seattle Heart Failure Model in patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53: 334-42.
13. Stuart B, Alexander C, Arenella C. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2nd edition. Arlington, VA: National Hospice Organization; 1996.
14. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003; 326: 30-4.
15. The gold standards framework. Prognostic Indicator Guidance. Revised Vs 5. Sept 2008. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2013]. Royal Collage of General Practitioners. Disponible en: <http://www.goldstandardsframework.org.uk>
16. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011; 305: 50-8.
17. Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO®. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140: 241-5.

TABLAS Y FIGURAS

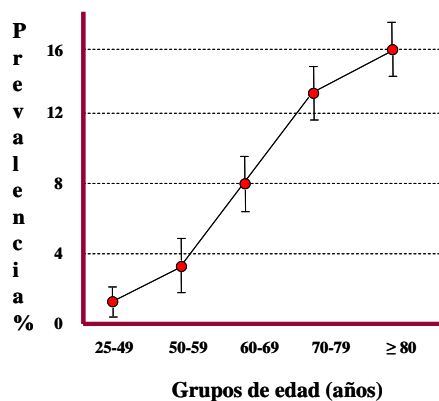


Figura 1a

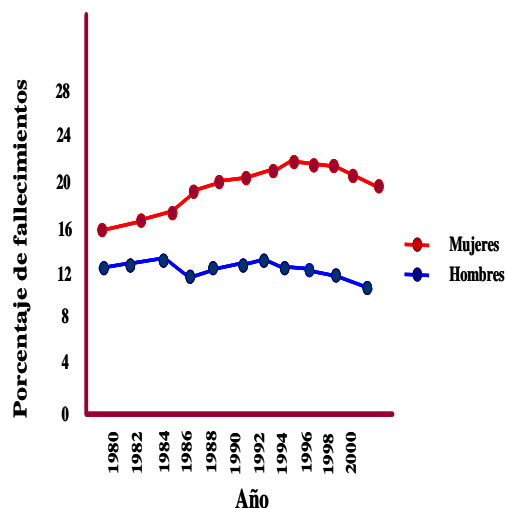


Figura 1b

Fuente fig. 1a: Instituto Nacional de Estadística. Boletín anual de estadística. Instituto Nacional de Estadística (INE) 2007

Fuente fig. 1b: Adaptado de Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P, Banegas Banegas JR, del Rey Calero J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain. 1980-1993. Eur Heart J. 1997;v 18: 1771-9.

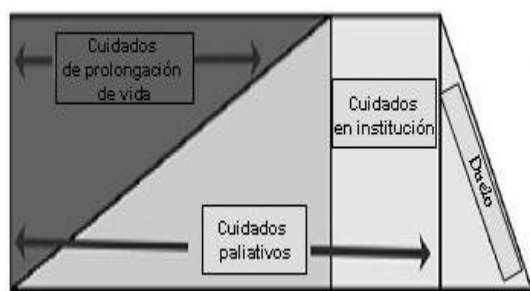


Figura 2a

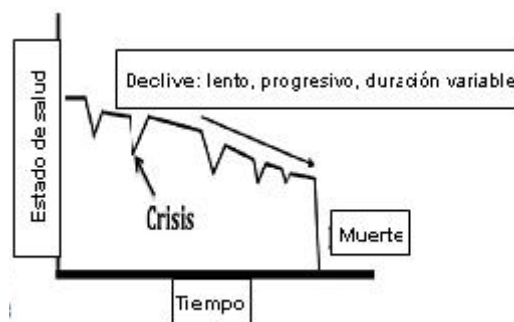


Figura 2b

Figuras 2a y 2b. Modelo integrador de cuidados paliativos y evolución típica del fallo cardiaco.

Fuente: Adaptado de Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. J Am Geriatr Soc. 2000; 48 (5 suppl): S101-S109.

INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®
 (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿El paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estado III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas	
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estado IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica– también en estado III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico	
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)	
ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estado III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de pecho o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)	
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antifislagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras por decúbito estado 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC	
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria	
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estado C o D (BCLC)	
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante	
DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)	

Tabla I.

-
1. Insuficiencia cardíaca congestiva recurrente con repetidos ingresos hospitalarios
 2. Clase funcional IV de NYHA, persistente
 3. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo <20%
 4. Administración del tratamiento óptimo
 5. Contraindicación para trasplante cardíaco
-

Tabla II.

Criterios de la National Hospice Organization para la definición de insuficiencia cardíaca terminal.

Endocarditis por marcapaso. A propósito de un caso.

Maita Linares K

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud de Zamora. Zamora (España).

E-mail: cattym1@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Endocarditis bacteriana, Estenosis aórtica severa, Marcapasos.

ORIGINAL

Mujer de 45 años, portadora de marcapaso definitivo DDD desde hace 10 meses tras episodios de síncope por bradicardia extrema y válvula aórtica bicúspide con estenosis leve. Es referida por Médico de Atención Primaria por cuadro de disnea, fiebre hasta 39°C y tiritona, con auscultación de soplo sistólico en foco aórtico e irradiación a carótidas.

Es valorada e ingresada por el Servicio de Cardiología, realizándose ecocardiografía transesofágica (ETE) con evidencia de estenosis aórtica severa e imágenes de verrugas en válvulas aórtica y tricúspide.

Se inició tratamiento con vancomicina, cefalosporina y rifampicina, retirándose el dispositivo del marcapaso. Tras cinco semanas de tratamiento y persistencia de imágenes de vegetaciones se procede a sustitución quirúrgica de válvula aórtica con implantación de prótesis mecánica, así como extracción de verrugas en válvula tricúspide y aurícula derecha.

En postoperatorio la paciente permanece hemodinámicamente estable, siendo dada de alta sin complicaciones.

COMENTARIO

La endocarditis por marcapaso debe sospecharse en paciente con antecedente de implante de dicho dispositivo que presente episodio de fiebre y tiritona sin focalidad aparente^{1,2}. La sensibilidad de la ETE es mayor del 95%^{2,3}. El uso cada vez más común de electrodos endocavitarios conectados a marcapasos, desfibriladores y resincronizadores, eleva el riesgo de adquirir una infección relacionada con estos dispositivos^{4,5}. En relación al tratamiento, existe una clara indicación de retirada de todo el sistema, a pesar de reportes esporádicos de curación solamente con la administración de antibióticos. La mortalidad en el grupo tratado con cirugía y antibioticoterapia es del 13%⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karchmer AW. Infective endocarditis. En: Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p.1848-63.
2. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa (nueva versión 2009). Rev Esp Cardiol. 2009; 62 (12): 1465. e1-e54.
3. UpToDate. Sexton DJ. Epidemiology, risk factors and microbiology of infective endocarditis. [sede Web] [actualizada en abril 2013; acceso 1 de abril de 2013]. Wolters Kluwer Health. Philadelphia, Pennsylvania.
4. UpToDate. Garlitski AC. Cardiac implantable electronic device lead removal. [sede Web] [actualizada en abril 2013; acceso 1 de abril de 2013]. Wolters Kluwer Health. Philadelphia, Pennsylvania.

5. UptoDate. Karchmer AW. Infections involving cardiac implantable electronic devices. [sede Web] [actualizada en abril 2013; acceso 1 de abril de 2013]. Wolters Kluwer Health. Philadelphia, Pennsylvania.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital), de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.

2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

Título. Que exprese el contenido del trabajo

Autores. Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

Dirección para la correspondencia. Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

Resumen. No superior a las 250 palabras

Palabras clave. De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

Cuerpo del trabajo. Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf (Versión revisada abril 2010).

Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital@saludcastillayleon.es indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". El plazo de recepción finalizará el día 15 del mes anterior a la publicación de la revista (15 de enero, 15 de mayo y 15 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.