

Annals del Sagrat Cor

Gener-Març 2007

EDITORIAL	43
CAS CLÍNIC	44-45
<i>Neuralgia del trigémino típica</i>	44-45
ORIGINALS	46-58
<i>La muerte súbita en el deporte español</i>	46-51
<i>Retirada precoz del drenaje torácico tras biopsia pulmonar por videotoroscopia en 146 pacientes</i>	52-53
<i>Resultado de la simpatectomía videotoracoscópica en el tratamiento del rubor y la hiperhidrosis facial</i>	54
<i>Corrección del pectus excavatum en adolescentes y adultos mediante técnica de NUSS</i>	55
<i>Tractament quirúrgic de l'empiema pleural crònica</i>	56
<i>Pain in the advanced pancreatic carcinoma: CT-Guided celiac neurolysis</i>	57
<i>Schwannomas: dos localizaciones poco frecuentes</i>	58
PROTOCOLS	59-61
<i>Per una nova cultura de la confidencialitat</i>	59-61
MEMORIAL	62-67
<i>Josep Maria Puigdollers, metge humanista</i>	62-67
ORIGINALS	68-78
<i>Blogs, bitàcoles i medicina</i>	68-70
<i>L'Aliança i Medicus Mundi Catalunya, una història compartida: "Formació per a la Cooperació"</i>	71-76
<i>Any internacional contra el dolor en les persones grans</i>	77-78



CONSELL EDITORIAL

Annals del Sagrat Cor, undats el 1993 pel Dr. Josep Maria Puigdollers Colás

L'Acadèmia dels Annals

Cayetano Alegre Marcet, *reumatologia*
Cayetano Alegre de Miquel, *reumatologia*
Agust Andrés, *cirurgia*
Joan Barceló, *radiodiagnòstic*
Juan Luis Batalla, *urologia*
Manolo Framis, *cirurgia plàstica*
Josep Maria Puigdollers, *medicina interna*
Víctor Salleras, *cirurgia*

Coordinació

M^a José Sánchez

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell Editor:

Margarita Aguas, *farmàcia*
Jamil Ajram, *pediatria*
Rosa Antón, *cirurgia*
José Vicente Aragón, *digestiu*
Adrià Arboix, *neurologia*
Jordi Argimón, *medicina interna*
Isabel Arias, *anestèsia*
Xavier Arroyo, *medicina interna*
Javier Avila, *urologia*
Miquel Balcells, *neurologia*
Joan Ballesta, *cirurgia plàstica*
Santi Barba, *cirurgia*
Núria Barrera, *medicina de família*
Eduard Basilio, *cirurgia*
Siraj Bechich, *medicina interna*
Xavier Beltrán, *cirurgia vascular*
Antoni Bosch, *cirurgia*
Joan Brasó, *medicina intensiva*
Jesús Broto, *cirurgia pediàtrica*
Joaquim Camarasa, *cirurgia*
Encarna Campañá, *medicina intensiva*
Eleuterio Cánovas, *otorrinolaringol*
Amadeo Carceller, *oftalmologia*

Enric Carral, *medicina interna*
Rosa Carrasco, *endocrinologia*
José Luis Casaubon, *medicina intensiva*
Margarita Centelles, *oncologia*
Rosa Coll, *medicina interna*
María José Conde, *radiologia*
Emili Comes, *neurologia*
Frederic Dachs, *traumatologia*
Jordi Delás, *medicina interna*
Vicente De Sanctis, *anestèsia*
Dani Dinarés, *otorrinolaringologia*
Begoña Eguileor, *farmàcia*
Francesc Fernández, *medicina interna*
Jordi Folch, *anestèsia*
Javier Foncillas, *cirurgia*
Caterina Fornós, *medicina interna*
M^a Jesús Gago, *medicina interna, urgències*
Rosa García-Penche, *infermeria*
Enric Gil de Bernabé, *cirurgia*
Pilar Girón, *pneumologia*
Marta Grau, *neuropsicologia*
Irene Hernández, *pneumologia*
Luis Hernández, *neurocirurgia*
Maribel Iglesias, *dermatologia*
Albert Isidro, *traumatologia*
Eduardo Irache, *psiquiatria*
Joan Carles Jordà, *infermeria urgències*
Fani Labori, *anestèsia*
Yolanda López Pemas, *medicina interna*
Juan Martín Zárata, *digestiu*
Carles Martínez, *pneumologia*
Joan Massons, *neurologia*
M. Mateo, *anestèsia*
Eduard Mauri, *radiologia*
Ignasi Machengs, *oncologia*
Juan Carlos Martín, *cirurgia pediàtrica*
Luis Medina, *medicina interna*
Núria Miserachs, *microbiologia*
Carles Miquel, *cirurgia vascular*
Laure Molins, *cirurgia toràctica*
Sebastià Monzó, *hematologia*
César Morcillo, *medicina interna*
Montserrat Oliveres, *neurologia*
Carlos Palazzi, *traumatologia*

José Luis Palazzi, *traumatologia*
Marcelí Panisello, *cirurgia*
Olga Parra, *pneumologia*
Antoni Pelegrí, *nefrologia*
Luis Manuel Pérez Varela, *neurocirurgia*
Angel Plans, *salut laboral*
Carles Pons, *cardiologia*
Montserrat Pons, *farmàcia*
Carme Prat, *traumatologia*
Marina Puig, *endocrinologia*
Carles Pujol, *salut laboral*
Núria Queralt, *infermera*
Vicenç Querol, *radiologia*
Toni Rivas, *medicina familiar*
Núria Roca, *medicina interna*
Assumpta Ros, *otorrinolaringologia*
Vicenç Ros, *cirurgia plàstica*
Francesc Rosell, *medicina interna*
Jesus Sacristán, *urologia*
Rosario Salas, *medicina interna*
Montse Salleras, *dermatologia*
Elisabeth Sánchez, *medicina interna*
Manuel Sánchez Regaña, *dermatologia*
Antonio Segade, *cirurgia*
Agustí Segura, *cirurgia*
Ricard Solans, *medicina intensiva*
Juanjo Sopena, *pneumologia*
Dolors Sort, *medicina interna*
Marisa Surroca, *endocrinologia*
Cecilia Targa, *neurologia*
Pere Torras, *medicina interna*
Pau Umbert, *dermatologia*
Neus Vall, *infermeria salut laboral*
Ignasi Valls, *ginecologia*
Gonzalo Vidal, *cirurgia toràctica*

Impressió Digital: GAMA, S. L.
Aristides Maillol, 9-11
gama@gamasl.net
ISSN: 1695-8942
D.L.: B-3794-93
bibhsc@hscor.com

editorial



Quan estàvem a punt de tancar l'edició d'aquest número, varem rebre la notícia de la mort del Dr. Josep Maria Puigdollers Colàs, fundador, l'any 1993, dels Annals del Sagrat Cor.

Acompanya aquest article, dels seus amics i deixebles en memòria del Dr. Puigdollers un bon nombre d'originals i protocols dels serveis de Cirurgia Toràctica, Neurocirurgia, Radiologia, Anestèsia. Reflexions de l'actiu Comitè d'Ètica Assistencial sobre la nova cultura de la confidencialitat i de la nostra biblioteca sobre els blogs, –una nova forma de documentació.

Ens plau, tanmateix, presentar el ja llarg recorregut del metges becaris de Medicus Mundi als nostres hospitals. Entranyables fotos de les seves missions a països en vies de desenvolupament.

Notable satisfacció comunicar-vos l'acord amb l'associació professional de metges i titulats superiors, per difondre els Annals a tots els seus associats. Esperem ben aviat, en aquestes pàgines fer-nos ressò d'inquietuds i realitzacions de tots els nostres hospitals arreu de Catalunya.

Bona lectura

Cas clínic

Neuralgia del trigémino típica

Dr. Vicente De Sanctis, Dra. Isabel Arias

Unidad del Dolor

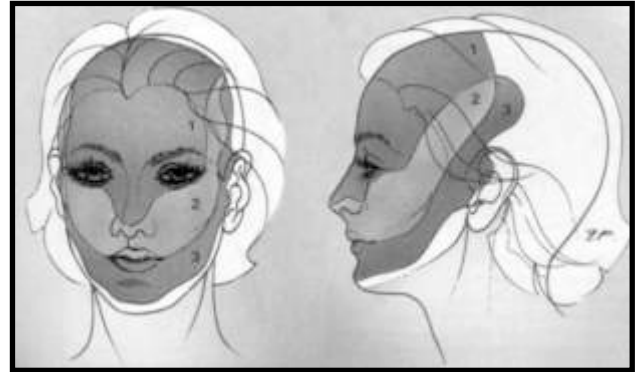
Algias trigeminales.- La neuralgia del trigémino típica suele considerarse como una entidad separada de la neuralgia trigeminal atípica y la neuropatía trigeminal, aunque la relación exacta entre estos cuadros permanece todavía desconocida. La neuralgia del trigémino típica causada por la compresión microvascular de la raíz nerviosa del V par craneal en la fosa posterior, podría transformarse con el tiempo en una neuralgia trigeminal atípica, si se deja sin tratar, y esta transformación conllevaría un cambio en el carácter del dolor y el desarrollo de la afectación sensorial progresando hacia una neuropatía trigeminal, por lo que los tres cuadros podrían representar diferentes grados de lesión del nervio trigémino, lo cual confirmaría un espectro continuo de la misma entidad, más que una serie de diagnósticos diferentes.

Burchiel KJ, Slavim KV. On the natural history of trigeminal neuralgia. Neurosurgery 2000; 46: 152-4.

- Paciente de 72 años. Mujer
- Remitida por Cirugía Plástica tras extracción dentaria en maxilar superior derecho
- Refiere Dolor en rama maxilar derecha del V Par nervioso.
- 3 meses de evolución

DIAGNÓSTICO: NEURALGIA DEL TRIGÉMINO TÍPICA

- Anatomía



ETIOLOGÍA

El dolor de la neuralgia del trigémino es conocido como uno de los más tormentosos y afecta, sobretodo, a la población mayor, sin identificarse una causa, aunque diversos autores postulan distintas etiologías:

- Janetta sugirió como causa la compresión arterial del nervio cuya pulsación continua conducía a cambios secundarios y descargas espontáneas. No siempre demostrado.

- JANETTA PJ. *Clin Neurosurg* 1997; 44: 331-8

- Broggi: La arteria cerebral superior podría comprimir el componente rostral del nervio, produciendo un dolor en la zona de referencia de segunda y tercera rama. Mientras la arterial cerebral inferior comprimiría la porción caudal del nervio con el dolor sobre la primera rama (oftálmica).

- BROGGI G. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68: 59-64

- Pagni: Teorías centrales sugieren una hiperactividad en el núcleo trigeminal, con circuitos reverberantes. De hecho, Pagni, sostiene que es una epilepsia refleja sensorial.

- PAGNI CA. *J Neurosurg Sci* 1993; 37: 185-94

DEFINICIÓN IASP (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN):

Dolor facial o frontal, en forma de crisis paroxísticas con predominio derecho, carácter repentino, intenso, bre-

ve y recurrente, en puñalada, afilado, superficial o quemante, que puede durar desde segundos a minutos.

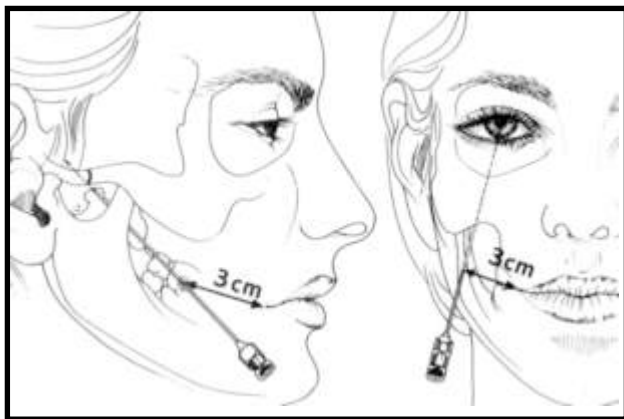
Diagnóstico diferencial- La presentación en personas mayores con mala dentadura obliga al diagnóstico diferencial con Enfermedades dentales

EPIDEMIOLOGÍA

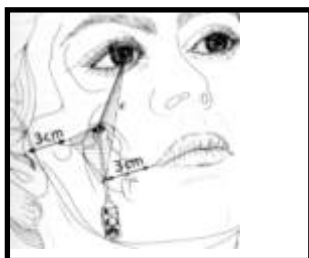
- Se presenta a partir de los 50 años. Afecta a 3 mujeres por cada 2 hombres.
- Mayor frecuencia 3ª rama (mandibular) ó 2ª + 3ª ramas (maxilar + mandibular).
- Nunca implicación bilateral de la rama
- Sólo un 3% puede afectar un lado u otro, pero ello ocurre en distintas crisis.
- El dolor precipita por tacto zona trigger, cuero cabelludo, orificio nasal, mejilla, cara, labio superior, encías. Suele referir un ligero toque con cepillo de dientes, pañuelo, corriente de aire frío, peine, manopla, cuchilla de afeitar... Ello crea una conducta de evitación en las actividades diarias.

TRATAMIENTO

FASE AGUDA ⇒ Bloqueos ropivacaína



Vía de Härtel



Vía de Braun

- Tratamiento concomitante:
 - Fármacos Antiepilépticos (FAE): Topiramato
 - Antidepresivos tricíclicos (ADP) + hipnóticos

FASE MANTENIMIENTO

- Primer escalón ⇒ Fármacos Antiepilépticos (FAE)
TOPIRAMATO



- No hay estudios comparados politerapia vs monoterapia
- Clonazepan, en el dolor lancinante, buena respuesta inicial, pero que no se mantiene en el tiempo.
- Fenitoína, para exacerbaciones, en perfusión, si bien con estrecho margen terapéutico.
- Opioides de liberación sostenida, aumento de concentraciones centrales proteína C Kinasas

- Segundo escalón ⇒ Antidepresivos tricíclicos (ADP)
AMITRIPTILINA

1ª y 2ª semana	10 mg / noche
3ª semana	25 mg / noche

- Tratamiento actual ⇒ FA + ADP + Hipnóticos:
 - Topiramato: 50 mg / noche
 - Tryptizol: 10 mg / mañana
 - Lorazepam: 1 mg / noche

OTRAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS:

- Rizólisis con glicerol
- Rizólisis por termocoagulación
- Descompresión microvascular
- Otras: radiocirugía estereotáxica, crioterapia, alcoholización...

La muerte súbita en el deporte español*

Pedro Manonelles Marqueta¹, Beatriz Aguilera Tapia², Araceli Boraita Pérez³, Carlos Pons de Beristain¹, M^a, Paz Suárez Mier²

(1)Federación Española de Medicina del Deporte; (2)Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Madrid, (3) Centro Nacional de Medicina del Deporte. Consejo Superior de Deportes. Madrid.

*Trabajo realizado con la beca de investigación cardiovascular 2004/2005 de la Fundación MAPFRE Medicina

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita es uno de los problemas que mayor preocupación causan a los médicos que trabajan con deportistas, especialmente por tratarse de sujetos que, aparentemente, representan el estado de máxima salud y manifiestan una extraordinaria capacidad de esfuerzo físico. En la casi totalidad de los casos desconocían que portaban enfermedades cardiovasculares potencialmente letales (1), a pesar de haber sido sometidos a controles médicos (2). En otros casos, no se les había realizado ningún reconocimiento o éste no había sido adecuado.

Los datos sugieren que la realización de una actividad deportiva intensa (3) incrementa sensiblemente el riesgo de sufrir una muerte súbita: 1,6 muertes x 100.000 frente al 0,75 (4,5).

No parece existir una definición universalmente aceptada de la muerte súbita del deportista (6), aunque se considera como aquella que aparece de forma inesperada, por causa natural, no traumática ni violenta y en un corto periodo de tiempo y cuyos síntomas aparecen durante o en la hora siguiente a la práctica deportiva.

Este trabajo tiene por objeto investigar las causas y ordenar los datos de muertes súbitas en deportistas del Estado Español conocidas a través del Registro Nacional de Muerte Accidental y Súbita en Deportistas y del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), como paso previo a la investigación de circunstancias acompañantes y al diseño de estrategias de prevención en lo que se refiere a métodos diagnósticos, criterios de exclusión para la práctica deportiva y procedimientos de asistencia inmediata.

El estudio no se circunscribe a deportistas de alto nivel o competición, sino que incluye a quienes realizan actividades deportivas recreacionales o por motivo de estudios, considerando además que este grupo es el más frecuentemente afectado por este cuadro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo y prospectivo de 180 casos de muerte. 81 del Registro Nacional de Muerte Súbita de Deportistas de la Federación Española de Medicina del Deporte y 99 del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF) (Departamento de Madrid) desde el año 1995 hasta la fecha actual.

El número total de casos asciende a 180, de los que 164 son hombres, 12 mujeres y en cuatro casos no está recogido el sexo.

En la tabla 1, se puede observar la distribución por edades. La edad media de los hombres es de 36,65 años (rango 11-79) y la de las mujeres es de 21,33 (rango 9-45).

En los casos del INTCF se ha realizado una autopsia completa con análisis químico-toxicológico. Dado que la mayoría de las muertes súbitas son de origen cardíaco, el estudio del corazón se realiza de forma minuciosa: Pesado del corazón completo, sección de los ventrículos mediante cortes transversales paralelos al surco auriculoventricular y la base abierta siguiendo el sentido de la corriente sanguínea. Verificación del origen de las coronarias y de la permeabilidad de las principales ramas epicárdicas mediante cortes seriados cada 2 mm. Medición de los perímetros valvulares y valoración de la posible presencia de valvulopatías. Toma de muestras de pared anterior, lateral y posterior de los dos ventrículos, así como del tabique interventricular, en la base, tercio medio y punta. En los casos sin hallazgos patológicos y en los que el análisis químico-toxicológico es negativo, se estudia también el sistema de conducción cardíaco (7).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como sucede en todos los estudios, la incidencia en mujeres es extraordinariamente más baja que en hombres: en el presente estudio la incidencia es del 6,81% (12 casos de mujeres de los 176 casos en que se conocía el sexo del fallecido).

Tabla 1. Distribución por edades

Rango	Hombre	Mujer	S.I.	Total	%
0-15	7	4	0	11	6,11
16-20	28	2	1	31	17,22
21-25	16	0	0	16	8,88
26-30	15	1	0	16	8,88
31-35	12	1	0	13	7,22
36-40	13	0	0	13	7,22
41-45	20	1	0	21	11,66
46-50	11	0	0	11	6,11
51-55	11	0	0	11	6,11
56-60	8	0	0	8	4,44
61-65	6	0	0	6	3,33
66-70	3	0	0	3	1,66
71-75	3	0	0	3	1,66
76-80	2	0	0	2	1,11
S.I.	9	3	3	15	8,33
TOTAL	164	12	4	180	100,00

S.I.: Sin identificar

Hay un alto número, 42 casos, de fallecidos de 20 años o menos (25,45%) y también alto, 43 casos, de fallecimientos entre los 40 y 55 años (26,06%), edades de reinicio de la práctica de deporte de muchos ex-deportistas o de personas que se incorporan al deporte por primera vez.

No se puede plantear un estudio epidemiológico de los casos de muerte súbita en España porque se carecen de los datos necesarios para su cálculo. La distribución de fallecimientos, respecto a la actividad practicada en el momento de la muerte, ha sido muy amplia, Tabla 2.

Destacan sobre los demás el fútbol y el ciclismo con 40 y 39 casos, lo que supone porcentajes de 22,22 y 21,66% respectivamente.

Ciertamente el fútbol es el deporte más practicado en España, pero el ciclismo lo es mucho menos y ofrece un alto número de muertes súbitas. El baloncesto y el fútbol sala, también muy populares, parecen mostrar incidencias aparentemente bajas.

La prevalencia de deportes es muy diferente a la encontrada en otros trabajos. En Irlanda es el golf el deporte más prevalente seguido del fútbol gaélico (8). Van Camp et al. (9), destaca el fútbol americano seguido del baloncesto. Esta dispersión demuestra la influencia de aspectos culturales en la elección de los deportes que se practican en diversos países y su distribución en los casos de muerte de deportistas.

Tabla 2. Deportes/actividad física en el momento de la muerte

Deporte	Hombre	Mujer	S.I.	Total	%
Fútbol	40*	0	0	40	22,22
Ciclismo	38	1	0	39	21,66
Atletismo (carrera)	19	3	2	24	13,33
Fútbol sala	8	0	0	8	4,44
Deportes de frontón	8	0	0	8	4,44
Baloncesto	7*	0	0	7	3,88
Educación física	4	3	0	7	3,88
Trabajo de gimnasia personal	6	0	0	6	3,33
Montañismo	5	0	0	5	2,77
Natación	4**	1	0	5	2,77
Buceo	1	1	1	3	1,66
Tenis	3	0	0	3	1,66
Bádminton	0	1	0	1	0,55
Ciclismo BTT	1	0	0	1	0,55
Triatlón	1	0	0	1	0,55
Esquí	0	1	0	1	0,55
Paddle	0	1	0	1	0,55
Pesca	1	0	0	1	0,55
Senderismo	1	0	0	1	0,55
Vela	1	0	0	1	0,55
Pruebas físicas	1	0	0	1	0,55
Bicicleta estática	1	0	0	1	0,55
Deporte S.I.	11	0	0	11	6,11
Desconocido	3	0	1	4	2,22
TOTAL	164	12	4	180	100,00

* Arbitro ** Ahogado S.I.: Sin identificar

La tabla 3 recoge las causas de muerte súbita en los 115 casos en los que se ha podido obtener la información del estudio necrópsico.

Tabla 3. Causas de muerte súbita

Causa de muerte	Rango edad	Edad media	Hombre	Mujer	N °	%
Enf. ateromatosa coronaria	28-72	48,02	48	0	48	41,73
Miocard. arritmogénica	13-39	25,54	11	0	11	9,56
Miocardopatía hipertrófica	11-45	28,22	7	2	9	7,82
Anomalía coronaria	12-22	16,8	3	2	5	4,34
Hipertrofia ventricular izda	18-30	24	4	0	4	3,47
Estenosis valvular aórtica	12-53	26,75	4	0	4	3,47
Miocarditis aguda	21-54	32	3	0	3	2,60
Miocarditis crónica	20-31	-	2	0	2	1,73
Diseccción aórtica	20-79	-	2	0	2	1,73
Fibrosis cardiaca	17-20	-	2	0	2	1,73
Accidente cerebrovascular	26-57	-	2	0	2	1,73
Bradiarritmia	32	-	1	0	1	0,86
Comunic. interauricular	17	-	1	0	1	0,86
DA intramural	79	-	1	0	1	0,86
Intoxicación Flecainida	51	-	1	0	1	0,86
IAM y golpe de calor	41	-	1	0	1	0,86
Golpe de calor	22	-	1	0	1	0,86
Miocardopatía dilatada	14	-	1	0	1	0,86
PVM e HTA	47	-	1	0	1	0,86
Rotura aórtica	16	-	1	0	1	0,86
Inexplicada	9-29	18,28	11	2	14	12,17
Total	9-79	-	108	7	115	100,00

La mayor parte de las causas de fallecimiento son cardíacas. Únicamente se han encontrado 5 casos que no son de origen cardíaco. Concretamente dos accidentes cerebrovasculares y un caso de cada una de las siguientes causas: intoxicación por flecainida, hipopotasemia (en este caso pudo ser resucitado) y un golpe de calor.

Los accidentes cerebrovasculares son causas conocidas aunque infrecuentes de muerte súbita en el deporte y que están provocadas generalmente por rotura de aneurisma cerebral (10).

La primera causa de muerte súbita es la enfermedad ateromatosa coronaria (EAC) que ha estado presente en 48 casos (41,73%), provocada por estenosis coronaria significativa de, al menos, un vaso coronario principal, cicatriz de infarto previo, infarto agudo de miocardio o trombosis coronaria (7). Únicamente no es la primera causa de muerte cuando se analizan trabajos

con edades por debajo de los 30 años.

La miocardopatía arritmogénica, ocupa el segundo lugar con el 9,56% de los casos, es una patología altamente prevalente en nuestro medio y la miocardopatía hipertrófica es la tercera causa de muerte encontrada, con 9 casos y una incidencia total del 7,82%.

Las anomalías coronarias congénitas se encuentran presentes en todas las series con incidencias variables 1,9-23%. En este trabajo se han encontrado 5 casos, con una incidencia del 4,34%.

Por último, el Registro recoge 7 casos de pacientes que pudieron ser resucitados en situaciones de parada cardíaca o fibrilación ventricular por servicios de urgencia (tabla 4). La edad media de este grupo fue de 35,6 años y un rango de 16-58 años. Solamente se conoce la causa en tres de ellos (hemocromatosis, hipopotasemia y cardiopatía no especificada).

Tabla 4. Casos resucitados

Diagnóstico	Sexo	Edad	Deporte
FV por miocardiopatía hemocromatósica	H	47	Natación
Parada cardíaca	H	58	Ciclismo
FV por hipopotasemia	M	32	Atletismo
FV por cardiopatía no especificada	H	72	Tenis
Fibrilación ventricular	H	51	Tenis
Fibrilación ventricular	H	35	Fútbol
Parada cardíaca	H	16	Atletismo
FV: Fibrilación ventricular	H: Hombre M: Mujer		

Más esclarecedor es el análisis de las causas de muerte súbita en menores y mayores de 30 años.

Tabla 5. Causas de muerte súbita en mayores de 30 años

Causa de muerte	Hombre	Mujer	N °	%
Enfermedad ateromatosa coronaria	47	0	47	73,43
Miocardiopatía Arritmogénica	4	0	4	6,25
Miocardiopatía hipertrófica	2	1	3	4,68
IAM y golpe de calor	1	0	1	1,56
PVM e HTA	1	0	1	1,56
Intoxicación Flecaínida	1	0	1	1,56
Estenosis valvular aórtica	1	0	1	1,56
Miocarditis aguda	1	0	1	1,56
Miocarditis crónica	1	0	1	1,56
DA intramural	1	0	1	1,56
Dissección aórtica	1	0	1	1,56
Accidente cerebro vascular	1	0	1	1,56
Bradiarritmia	1	0	1	1,56
Total	63	1	64	100,00

Por encima de 30 años, en nuestra serie se encuentran 47 casos de EAC lo que supone un 74,43% del total. Esta incidencia parece estar en relación con las características claramente progresivas de esta enfermedad o proceso asociado a los factores de riesgo que suelen incrementarse con la edad (11). Después hemos encontrado 4 casos de miocardiopatía arritmogénica

(6,25%) y tres de miocardiopatía hipertrófica (4,68%). El resto de causas de muerte súbita sólo se han observado en una ocasión.

En los fallecidos de 30 años o menos, tabla 6, la etiología de la muerte súbita en deportistas difiere notablemente del grupo anterior, como es bien conocido.

Tabla 6. Causas de muerte súbita en 30 años

Causa de muerte	Hombre	Mujer	N °	%
Miocardiopatía arritmogénica	7	0	7	13,72
Miocardiopatía hipertrófica	5	1	6	11,76
Anomalía coronaria	3	2	5	9,8
Hipertrofia ventricular izda	4	0	4	7,84
Estenosis valvular aórtica	3	0	3	5,88
Miocarditis aguda	2	0	2	3,92
Fibrosis cardiaca	2	0	2	3,92
Disección aórtica	1	0	1	1,96
Enfermedad ateromatosa coronaria	1	0	1	1,96
Comunicación interauricular	1	0	1	1,96
Miocarditis crónica	1	0	1	1,96
Golpe de calor	1	0	1	1,96
Miocardiopatía dilatada	1	0	1	1,96
Rotura aórtica	1	0	1	1,96
Accidente cerebro vascular	1	0	1	1,96
Inexplicada	11	3	14	27,45
Total	45	6	51	100,00

En este grupo sólo se ha observado un caso de EAC, lo que supone un 1,96%.

Las causas más frecuentes son de etiología congénita destacando la miocardiopatía arritmogénica con 7 casos (13,72%) seguido de la miocardiopatía hipertrófica con 6 casos (11,76%), las anomalías coronarias congénitas con 5 casos (9,8%), la hipertrofia ventricular izquierda idiopática con 4 casos (7,84%) y la estenosis valvular aórtica con 3 casos (5,88%). El resto de circunstancias tiene una incidencia muy pequeña.

Merece un análisis más profundo el hecho de que 14 fallecimientos (27,45%), no mostraran ninguna causa objetivable de muerte súbita en el procedimiento completo de necropsia, incluyendo estudio sistemático del sistema de conducción cardiaco por lo que se denominan “autopsias blancas” (13).

En este grupo, llamado de muerte súbita cardiaca o arrítmica con corazón estructuralmente normal, se ha demostrado que en algunos casos la alteración se encuentra a nivel molecular, en los canales de los electrolitos que determinan el impulso cardiaco (en todos ellos se han podido demostrar alteraciones con pruebas moleculares en los canales de sodio, potasio o cal-

cio). Es obligada una exploración cardiológica de los familiares más cercanos al fallecido.

Actualmente, la única posibilidad de conocer el origen de estas muertes sería la valoración conjunta de diversos aspectos, además del estudio necrópsico completo, incluyendo antecedentes patológicos, lugar y circunstancias de la muerte, tal vez estudio de sustancias dopantes y estudios genéticos. (14)

CONCLUSIONES

1. Hay una gran dificultad para obtener datos completos de los casos de muerte súbita en deportistas en nuestro país.
2. Los casos de muerte súbita afectan a todos los tramos de edad con una importante prevalencia en jóvenes y en adultos de la quinta década de la vida.
3. Los deportes más involucrados en casos de muerte súbita son el fútbol, el ciclismo y el atletismo, posiblemente por ser los más practicados en España.

4. La causa más frecuente de muerte súbita a partir de los 30 años es la enfermedad ateromatosa coronaria.

5. Las causas más frecuentes en menores de 30 años son la miocardiopatía arritmogénica, la miocardiopatía hipertrófica, las anomalías coronarias congénitas y la hipertrofia ventricular izquierda, pero la de mayor incidencia es la de las muertes inexplicadas que ocurren con corazón estructuralmente normal.

6. Es necesario profundizar en los mecanismos de obtención de los datos de los casos de muerte súbita y se debe proseguir la investigación para avanzar en métodos más específicos de prevención.

7. Debería implicarse a los agentes deportivos sobre la necesidad de proporcionar información de los casos de muerte súbita que les afecten más cercanamente, a fin de mejorar el conocimiento de los aspectos científicos de la muerte súbita en nuestro medio y para poder establecer estrategias específicas de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basilio FC. Cardiovascular diseases in athletes. *Am J Sports Med* 1999; 27: 108-121.

2. Pons C, Manonelles P. La muerte súbita del deportista 20 años después. *Arch Med Dep* 2004;100: 54-52.

3. Albert CM, Mittleman MA, Chae CU et al. Triggering of sudden death from cardiac causes by vigorous exertion. *N Engl J Med* 2000; 343: 1355-61.

4. Corrado D, Basso C, Schiavon M, Thiene G. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. *New Engl J Med* 1998; 339: 364-9.

5. Thiene G, Basso C, Corrado D. Is prevention of sudden death in young athletes feasible?. *Cardiología* 1999; 44(6):497-505.

6. Manonelles P, Boraita A, Luengo E, Pons de Beristain C, eds. *Cardiología del Deporte*. Barcelona: Nexus Médica, 2005.

7. Suarez-Mier MP, Aguilera B. Causas de muerte súbita asociada al deporte. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 347-358.

8. Quigley F. A survey of the causes of sudden death in sport in the Republic of Ireland. *Br J Sports Med* 2000; 34: 258-261.

9. Van Camp SP, Bloor CM, Mueller FO, Cantu RC, Olson HG. Nontraumatic sports death in high school and college athletes. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27: 641-647

10. Fann JR, Kukull WA, Katon WJ, Longstreth WT. Physical activity and subarachnoid haemorrhage: a population based case-control study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69: 768-772.

11. Tunstall Pedoe DS. Sudden death risk in older athletes: increasing the denominator. *Br J Sports Med* 2004; 38: 671-672.

12. Fuller CM, McNulty CM, Spring DA, Arger KM, Bruce SS, Chryssos BE, Drummer EM, et al. Prospective screening of 5,615 high school athletes for risk of sudden cardiac death. *Med Sci Sports Exerc* 1997; 29: 1131-1138.

13. Nicolas G, Potiron-Josse M, Ginet JD. La mort subite du sportif. *Science & Sports* 1986; 1:315.

14. Boraita A. Muerte súbita y deporte ¿Hay alguna manera de prevenirla en los deportistas?. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 333-336.

Retirada precoz del drenaje torácico tras biopsia pulmonar por videotoracoscopia en 146 pacientes

J. Fibla, L. Molins, JM Mier, G. Vidal

Servicio Cirugía Torácica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

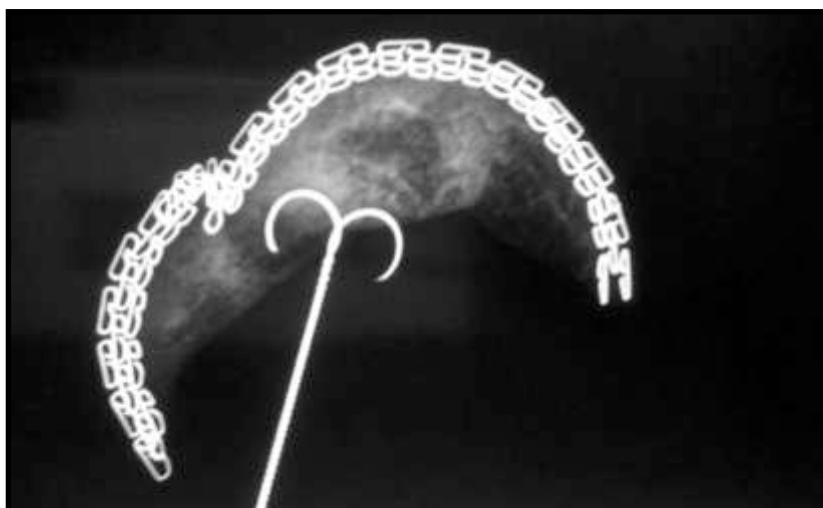
INTRODUCCIÓN:

Habitualmente, tras la biopsia pulmonar por videotoracoscopia (BP por VATS), la duración media del drenaje torácico varía desde la retirada inmediata hasta 3 días, oscilando las estancias medias entre 3-4 horas (cirugía ambulatoria) y 7 días. Presentamos nuestra experiencia con la política de retirada precoz del drenaje torácico en 146 pacientes tras BP por VATS.



MATERIAL Y MÉTODOS:

Desde 1992 hasta 2004, se llevó a cabo BP por VATS en 160 pacientes ambulatorios con el fin de obtener un diagnóstico histológico de su enfermedad pulmonar difusa intersticial o micronodular. La edad media fue de 61 años (rango 25-80). Todos los procedimientos se llevaron a cabo bajo anestesia general e intubación selectiva. Todas las BP se obtuvieron con endograpadoras y en todos los casos se verificó visualmente la reexpansión pulmonar. La retirada precoz del drenaje torácico (24F) se llevaba a cabo cuando se cumplían cuatro condiciones: extubación inmediata, reexpansión completa del pulmón, drenaje de menos de 100ml/h y ausencia de fuga aérea en el sello de agua. Analizamos la duración del drenaje torácico, la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias.



RESULTADOS:

Se realizó BP por VATS en 160 pacientes. En 146 (91.2%) fue posible llevar a cabo la retirada precoz del drenaje torácico. Catorce pacientes (8.8%) presentaban un deterioro pulmonar muy avanzado (FEV1 < 30%) y/o comorbilidad importante

para ser incluidos en este programa. De los 146 pacientes incluidos, el drenaje torácico se retiró precozmente –menos de una hora tras la cirugía– en 135 (92.4%). En nueve pacientes (6.2%) el drenaje torácico se retiró entre las 4-24 h, debido a fuga aérea inicial. Únicamente en dos casos (1.4%) tuvo que retirarse



el drenaje torácico al segundo día postoperatorio. La estancia media fue de 1.2 días (rango 0-7). A partir

de 2001 hubo 32 pacientes a los que se realizó la BP por VATS de manera ambulatoria (50% de todas las BP

por VATS en este período). Hubo dos casos de hemotórax postoperatorio (1.4%) y tres de neumotórax (2.0%). Tres de estos cinco pacientes requirieron reingreso (2%). Tres pacientes fallecieron en el hospital debido a la progresión de su enfermedad de Hamman Rich.

CONCLUSIONES:

La retirada precoz del drenaje torácico tras BP por VATS en ausencia de fuga aérea es una política segura que reduce la estancia hospitalaria y permite realizar este procedimiento de manera ambulatoria en pacientes seleccionados.



Resultados de la simpatectomía videotoroscópica en el tratamiento del rubor y la hiperhidrosis facial en 34 pacientes

J. Fibla, L. Molins, JM Mier, G. Vidal

Servicio Cirugía Torácica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

INTRODUCCIÓN:



La simpatectomía videotoroscópica (SVT) es un procedimiento habitual en el tratamiento de la hiperhidrosis (HH) palmar y axilar en la mayoría de los Servicios de Cirugía Torácica españoles, sin embargo, su uso en el manejo del rubor incontrolable (RB) y la hiperhidrosis facial (HF) no está tan establecido.

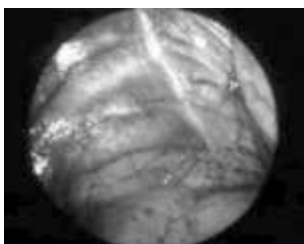
Objetivo:

Analizar los resultados y complicaciones de la SVT en los pacientes diagnosticados de RB e HF.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre Marzo de 2000 y Abril de 2005 realizamos 68 SVT en 34 pacientes diagnosticados de RB e HF. Dos de ellos habían sido intervenidos anteriormente sin resultados satisfactorios. La técnica empleada fue la simpatectomía bilateral variando los niveles en función de la presencia de HH palmar y/o axilar asociada. Los resultados y complicaciones fueron evaluados, como mínimo, a la semana, a los 6 meses y al año de la intervención.

RESULTADOS:



Los 34 pacientes, 18 hombres y 16 mujeres, tenían una edad media de 34.1 años (rango 18-56). En 15 pacientes (44.1%) el síntoma principal era la HF y en 19 (55.9%) el RB. De los 34 pacientes 11 (32.4%) presentaban RB como único síntoma, 3 (8.8%) HF como único síntoma, 8 (23.5%) asociaban HH palmar y axilar, 7 (20.6%) asociaban HH palmar y 5 (14.7%) asociaban HH axilar. Los niveles a los que se llevó a cabo la simpatectomía fueron: T1-T4 en 9 pacientes (26.5%), T1-T3 en 8 (23.5%), T2-T4 en 7 (20.6%), T1-T2 en 6 (17.6%), T2 en 2

(5.9%) y T2-T5 en 1 (2.9%). Hubo complicaciones postoperatorias menores en 2 pacientes (5.9%), un caso por ptosis palpebral transitoria y otro por derrame pleural. Todos los pacientes fueron dados de alta antes de las 24 horas de la intervención, 9 de ellos en el programa de cirugía sin ingreso. Se obtuvo mejoría de la hiperhidrosis facial en todos los casos 15/15 (100%). En el grupo de rubor la técnica fue eficaz en 15/19 casos (79%). En los dos pacientes operados previamente, se obtuvo resultados satisfactorios con la segunda intervención. Se constató sudación compensadora (SC) en 16/34 pacientes (47%), 8 en el grupo de HF (53.3%) y 8 en el de RB (42%). El índice de satisfacción global fue de "totalmente satisfecho" en 24/34 casos (70.5%), "parcialmente satisfecho" por la SC en 6/34 (17.6%) y de "insatisfecho" en 4/34 (11.7%). En el grupo de HH facial, el índice de satisfacción fue de "totalmente satisfecho" en 11/15 (73.3%) y de "parcialmente satisfecho" por la SC en 4 casos (26.7%). En el grupo de rubor "totalmente satisfecho" en 13/19 (68%), "parcialmente satisfecho" por la SC en 2 casos (11%) e "insatisfechos" 4/19 (21%) por el fracaso de la técnica.



CONCLUSIONES:

La simpatectomía torácica videotoroscópica es un procedimiento seguro y efectivo para el manejo de la hiperhidrosis facial y el rubor incontrolable. La sudación compensadora permanece como principal efecto secundario.



Corrección del pectus excavatum en adolescentes y adultos mediante técnica de NUSS. Resultados en 13 pacientes

L. Molins, J. Fibla, JM Mier, G. Vidal

Servicio Cirugía Torácica. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

OBJETIVO:

Presentar los objetivos inmediatos, a corto y a largo plazo de los pacientes adolescentes y adultos intervenidos de Pectus Excavatum mediante la técnica de Nuss.

METODOLOGÍA:

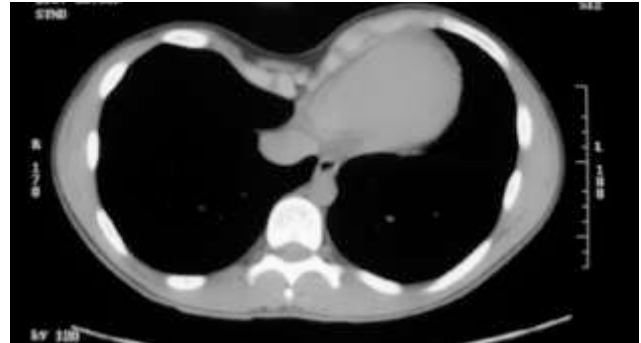
Desde Octubre de 2001 a Noviembre de 2005 hemos intervenido 13 pacientes –9 varones y 4 mujeres– entre 14 y 28 años (mediana 19 a) afectados de Pectus Excavatum severo con un índice de Haller (VN: 2.5) entre 4.5 y 7.5 (mediana 5.5). La indicación fue estética con gran repercusión psicológica en todos los casos. Se utilizó tubo de doble luz, analgesia epidural, toroscopia derecha y óptica de 10mm (30° y CO2 en los últimos 3 casos). Se colocó una única barra subesternal bilateral. El seguimiento se realizó a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses.

RESULTADOS:

El tiempo operatorio medio fue de 85' (60'-120'); en dos casos se utilizó además toroscopia izquierda y en los últimos cinco pacientes la introducción de la óptica por el túnel contralateral simplificó la salida de la barra. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias y la estancia media fue de 4.2 días (2-6 días). El dolor postoperatorio fue muy variable requiriendo analgésicos entre 1-6 semanas (mediana 2.5 semanas). La tolerancia de la barra ha sido excelente excepto en un paciente que presentó derrame pleural e infección local bilateral recurrente y dolor, que requirió su retirada a los 8 meses. Tres barras se han movilizado mínimamente en los controles radiológicos en un seguimiento medio de 22.6 meses (1-50 meses). Se han retirado tres barras tras 2.5-3 años con un sangrado intraoperatorio de 1500cc por efracción de la arteria intercostal en un paciente que, posteriormente, fue reintervenido con técnica de Ravitch por leve recidiva. Los otros dos pacientes están satisfechos con el resultado tras un año de su retirada.

CONCLUSIÓN:

La técnica mínimamente invasiva de Nuss de corrección del Pectus Excavatum en adolescentes y adultos, representa una alternativa válida a la reparación clásica.



Tractament quirúrgic de l'empiema pleural crònica

J.Fibla, L.Molins, G.Vidal.

Servei de Cirurgia Toràcica. Hospital Universitari Sagrat Cor (Barcelona).

OBJECTIU

Presentar la nostra experiència en el tractament quirúrgic de l'empiema pleural crònic.

MATERIAL I MÈTODE

En un període de 10 anys es van tractar quirúrgicament en el nostre Servei 42 malalts amb el diagnòstic de empiema pleural crònic. Els resultats i complicacions van ser avaluats.

RESULTATS

Dels 42 casos d'empiema, 32 foren d'origen pulmonar (24 parapneumònics i 8 per pneumotòrax terapèutic previ) i 10 d'origen extrapulmonar (6 per fistula bronco-pleural -FBP- post-resecció pulmonar i 4 post-perforació esofàgica). En tots el casos el tractament inicial va ser el drenatge toràcic. En el grup dels empiemes d'origen pulmonar la distribució per sexes va ser de 28H/4D amb una edat mitjana de 61.6 anys (13-83). Deu malalts (31%) eren diabètics i 11 (34%) alcohòlics. El temps mitjà d'evolució de l'empiema en aquest grup va ser de 25.5 dies (8-90 dies).

Dels 24 parapneumònics, en 16 es va afegir al drenatge toràcic una decorticació pleural (4 per cirurgia videotoracoscòpica -CVT- i 12 per toracotomia) i en tots la evolució fou a la curació. En 8 post-pneumotòrax es va dur a terme toracostomia: en 3 toracoplastia més mioplastia (1

fallida i 2 curacions). 3 mioplasties (3 curacions) i 2 toracostomies (2 curacions). L'alta en aquest grup es va donar als 11.8 dies (5-20). Tres casos de ca. esofàgic van ser exitus (2 al domicili). Els 10 empiemes d'origen extrapulmonar correspongueren a 8H/2D amb una edat mitjana de 59 (47-70). De les 6 FBP, 5 foren per pneumonectomia dreta (3 QT d'inducció) i una pneumonectomia esquerra. 3 perforacions esofàgiques y una esofagogastrectomia. La evolució mitjana fou de 20 dies (7-45 dies). 4 casos es van tractar amb toracostomia més resutura més mioplastia (un cas va ser exitus per sepsis). 2 malalts amb drenatge toràcic foren també exitus, un per progressió de la neoplàsia i un per sepsis. En un cas es va fer una resutura esòfago-gàstrica que va evolucionar cap a la curació. En 3 casos es va suturar la perforació (2 curacions i un exitus).

CONCLUSIONS

El maneig de l'empiema amb persistència de la cavitat pleural mes de 10 dies inclou el drenatge toràcic obert i la mini-toracotomia o la CVT de neteja. En la nostra experiència, el maneig de l'empiema crònic s'ha d'individualitzar: En cas de que el malalt presenti un bon estat general, una cavitat petita i possibilitat d'una correcta reexpansió pulmonar el tractament d'elecció es la toracotomia i la decorticació. En cas d'un malalt tòxic, una cavitat gran i/o la no reexpansió pulmonar el tractament es la toracostomia amb resecció costal, neteja (Clagett) i mioplastia/toracoplastia.

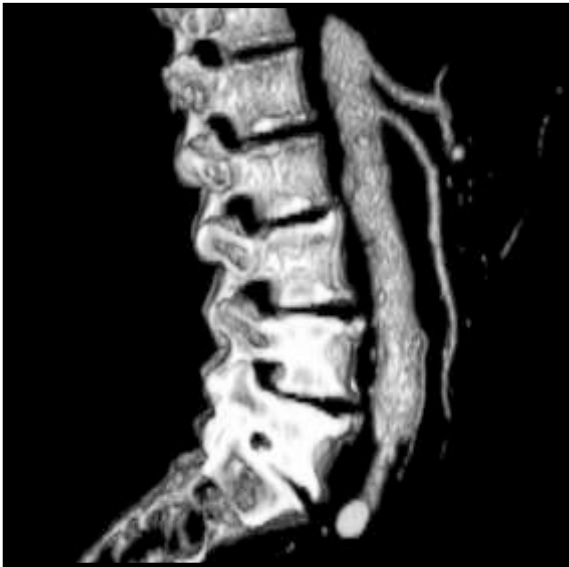
Vessament pleural parapneumònic esquerre. Decorticació i resultat final.



Pain in the advanced pancreatic carcinoma: CT-Guided celiac neurolysis

Mauri E*, De Sanctis V, Querol V. *, Arias I**, Montull C*, Mundt E*, Martinez A*, Llaverias S*, Casas D***

Department of Radiology* (CRC-Sagrat Cor) and Anaesthesiology - Pain Unit **. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona



Sagittal view of the celiac plexus location: between the superior mesenteric artery and the celiac trunk, just ahead and surrounding the aorta artery.



Celiac trunk anatomical axial reconstruction by CT scan contrast-enhanced.

OBJECTIVE:

Since 1995, Computed Tomography (CT) guided neurolytic celiac plexus block have been used successfully in our Hospital in the treatment of pain in advanced pancreatic carcinoma. We evaluate the technique and its clinical results.

MATERIAL AND METHODS:

We have studied 18 patients with advanced pancreatic carcinoma (mean age 67 years, 6 females / 12 males). First of all, we diffused an iodinate contrast solution followed by an anaesthetic solution of 20 ml of mepivacaine (2%) mixed with 20 cc of ethanol (100%). In 12 patients we performed the block by an anterior approach. In 6 patients the approach was posterior in order to block the splanchnic nerve. The CT permitted an accurate placement of the needle (20G).

RESULTS:

Pain relief was achieved in all the patients. The pain relief was long lasting: patients reported no pain or easy controlled pain during the first 3 months or until death (mean period of two and a half months). One patient reported no pain till his death, 8 months post celiac block. The posterior approach required a bilateral puncture, but it is the best way when the pancreatic mass involves all the vascular structures. There were no associated complications.

CONCLUSIONS:

- 1.- The CT guidance allowed accurate needle placement and also showed with precision the spread of the ethanol-anaesthetic solution in the celiac area.
- 2.- CT guided celiac block appears to be a safe and effective technique for the relief for unresponsive pain to conventional medical treatment

SCHWANNOMAS: DOS LOCALIZACIONES POCO FRECUENTES

Pérez Varela LM, Hernández Pascual L, Gutiérrez Campoy A, Palacín A *, Badía F *, Martí M*

Servicios de Neurocirugía y Anatomía Patológica*
Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los Schwannomas son tumores frecuentemente observados en la práctica clínica diaria. La singularidad de esta presentación viene dada por la localización de las lesiones: intramedular e intracavernosa. La baja frecuencia de estas patologías hace difícil una sistematización clínica y radiológica. Señalar sus rasgos más característicos con el fin de prepararnos para un mejor abordaje de estas lesiones es el objetivo de esta presentación.

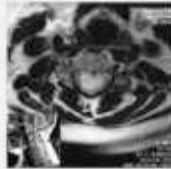
SCHWANNOMA INTRAMEDULAR

Mujer de 56 años con clínica inespecífica de 2-3 años de evolución de cerviconalgias e inestabilidad a la deambulación. Exploración neurológica: hiperreflexia de extremidades inferiores y Babinsky bilateral.

PREOPERATORIO



T1 sagital, con gadolinium en el que se observa captación de contraste de la zona central de la lesión que correspondía propiamente al tumor; ausencia de captación en las zonas quísticas, craneal y caudal a la lesión.

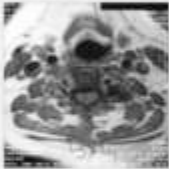


T2 axial con lesión hiperintensa de localización intramedular.



T2 sagital con lesión intramedular C2/C3-C5 que condiciona un ensanchamiento del cordón medular con señal de resonancia heterogénea, con áreas hiperintensas de señal quística en porciones craneal y caudal respectivamente.

POSTOPERATORIO



T1, axial sin evidencia de lesión



T1, axial, con contraste. No se observan captaciones patológicas



T1, sagital, con contraste. Desaparición completa de la lesión.

HISTOPATOLOGIA



H-E 100x. Fascículos entrecruzados de células de Schwann, alrededor de vasos con paredes parcialmente engrosadas e irregulares.



H-E 100x. Intensa positividad citoplásmica para la proteína S-100.

SCHWANNOMA INTRACAVERNOSO

Mujer de 58 años con clínica oftalmopléjica de varios meses de evolución, de inicio súbito, afectando en primer lugar al VI par craneal izquierdo y, posteriormente, al III y IV par craneales.

PREOPERATORIO



T1 sin contraste, axial, con una señal heterogénea y que en la parte intermedia podría corresponder a sangre en fase subaguda.



T2 visualizando una lesión ocupante de espacio en seno cavernoso derecho que condiciona una remodelación del seno esfenoidal (pared lateral) y rechaza cápsula intracavernosa. Presenta una señal heterogénea de predominio hiperintenso y márgenes bien definidos.

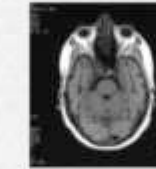


T1 con contraste, axial, con captación periférica de la lesión.



T1 coronal con contraste. Lesión extracanal a nivel del seno cavernoso derecho y que capta de forma heterogénea en su interior.

POSTOPERATORIO



T1 sin contraste, con una clara reducción del volumen lesional.



T1 con contraste, con discreta captación de la lesión residual



T1, corte coronal, con contraste, centrado en silla turca y con una clara disminución del tamaño de la lesión

HISTOPATOLOGIA



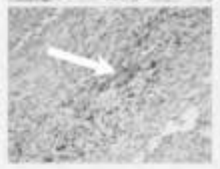
H-E 100x. Fascículos de células de Schwann, arremolinados, remediando cuerpos de Verocay.



H-E 100x. Positividad intensa citoplásmica para la proteína S-100.



H-E 100x. Patrón mixoide, lazo en la parte superior y fasciculado en la inferior.



H-E 100x. Depósitos de Hemocitina que se correlacionan con la hemorragia intratumoral visualizada durante la cirugía. (Flecha)

RESULTADOS y CONCLUSIONES

Schwannoma de localización intramedular:

- 1.- Como en nuestro caso, la localización cervical es la más frecuente.(1)
- 2.- La sintomatología clínica es inespecífica y el estudio con RNM, además de ser el más idóneo, suele revelar unas características que se cumplen en la mayoría de casos publicados y que deben alertarnos: lesión iso o hipointensa en T1 con moderada hiperintensidad en T2 y que se realiza claramente con el contraste mostrando márgenes definidos.(2)
- 3.- Factores pronósticos más importantes son el estado clínico preoperatorio y la calidad de la exéresis que, si es completa, significará la curación(3)

Schwannoma intracavernoso:

- 1.- Las estrechas relaciones de pares craneales en la pared del seno cavernoso hacen muy difícil el precisar el origen concreto de la lesión.(4)
- 2.- La extirpación completa supone, en ocasiones, una gran dificultad, tanto por la naturaleza de la lesión, como por el abordaje y por las relaciones anatómicas de la pared lateral del seno cavernoso.(4)
- 3.- Consideramos que la Radiocirugía, en todas sus modalidades, juega un papel fundamental como complemento terapéutico al tumor residual y a las recidivas.(5)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Malki El M, Bertal A, Sami A et al. Schwannome Intramédullaire. À propos d'un cas. Cas Clinique. Neurochirurgie 2005;51(1):19-22.
- 2.- Colosimo C, Cerase A, Denaro L, Maira G, Greco R. MR imaging of intramedullary spinal cord schwannomas. Report of two cases an review of the literature. J Neurosurg (Spine 1) 2003; 99: 114-7.
- 3.- Sandalcioğlu IE, Gasser T, Asgari S et al. Functional outcome after surgical treatment of intramedullary spinal cord tumors: experience with 78 patients. Spinal Cord 2005; 43: 34-41.
- 4.- Eisenberger MB, Al-Mefty O, DeMonte F, Burgson GT. Benign nonmeningeal tumors of the cavernous sinus. Neurosurgery 1999; 44(5):949-54.
- 5.- Kuo JS, Chen JCT, Yu Ch et al. Gamma Knife Radiosurgery for Benign Cavernous Sinus Tumors: Quantitative Analysis of Treatment Outcomes. Neurosurgery 2004; 54: 1385-94.

protocols

Per una nova cultura de la confidencialitat

PREÀMBUL, JUSTIFICACIÓ I DEFINICIÓ

El Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Universitari Sagrat Cor ha emprès un treball, primerament de reflexió i posteriorment de confecció d'un document de treball, per tal d'iniciar un conjunt de canvis concrets que facilitin la introducció d'una "cultura de la confidencialitat" dintre de l'hospital. L'edició i la difusió del document formarà part d'un conjunt d'iniciatives integrades en una campanya de comunicació i de formació.

Aquesta iniciativa neix de la inquietud existent pel que fa al respecte a la persona dintre de l'àmbit assistencial, amb la certesa que l'atenció sanitària en el nostre entorn planteja ingèrències, mancances i greuges en relació al respecte a la intimitat del pacient, que, pel fet de ser comuns i reiterats han esdevingut "normals". Estem convençuts que hi ha molt per millorar individualment i col·lectivament.

La implicació i el compromís de la Direcció Assistencial del nostre hospital en el projecte i en la campanya de divulgació i formació constitueix una garantia i un necessari suport per al seu futur.

El nostre objectiu és incitar a la reflexió profunda sobre el deure dels professionals de la sanitat d'assegurar la confidencialitat en l'atenció als pacients, entesa com la preservació de la intimitat i la no divulgació de les dades personals i mèdiques derivades del procés assistencial.

Paral·lelament, o de forma superposada, en reflexionar sobre les circumstàncies que afecten la confidencialitat, apareixeran altres aspectes que afecten temes col·laterals, de l'àmbit de la qualitat assistencial, que s'interrelacionen i que a l'hora de



proposar mesures es poden contemplar de forma conjunta.

OBJECTIUS

1. Facilitar formació sobre confidencialitat.
2. Induir la reflexió sobre els aspectes de confidencialitat i de la informació al pacient en la pràctica assistencial.
3. Fomentar actituds professionals de major respecte a la confidencialitat.
4. Promoure un canvi cultural que contempli la confidencialitat com un valor important a la nostra pràctica assistencial.

ANTECEDENTS (marc legal i ètic)

El fonament ètic del criteri o principi de confidencialitat parteix

de la convicció que la dignitat de les persones, com subjectes morals lliures que mereixen ser tractades com un fi en elles mateixes i no com un mitjà, els atorga la gestió absoluta dels seus drets i llibertats i de la seva esfera íntima i la privada (principi ètic d'autonomia). D'altra banda, a la nostra societat existeix un pacte implícit en la relació clínica i, a més, una confiança social pel que fa a la reserva de la professió mèdica, i el respecte a l'autonomia i la lleialtat de tot el personal assistencial envers el pacient, que defineixen la relació de confiança entre metge i pacient. També s'accepta que el benefici per al pacient (la definició i la gestió de la qualitat de vida) és allò que el pacient entén que és millor per a ell (principi de beneficència). Aquest nou punt de

vista reitera el respecte a la confidencialitat.

La reserva sobre allò que coneixem del pacient no només es limitarà a les confidències (secret) o a la intimitat del pacient i als aspectes de la seva privacitat, sinó que també ha d'incloure altres dades, encara que puguin ser del domini públic, en virtut de la relació personal i privada que s'estableix entre el pacient i el professional sanitari.

El dret a la intimitat (que inclou la privacitat), traspasat al marc legal, resta definit com un dret fonamental i es recull a la "Carta Universal de Drets Humans" i a la "Constitució Espanyola", en tant que constitueix un element integrant de la dignitat de la persona.

En l'àmbit de l'assistència sanitària, un conjunt de textos legals defineix el deure de no facilitar o de limitar la informació privada i íntima a què es tingui accés com a conseqüència de l'assistència sanitària. En aquesta línia s'expressen, a nivell estatal, la Ley General de Sanidad, la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal i el Reglamento de Medidas de Seguridad, derivat de la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal; i, a nivell autonòmic, la Llei sobre dret a la informació, autonomia i documentació clínica; a més de quedar recollit

en els codis deontològics dels Col·legis de Metges i d'Infermeria. Aquest deure, doncs, obliga tot professional, sanitari i no sanitari, que intervé en qualsevol procés assistencial. Si, per imperatiu del seu codi deontològic, els metges i infermeres estan sotmesos al secret professional, el deure de preservar la intimitat i la privacitat del pacient obliga tota persona que té accés a les seves dades i, així, és més propi parlar de "confidencialitat a les relacions sanitàries".

De la normativa que hem assenyalat, podem extreure quatre conclusions bàsiques:

1. Que la informació continguda a les històries clíniques ha de ser recollida amb finalitat assistencial i en la mesura que sigui possible des d'aquesta perspectiva.

2. Que els professionals que, en compliment de les seves funcions, hi tinguin accés, només ho han de fer amb una motivació assistencial, i en tot cas, estan sotmesos al deure del secret.

3. Que una actuació que s'aparti d'aquests criteris d'actuació suposa una vulneració de la regulació legal en matèria de confidencialitat de les dades sanitàries.

4. Que la responsabilitat última sobre la custòdia de les històries clíniques correspon a la direcció del centre, que és, per tant, qui assu-

meix la responsabilitat davant del pacient si apareixen casos d'utilitzacions desviades o accessos no autoritzats.

El deure de confidencialitat contempla les excepcions següents:

- Davant de la situació anomenada "privilegi terapèutic", que cal tenir-la present com a excepcional.
- Quan col·lidiona amb drets de terceres persones i suposa un risc greu per a elles o per a la col·lectivitat.
- Quan el pacient està incapacitat.
- En situació d'urgència, si no podem disposar de l'autorització del pacient.
- Quan el propi pacient autoritza la revelació de la informació.

ÀMBITS DE LA CONFIDENCIALITAT

El respecte i la preservació de la confidencialitat en les relacions sanitàries s'han d'assegurar en els àmbits següents:

- Assistència sanitària.
- Accés a la informació.
- Documentació clínica.
- Activitat desenvolupada pels professionals sanitaris i dades del personal assistencial.

Els dos darrers àmbits no són objecte del present document. El Comitè d'Ètica Assistencial disposa de documentació al respecte, que es pot consultar.

SITUACIONS EN ELS QUE NO ES RESPECTA LA CONFIDENCIALITAT ENVERS EL PACIENT I ALTRES ASPECTES RELACIONATS I CONDICIONANTS

- Informació als passadissos.

A tenir en compte: llocs per informar inexistents o inadequats (infraestructura).

- Informació davant terceres persones (habitacions dobles,...).

- Informació a terceres persones sense haver demanat autorització al pacient (familiars, coneguts, amics,...).

A tenir en compte: aïllament del pacient, manca d'acompanyament



familiar (autonomia, qualitat assistencial).

- Informes mèdics no adreçats al pacient.

A tenir en compte: autonomia, qualitat assistencial.

- Amagar informació al pacient (informació real a la família, dualitat d'informació,...).

A tenir en compte: autonomia, qualitat assistencial.

- Accés a dades de la història clínica (HC) per professionals que no intervenen directament.

A tenir en compte: ubicació inadequada de la HC (infraestructura).

- reiteració per multiplicitat de l'atenció (qualitat assistencial).

- intromissió en l'espai físic (qualitat assistencial).

A més no es pot subestimar l'aportació d'informació insuficient ni la disponibilitat de temps insuficient (autonomia, qualitat assistencial).

RECOMANACIONS PER A LA PRÀCTICA ASSISTENCIAL

Respecte de:

1- El subjecte de la informació:

- La informació s'ha de donar al

- Facilitar l'acompanyament de la família, tant en la informació com en la resta de l'assistència, i no deixar-la al marge del procés assistencial.

- Evitar, dintre del possible, informar davant d'altres pacients o familiars veïns (habitacions dobles).

- Evitar la informació o els informes mèdics no adreçats al pacient sense la seva autorització, i lliurar els informes mèdics a tercers (metge capçalera, empresa,...) mitjançant el pacient.

- Evitar comentaris aliens davant del pacient (estudiants) i evitar judicis de valor i actituds de prejudici.

- Evitar comentaris davant terceres persones (passadissos, ascensor, telèfon).

- El deure de confidencialitat no és absolut, hi ha excepcions (privilegi terapèutic, risc per a terceres persones, col·lisió amb drets de tercers, incapacitat, menors d'edat).

3- La intimitat:

- Cal tenir cura de la preservació de la intimitat durant el procés assistencial, tenint present la multiplicitat de procediments i la reiteració de les actuacions i del personal.

- Ser conscients de la invasió del espai físic i íntim, minimitzant l'agressió a la privacitat, sobretot durant les cures i la higiene.

- Vigilar el tracte despersonalitzat, la familiaritat excessiva, el paternalisme i el despotisme.

4- L'accés a la informació (Història Clínica):

- Cal cercar la ubicació adequada de les històries clíniques, per limitar-ne l'accessibilitat.

- Restringir l'accés a la història dels professionals que no intervenen en el procés assistencial.

- Facilitar l'accés del pacient, quan ho demani, a dades de la història clínica (informes, exploracions complementàries), l'accés o còpia del curs clínic amb el coneixement del metge responsable i amb la restricció que marca la llei.

En cas de dubte no tingueu recança en consultar el Comitè d'Ètica Assistencial o algun dels seus membres.



- Converses i comentaris davant terceres persones (telèfon, passadissos, ascensor, control infermeria,...).

A tenir en compte: ubicació inadequada de la HC, control infermeria, telèfon,... (infraestructura).

- Judicis de valor (social, religió, cultural), prejudicis i "etiquetes".

A tenir en compte: manca de rigor professional (qualitat assistencial).

- Comentaris i converses davant el malalt sobre ell o altres pacients.

A tenir en compte:

- tracte despersonalitzat, paternalisme, despotisme, familiaritat excessiva, manca de respecte a la intimitat en l'atenció, aïllament de la família, relació desigual personal sanitari-pacient (qualitat assistencial).

pacient.

- Cal demanar directrius sobre la informació a terceres persones (família, amics).

- S'ha de donar el màxim d'informació al pacient i evitar el proteccionisme paternalista i la dualitat d'informació. (Cal considerar l'autonomia del pacient com un valor i com una eina dintre del procés terapèutic).

Nota: El pacient pot rebutjar rebre informació.

2- La confidencialitat:

- Donar la informació en condicions de privacitat.

- Donar la informació de forma suficient, adequada i progressiva. Es requereix temps i ha de ser donada amb comprensibilitat.

Josep Maria Puigdollers, metge humanista



Jordi Balcells, Internista i Alergòleg; Xavier Bayona Huguet; Director SAP L'Hospitalet de Llobregat Institut Català de la Salut; Francesc Javier Beltrán, servei de Cirurgia Vasculard; Jordi Delàs, servei de Medicina Interna; Eduardo Irache, servei de Psiquiatria; Núria Miserachs, servei de Microbiologia General Lab; Toni Pelegrí, servei de Nefrologia; Nuria Roca Rossellini, metge internista del servei de Cirurgia.

*“Nuestras lágrimas y nuestra sangre
Son el aceite de la lámpara
Que Dios nos hace llevar
Delante del género humano.”
(Poema “Ferrara” de Alphonse de Lamartine)*

El 14 de novembre de 2006 va morir el Dr. Josep Maria Puigdollers Colàs, metge humanista i figura molt important a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor. Membre de l'escola del Dr. Pedro Pons, creador ell mateix d'una extensa escola de medicina, ha estat una persona transcendental en el desenvolupament de l'Hospital. Home afable, d'extraordinàries qualitats intel·lectuals i mèdiques, va ser l'impulsor de la docència en els nostres hospitals. Tant de pregrau, amb les seves vinculacions a la universitat en el seu càrrec de Professor Titular, com de postgrau posant en marxa del sistema MIR en els nostres hospitals.

Amb el testimoni de molts metges i companys de l'Hospital s'han redactat aquestes pàgines, de memòria i per tant amb una certa possibilitat d'inexactitut. Potser no hem triat les facetes més importants, però estan escrites, com deia en Joan Salvat Papasseit, mullant la ploma el cor que és on es suca l'eina.

Era un home a més a més preocupat per l'art, la vida

social, la política. Molt sovint a les sessions clíniques feia sondejós sobre la intenció de vot. Era divertit veure al Dr. Gri afirmant que lliurava el seu vot –veritat o ficció- al partit més radical que en aquell moment pogués aparèixer. Aquest interès ha fet que el Dr. Puigdollers recentment es presentés per alcalde a Granollers.

RECORDANT AL DR. PUIGDOLLERS

Podem dir moltes coses del Dr. Puigdollers, però per damunt de tot que, com totes les grans persones, era senzill i assequible. El recordo com un gran metge i un gran professor. No es fàcil oblidar les sessions clíniques del Servei de Medicina Interna que ell dirigia i a les que ens feia participar. Vist amb la perspectiva dels anys que han passat, fa somriure recordar la delicadesa amb que tractava als que érem joves i inexperts i com escoltava i valorava les nostres opinions. Varem aprendre molt d'ell i de l'equip que ell va saber crear. És fàcil de recordar moltes sessions científiques organitzades per ell i a les que ens feia participar. Com va recolzar la Comissió d'infeccions i com hi va col·laborar. I finalment no podem oblidar el seu suport perquè apareguessin tesis doctorals en el nostre Hospitals. Algunes les va dirigir i a d'altr's va estar al tribunals. quan va formar part del tribunal que va jutjar la meua tesi doctoral. Molt sincerament, hem perdut un gran metge i una gran persona.

De molts de nosaltres va ser el primer mestre i amb ell varem aprendre “l'ofici” de metge. Sempre el recordarem amb carinyo. Descansi en pau.

HOMBRES QUE SUBEN

Hay hombres que suben y hacen subir a su entorno un escalón en el progreso de su quehacer profesional. El profesor Puigdollers ha sido uno de los últimos de una generación patriarcal. Tenía un humanismo existencial y una humanidad moral y física grande, hombre que se dejaba ver y oír. Puso las primeras piedras docentes de este nuestro Hospital Universitario: su Sagrat Cor. Sé que estaba contento de que nosotros continuemos a satisfacción, tirando para arriba este edificio que nunca se acaba y que nunca se acabe. Supo perdonarme que viniendo yo a los 23 años, y él unos cuantos más, no accedí, mas que en contadas ocasiones, a tutearlo. Es que ya lucía sienes plateadas. Gracias Dr. Puigdollers.

Quisiera rendir mi más sincero y humilde homenaje al Dr. Puigdollers, de una forma cronológica quiero recordar



L'antic Hospital estava al costat de l'església del carrer Londres

aquellos “Cursos de Formación” dirigidos para estudiantes de último curso de Medicina y Licenciados que como Jefe del Servicio de Medicina Interna organizó en el Hospital Sagrado Corazón de Barcelona. Recién acabada mi carrera de Medicina tuve la oportunidad de asistir a varios de los citados cursos, a muchos de nosotros estos cursos nos llenaron de ilusión en aquella época y nos indicaron pautas claras para aplicar en nuestro ejercicio profesional, y que hoy en día todavía nos son útiles. La verdad es que a través de aquellos cursos pude comprobar su gran talla humana y docente, siendo para algunos algo “paternalista” para muchos de mi generación fue un “gran Profesor”. A pesar de que luego nuestro camino ha seguido otras ramas diferentes a la Medicina Interna, recuerdo especialmente aquellos consejos suyos “escuchar lo que os dice el paciente”, “observar al paciente”.....

El Dr. Puigdollers tenía varias cualidades sorprendentes que su forma de hacer, sencilla y campechana, podía a veces enmascarar. Contaré una anécdota. Érase un viernes por la noche en su consulta privada y nos despedíamos hasta el lunes por la mañana en el Hospital, tras una semana para mí agotadora. El “Jefe” nos comentaba a su enfermera (su hija, la futura Dra. Puigdollers) y a mi (su ayudante) que haría una partida entera de golf aparte de su habitual agenda de fin de semana (preparar conferencias, actividades religiosas, estar con su familia numerosa, reunio-

nes con amigos etc.). Como último acto cogía un buen pilote de revistas médicas seleccionadas durante la semana “solo para rehojearlas” según él. La verdad es que ni su hija ni yo creíamos que tuviera tiempo ni ganas de “rehojear” revistas y menos en tal cantidad y le preparamos una trampa. Escogí una novedad sobre un muy espinoso tema que podría facilitar su diagnóstico diferencial y esperé a comentárselo al “jefe” a la primera oportunidad. A la semana siguiente tras un primer comentario sobre el asunto, el Dr. Puigdollers respondió, como vagamente, que lo que solía servir eran ciertos datos clásicos ya conocidos. Pensé que ya le había cazado, naturalmente no tuvo tiempo para “rehojear”. Pero conociéndole volví a insistir y entonces sí contesto la cita exacta de la “trampa” y otras dos tanto o más fiables que ponían en duda dicha conclusión. ¡Chapeau!

A reveure’ns.

SERVEI DE MEDICINA INTERNA 1965

Parlar del Dr. Puigdollers és parlar també del servei de Medicina Interna. El jove Dr. Puigdollers va ser cridat el 1965, amb 37 anys a dirigir el servei de Medicina de l’Hospital del Sagrat Cor pel Dr. Cayetano Alegre, reumatòleg i director de l’Hospital. Des de llavors el servei del



Darrer dia del servei de Medicina Interna del Dr. Puigdollers

Dr. Puigdollers va estar obert a gran quantitat de metges que volien fer medicina hospitalària, molts d'ells sense rebre cap compensació econòmica.

Eren els anys abans de la jerarquització. Els equips cobraven com a participació de la feina que realitzaven a la consulta externa i a les plantes d'hospitalització. Era el que passava més o menys a la majoria d'hospitals. Hi havia responsables d'equip, metges assistents, alumnes interns i alumnes externs que només anaven a les sessions clíniques del servei.

Després de molts metges que varen fer prestar al seus serveis com el Dr. Cavallé que feia nefrologia, el Dr. Corachan, Dr. Peracaula. Durant molts anys els equips de treball estaven dirigits pel Dr. Eudald Gri com sotscaop de servei i els Dr. Sarrias, secretari del servei i que va treballar amb el Dr. Enrique Pi Bachich i després amb El Dr. Delás. El Dr. López Carafi era un altre cap d'equip, després ajudat per la seva filla i pel Dr. Eduardo López Cepero. El Dr. Gummà, amb el Dr. Medina, el Dr. Ordax, el Dr. Manolo González i ja posteriorment es fa afegir el Dr. Castelltort. Ajudants distingits eren la Dra. Rodés, Hernández, els Drs. Mundet, Escoda, Balcells, Zaragoza i tants d'altres.

Entre les secretaries més recients Elena Ventura i Maite Font, que varen arribar molt, molt jovenetes al servei i havien de posar en solfa a una bona quantitat de metges.

Una de les tòniques del estil del Dr. Puigdollers fou la potenciació d'unitats. Entre d'altres per la unitat de pneumologia va passar el Dr. Anglès, el Dr. Batlló i després les Dres. Rodés i Hernández del Rey. El Dr. Simó feia oncologia, després d'una profitosa formació als Estats Units. El Dr. Masoliver va desenvolupar la secció d'endocrinologia amb el Drs. Albarrán i les Dres. Surroca, Carrasco i Puig, abans de passar a ser un servei independent. La psiquiatria va tenir un important paper amb els Drs. Martín Pina, Ganoza, Irache, Blanqué i les psi-

còlogues Maruja Ruiz i Carme Bagaria. El mateix Dr. Gri va desenvolupar la genètica amb estudis de dermatoglifos. El servei d'Hepatologia dels Drs. Sanchis, Caballeria, Aragó va estar primerament vinculat també al servei de medicina interna.

1970

A fines del año 1970, cuando el Hospital Sagrado Corazón tenía la entrada principal en la calle Conde Borrell, las salas de los pacientes llevaban nombres de santos y estaban dirigidas por las Hermanas de la Caridad. Llegaba como estudiante interno, si bien los primeros años de mi estancia fueron al lado del Dr. Jordi Gummá, vi, con el tiempo, en José María un hombre metódico, sencillo, excepcional y profesional; de gran inteligencia y gran capacidad de síntesis, muy respetuoso con todos los internos que le rodeamos. Nunca restó importancia al mínimo esfuerzo en el trabajo de los demás y siempre consideró importante toda labor investigadora a la cual nos animaba. Moderadamente religioso y muy orgulloso de la educación jesuita recibida en su juventud.

Sus sesiones clínicas fueron verdaderas clases de docencia y muy concurridas por alumnos y médicos. Aquí cabe resaltar las jornadas que se efectuaban durante el curso universitario y era grato ver y escuchar a profesores como el Dr. Rozman, catedrático de Clínica Médica, al Dr. Salvá Miquel, catedrático de Farmacología, al Dr. Balcells Gorina, catedrático de Patología General, al Dr. Carlos Ballús, catedrático de Psiquiatría y posteriormente decano de la facultad de Medicina; o al Dr. Fabián Isamat, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Sagrat Cor y posteriormente jefe del Servicio de Neurocirugía del Valle Hebrón. Todos ellos grandes amigos y compañeros de promoción del Dr. J.M. Puigdollers.

También en el Servicio de Medicina Interna teníamos tiempo para divertirnos; cómo no recordar los

concursos de Pintura, de Poesia, campeonatos de dominió o partidos de fútbol con otros hospitales o servicios, casi siempre en primavera, promovidos por José María para favorecer las relaciones humanas entre los que formábamos parte del Servicio.

Quando se hizo cargo de la cátedra de Biología de la facultad de Psicología continuamos nuestra labor investigadora sobre la influencia de los factores meteorológicos en el comportamiento de la vida humana, tema que le apasionaba. Cabe recordar artículos como "Factores meteorológicos y accidentes de tráfico" para cuya elaboración contamos con el apoyo de la Dirección General de Tránsito, el Servicio de Meteorología de Atarazanas. Asimismo La Dirección y el Departamento de Orientación escolar de la Escuela San Pío X nos permitió efectuar una batería de test sobre la atención, para estudiar el comportamiento de los estudiantes en invierno y primavera. Posteriormente se amplió esta investigación a la influencia sobre determinadas enfermedades como hipertensión arterial, cefaleas, artritis reumatoidea, etc... Dichas investigaciones fueron la semilla de un posterior y profundo estudio llevado a cabo por el Dr. Puigdollers

que quedaría plasmado en un capítulo del Bioclimatología y Biometeorología en el libro de Medicina Interna de los Drs. Farreras-Rozman (13ª edición).

Años más tarde fue el promotor principal para conseguir que el hospital fuera considerado universitario, viéndose apoyado por el Dr. Jordi Delás.

Como consecuencia de la nueva reestructuración del Servicio de Medicina Interna por la unión de los hospitales Aliança y Sagrat Cor sufrió el profesor el embate no merecido, tal vez, por incomprensión o por falta de diálogo, siendo relegado paulatinamente de la docencia universitaria, tiempo que aprovechó para obtener la licenciatura de Filosofía. Esta nueva situación sirvió para mantener una larga convivencia con el profesor y fructífera labor investigadora, a pesar del escaso material del que disponíamos recibimos el calificativo de excelente en tres comunicaciones en diversos congresos

(Nacional de Psiquiatria. Oviedo 1999, Sociedad catalana de Medicina Interna. Barcelona 2001. Nacional de Geriatria. Madrid 2003)

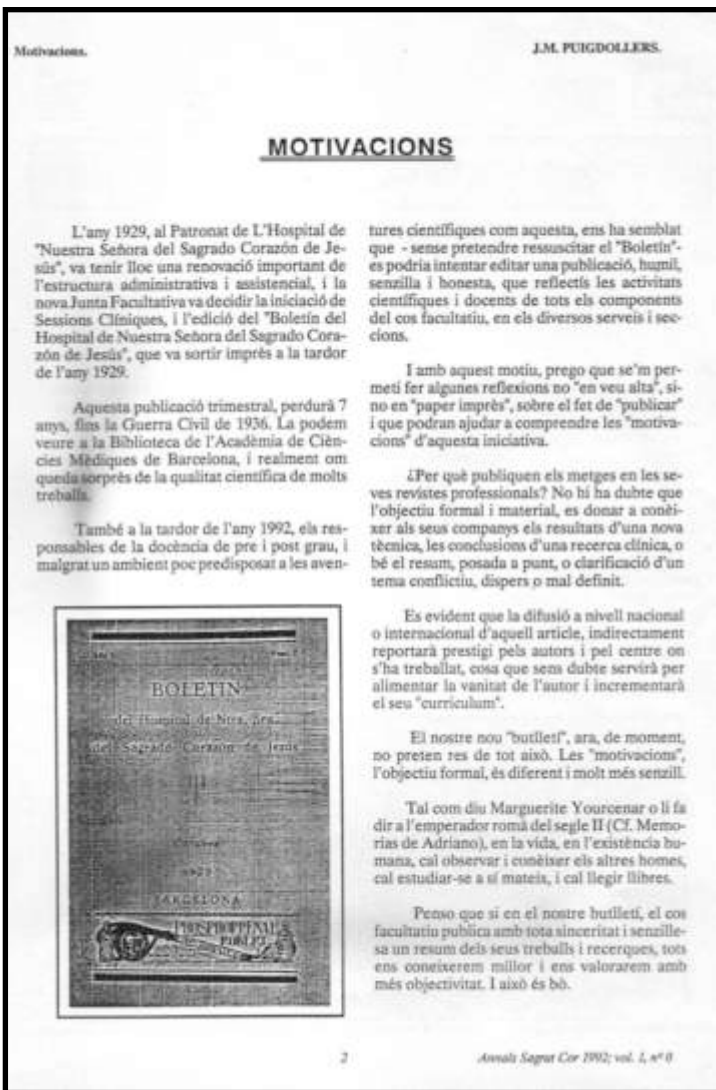
Todavía recuerdo la última vez que hablé con él "¿qué hacemos con estas historias clínicas, todavía podemos aprovecharlas?". Gracias por todo.

TRENTA ANYS ENRERE: 1977

El Dr Puigdollers per mi s'associa al descobriment de la clínica, trenta anys enrere. He de reconèixer que el meu contacte amb el Dr. Josep Maria Puigdollers no va ser massa llarg, de fet es redueix a un parell o tres anys. No obstant això, els records d'aquell període de la meva vida son intensos i agradables. Probablement perquè coincideixen amb el descobriment de la pràctica de la medicina.

Recordo que un cop arribat a tercer de carrera vaig decidir canviar al grup de tarda i així poder aprofitar els matins per veure malalts. El Dr Puigdollers no em va posar cap inconvenient, tot al contrari, per poder compartir amb l'heterogeni grup que aleshores constituïa el Servei de Medicina Interna, les múltiples activitats tant d'ordre científic com cultural que s'hi desenvolupaven.

Recordo els primers hipertensos severos pels que tan sols disposàvem de les tiacides, l'alfametildopa, la guanetidina o el propranolol, assegut vora el Dr Gummà a la taula del despatx. La sèrietat i rigor científic del Dr Sanchis rodejat pels seus estudiants de darrers cursos. L'afabilitat del Dr Sarrias que a mes, un cop a l'any organitzava el concurs de pintura. El descobriment de la regulació electrolítica i les malalties renals vora el Dr Cavallé. Els comentaris, curts, directes i sovint sarcàstics del Dr Gri. I també el



Article del Dr. Puigdollers, l'any 1993 en el primer número dels "Annals del Sagrat Cor"

microscopi, aquell gran microscopi que el Dr Puigdollers guardava al seu despatx però que freqüentment traslladàvem a l'aula Marqués D'Alfarràs per veure, projectades a la pantalla, les biòpsies, sobretot de fetge, però també de ronyó o altres teixits i que per a mi constituïen la materialització de la teoria abstracta estudiada als llibres.

Penso que tot això era possible gracies a la passió per la medicina i la il·lusió per la docència d'aquest home, d'indubtable humanitat, optimisme i senzillesa al que sempre he recordat amb afecte i gratitud.

UN GRAN DOCENT

El Dr. Puigdollers era un gran docent. Un home de memòria privilegiada, gran comunicador, que feia conferències que mantenien l'atenció de l'auditori sense necessitar gran parafernàlia audiovisual. Ell li deia predicar.

Feia fàcil el difícil, era molt didàctic explicant conceptes complicats. No solament va desenvolupar la formació de metges joves i estudiants a les sales de medicina sinó que va dur a terme nombrosos cursos per metges de fora de l'hospital. Era molt habitual realitzar cursos. El servei d'Urologia ho havia fet, també el de cirurgia. El darrer del servei d'Hepatologia va ser del 3 al 13 de febrer de 1992, amb unes fantàstiques imatges de microscopia. El servei de Neurologia del Dr. Balcells també n'organitzava un que durant molt de temps es feia a l'antic laboratori Sandoz.

Els de Medicina Interna acostumaven a ser cap a l'hivern, primavera i es feien durant varies hores al llarg d'una setmana. En un d'aquests cursos el febrer de l'any 1981, els cursillistes es varen assabentar de l'assalt al Parlament de Madrid del coronel Tejero. Què fem ara? Era el comentari generalitzat durant el cafè de mitja tarda a la cafeteria del carrer Paris. Doncs, bé, es va optar per seguir fent ciència, seguir amb l'activitat del curset. Així es va viure aquesta difícil situació a l'Hospital.

Durant molts anys el Dr. Puigdollers va ser professor de la Facultat de Psicologia de l'assignatura Fonaments de Biologia, amb el Dr. Castelltort i Gummà. Posteriorment se li va presentar la possibilitat de traspasar la seva plaça a la Facultat de Medicina i ja al campus Casanova va proposar fer la seva docència al seu hospital, a l'Hospital del Sagrat Cor. Així va ser com va començar l'ensenyament clínic, reglat a l'hospital. A l'any 1987 va col·laborar amb el seu equip a la docència de Semiologia de tercer curs i posteriorment ja es va assumir la formació durant el curs de rotatori i posteriorment l'ensenyament clínic de quart curs. Fins ara.

Va contribuir decididament, amb el Dr. Jurado i el Dr. Delás a portar la docència MIR als hospitals de l'Aliança. Després del servei de Dermatologia del Dr. Pau Umbert, el seu servei es va acreditar per a la formació d'especialistes en medicina interna i familiar i comunitària. Va obrir el pas a l'acreditació de tots els altres serveis.

DR. GRI, DR. SARRIAS

No es pot entendre l'equip del Dr. Puigdollers sense dues persones excepcionals. El Dr. Eudald Gri Espinagosa era el sotscaip de servei. Persona d'una extraordinària lleialtat al Dr. Puigdollers. El Dr. Gri era un excel·lent contrapunt del Dr. Puigdollers. Es dedicava a l'activitat clínica més directe supervisant altres equips. Concretament passava visita els dissabtes al matí, moment en el que molt joves metges i estudiants l'esperaven per passar visita amb ell. En aquesta visita setmanal s'aprenia moltíssim i es tenia l'oportunitat de veure tots els malalts ingressats. Era l'autèntic ídol dels joves professionals als que escoltava amb gran interès. Tenia un magnífic sentit de l'humor –potser una característica de tot l'equip– i un cop a l'any, a les festes de Nadal, meravellava a la concurrència amb una paròdia d'una sessió científica feta per un savi despistat. La començava sempre posant-se el seurell a la cara.

El Dr. Gri es va autoerigir en l'historiador del servei. Quan algú feia una activitat notable, anava a felicitar al company i enlairava el fet demanant una referència, deia, per l'arxiu del servei. El Dr. Gri va ser President de la Societat Catalana de Medicina Interna, fent tàndem amb el Dr. Vilardell. Malauradament l'Eudald va morir prematurament d'un càncer de pulmó que ell mateix va diagnosticar amb una radiografia de tòrax.

El Dr. Ramon Sarrias era el secretari del servei. I era l'autèntica maquinària perquè tot funcionés. Membre d'una coneguda nissaga a Barcelona ell mateix coneixia a tothom a Barcelona. Si calia convocar algun metge, alguna personalitat, segur que el Ramon el coneixia. A diferència del Dr. Puigdollers, no li agradava gaire parlar amb públic. Però tenia un ull clínic que potser no l'hem vist més que amb un altre bon clínic com el Dr. Pere Torras.

El Ramon, com tothom el coneixia, va desenvolupar les relacions externes del servei amb la medicina francesa, amb l'acadèmia de ciències mèdiques. Era el gran organitzador. Va posar en marxa trobades, reunions, cursos tant a l'Hospital del Sagrat Cor com a l'Insitut Policlínic Platón. Va morir d'un infart de miocardi. I amb ell varem perdre un gran metge i un gran amic.

L'ACADÈMIA. SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA INTERNA

El Dr. Puigdollers va ser President de la societat de medicina interna de l'Acadèmia des de 1972 a 1975 en que precisament el va succeir el Dr. Gri, des de l'any 1975 al 1977.

Abans ja havien format part de la junta els Drs. Puigdollers i Gri amb el Dr. Balcells Gorina, també el Drs. Sarrias i Gummà i posteriorment els Drs. González Sanmartín i Gloria Rodés.

Altres temps però ens varen saber marcar el camí cap a la reflexió, diàleg, la recerca i comunicació i el respecte acadèmic. L'acadèmia.



Congrés de Medicina Interna a Roma

1992

Quan després d'alguns temps de caminar pel món arribes al quaranta, cal i és necessari fer-ne la corresponent crisi. Un ha de mirar enrere i s'ha de plantejar si vol que la seva vida continuï igual o vol canviar quelcom. I al mirar enrere busca referents en les experiències viscudes...

Jo recordo un dia de primers de l'any 1992 en que després d'haver passat el MIR anava a presentar-me, dintre de la primera fornada de MIR de l'Hospital del Sagrat Cor al cap de servei de l'Hospital a on m'acollirien durant tres anys per "fer-me gran" com a metge. Era el Dr. Josep Maria Puigdollers Colas. Va ser un primer contacte amb una persona afable, propera i de gran senzillesa. Aquell despatx en el que em va rebre amagava en tots els seus reconts més coneixement del que un podia imaginar. El Dr. Puigdollers va ser capaç de donar al servei de medicina interna del Sagrat Cor, la seva empremta i toc diferencial, amb el saber fer, el bon ambient i el molt treball que s'hi feia. Un prestigi i una categoria propis d'un gran semiòleg, que reconfortaven i impressionaven a tots els que escoltàvem les reflexions que a les històriques sessions clíniques feia. Recordo això i també aquell dia que ens va convidar a tot el servei a casa seva a sopar... Ell ens va inundar amb la seva generositat.

En fi, d'aquells temps passats, ja fa casi quinze anys, recordo una persona, un metge, un gestor clínic i un mestre de qui vaig aprendre moltes coses que no vull canviar ara que ja tinc quaranta anys.

1992: ANNALS DEL SAGRAT COR

A l'inici del curs acadèmic feia noves propostes. Invariablement fer millor les històries clíniques n'era una. Va portar ben aviat un ordinador que miràvem tots en recel i varem tardar molt en tan sols encendre.

L'any 1992 ens va sorprendre a tots amb una nova proposta. Una revista a l'Hospital com ja hi havia estat molts anys endarrera. Finalment es va presentar a la biblioteca del Sagrat Cor. Un company no tant optimista com ell va dir ja veurem quan dura. Quina il·lusió recordar quasi 15 anys després en aquestes pàgines el Dr. Puigdollers. Recordar amb alegria, perquè, no se'l pot recordar d'altra forma.

ANÈCDOTES I FRASES

Moltes anècdotes podem explicar els deixebles del Dr. Puigdollers. La seva imatge era característica, amb una corbata de llaç i la seva magnífica cabellera blanca.

Parlava de la medicina psicosomàtica i va preveure moltes de les entitats que després ens han anat colpejant en els límits de la medicina interna i la reumatologia. Destacava les tres facetes del metge: científic, persona altruista i també ser humà que ha de viure de la seva feina.

Ressaltava tres part en la visita mèdica: el camí que porta al diagnòstic, el diagnòstic i tractament i explicar el tractament fent educació sanitària com tercera part no menys important.

Era un optimista impenitent, virtut o defecte que va passar a molts dels seus col·laboradors. Mai veia venir la mort en els seus pacients, en els que era extraordinàriament carinyós i simpàtic. Si delegava l'atenció amb un col·lega inevitablement i el pacient es queixava de no veure'l invariablement deia el molt que pensava amb ell. I semblava que n'havia prou.

Parlava molt bé, de tots nosaltres. Massa. Si feiem alguna sessió o diagnòstic horrible, no acabava fins trobar algun element positiu. I ens enviava per comarques, per hospitals, també a predicar, a fer sessions.

Explicava sovint l'elecció d'un professor seu, jesuïta, un cop que es va assabentar que tenia una malaltia incurable. Va triar estudiar anglès. Ens va explicar moltes vegades aquesta història, que ara que el Dr. Puigdollers ja no hi és l'entendem en tota la seva dimensió.

I en qualsevol cas, amb notable orgull, ens resta dir que hem estat alumnes, deixebles, de l'escola mèdica, humana i humanista del Dr. Josep Maria Puigdollers.

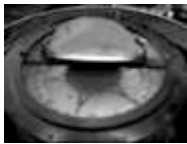
originals

BLOGS, BITÀCOLES I MEDICINA

M^a José Sánchez.

BIBLIOTECA

QUÈ ÉS UNA BITÀCOLA O BLOC?



Bitàcola, en castellà bitàcora. (Del fr. bitacle, por habitacle). 1. f. Mar. Especie de armario, fijo a la cubierta e inmediato al timón, en que se pone la aguja de marear.

Cuaderno de bitàcora 1. m. Mar. Libro en que se apunta el rumbo, velocidad, maniobras y demás accidentes de la navegación.

Fuente: Diccionario de la Real Academia

BITÀCOLA, BLOG, WEBLOG, BLOGOSFERA...

El terme bitàcola o quadern de bitàcola s'utilitza des de fa segles en la navegació marítima i Internet, a on també fem servir la paraula navegació, l'ha popularitzat. En català, parlaríem de bloc, però s'ha imposat el vocable anglès blog.

- Un weblog o blog es una publicació web, només web, periòdicament actualitzada que s'estructura com un diari personal. El bloc modern és una evolució dels diaris online on la gent escribia sobre la seva vida personal. Combinen text, imatges i enllaços a altres pàgines, sobretot altres blocs i altres webs relacionades amb el tema que tracten.
- Una de les principals característiques és que les anotacions són cronològiques i estan ordenades de més recents a més antigues (el més nou primer).
- Solen ser personals, s'actualitzen sovint i inclouen enllaços a d'altres pàgines.
- Quasi bé tots admeten la participació dels lectors, ja sigui mitjançant comentari que es publiquen automàticament o mitjançant un formulari de contacte.
- Cadascú pot entendre el seu propi bloc de manera diferent.

Els directoris de blocs revelen una creixent tendència temàtica i una incipient especialització per formats (audioblogs, photoblogs i videoblogs).

La blogòsfera té el seu propi cercador: Daypop (<http://www.daypop.com>), la seva conferència acadèmica BlogTalk (blogtalk.net), la seva genealogia BlogTree (www.blogtree.com), i inclús els bloggers compten un test de personalitat: BLOGinality (bloginality.love-productions.com).

SOFTWARE PER EDITAR UN BLOC

Blogger: és una eina molt popular per crear blocs, la millor per començar. Basta crear un compte per estar escrivint en pocs minuts. No cal saber llenguatges informàtics ni disseny, ofereix diferents plantilles per tal que puguis escollir la que prefereixes. <http://www.blogger.com/start>

La Coctelera: és un excel·lent sistema gratuït i en castellà per a qui vulgui crear el seu primer bloc. Es pot obrir un bloc, escollir el disseny i escriure en menys d'un minut. <http://www.lacoctelera.com/login/step1>

Zoomblog: és també gratuït i sense publicitat i permet configurar-ho per diferents nivells: fàcil, intermedi i expert. Té totes les funcions necessàries i també moltes de les més avançades. <http://www.zoomblog.com/>

Si, us decidiu a convertir-vos en bloggers, bons consells:

<http://www.tabernadelturco.com/2005/05/10/los-5-pasos-necesarios-que-hay-que-dar-antes-de-crear-un-blog>

BITÀCOLES I SALUT

Dins Internet, "salut" i "medicina", són dos de les paraules més cercades. Curiosament, però, el sector mèdic no és gaire actiu en el món dels bloggers, si ho comparem amb d'altres professions. Podeu trobar una interessant discussió al següent enllaç:

http://armengol.typepad.com/endocitosis/2005/01/blogs_profesion.html

Darrerament, però, han anat sorgint una sèrie de blogs que poden servir-nos per endinsar-nos dins el món blogger mèdic. Aquí van uns quants:

Primablog: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/primablog.php>



Blog de Rafael Bravo, dedicat a l'Atenció Primària, amb un toc de fi humor.

KOMPLEX blog: <http://komplexblog.blogspot.com/>

Dedicat a comentaris sobre complexitat i gestió.

Bioètica: <http://blog.bioethics.net/> Dedicat a qüestions de bioètica, conté enllaços molt interessants a d'altres pàgines web.

Health Care: <http://www.thehealthcareblog.com/> Blog dedicat a qüestions generals de salut. Molt visitat.

BLOGS INFORMÀTICA MÈDICA



• Julio Bonis MD <http://www.juliobonis.com/portal/>

BLOGS MANTINGUTS PER METGES

- Adolescents <http://adolescentes.blogia.com/>
- Consulta joven virtual <http://patriciojose.blogia.com/>
- El bisturí <http://blogs.larioja.com/elbisturi>
- Endocitosis de red <http://armengol.typepad.com/>
- Una de médicos <http://unademedicos.blogspot.com/>
- Vila-real, t'estime <http://pacomont.blogspot.com/>

BLOGS MANTINGUTS PER INFERMERES



• Blog Maite Martínez Lao <http://mlao13.blogspot.com/>

BLOGS DE PACIENTS

• Fibromialiadori <http://fibromialgiadori.blogia.com/>

BLOGS A DIARIO MÉDICO.

Després de registrar-vos (gratuitament) podeu consultar l'apartat dels blocs a:

<http://app.diariomedico.com/DMServiciosApp/Blogs/Controlador>

ALTRES BLOCS

• Blog de Información Médica <http://abdonguerra.blogspot.com/>



- Blog de PLoS Medicine <http://www.plos.org/cms/plosmedicine>
- Blog del BMJ <http://blogs.bmj.com/>



- Blog sobre el NEJM <http://nejm.blogspot.com/>
- Blog y Ciencia <http://blogciencia.blogspot.com/>



- Blogs Medicos <http://www.webmedicaargentina.com.ar/MATERIAS/blogs.htm>
- Boletín Ambiental Nuevo Laredo <http://impacto-riesgo.blogspot.com/>
- Cirugía Cervico Maxilo Facial <http://maxilocabral.blogspot.com/>
- Diabetes Weblog <http://diabetes.taragana.net/>
- El ojo de Markov <http://rafabravo.wordpress.com/>
- InfectoNews <http://infectonews.wordpress.com/>
- Libro de Notas <http://www.librodenotas.com/>
- Medicina Familiar <http://medfamiliaruch.blogspot.com/>
- NHS Blog Doctor <http://nhsblogdoc.blogspot.com/>
- Ocularis (para ver mejor) <http://ocularis.es/blog/>
- Servicio de Urgencia <http://serviciodeurgenciapac.blogspot.com/>
- Sindicación de bitacoras <http://infodoctor.org/rss/bitacoras.php>
- Temas de Neurología <http://www.jorgevillacura.com/>
- UBC Academic Search <http://weblogs.elearning.ubc.ca/google scholar/>
- Unbounded Medicine <http://www.unboundedmedicine.com/>
- Salud Comunitaria <http://saludcomunitaria.wordpress.com/>



originals

L'Aliança i Medicus Mundi Catalunya, una història compartida: "Formació per a la Cooperació".

Mònica Vera Vallés

Ex becària MM, tècnica de projectes a Medicus Mundi Catalunya



Medicus Mundi neix com a institució l'any 1963, arrel de la inquietud de dos metges: en Francesc Abel Fabré i en Salvador Cortadellas; que estudiaren la manera de col·laborar en la millora de la sanitat dels països més necessitats.

En els primers temps la intenció "d'anar a curar malalts al tercer món" ho omplia tot d'un toc de romanticisme i heroïcitat.

La qüestió semblava senzilla: hi havia poblacions amb carències importants en la sanitat i entre el col·lectiu sanitari existien persones disposades a moure's perquè aquesta situació canviés. Entre els metges, infermeres i farmacèutics hi havia gent disposada a agafar la motxilla i travessar la mar, i altres que, des d'aquí, podien garantir el subministrament del material necessari i la logística.

Des del primer moment es va entendre que s'havia de treballar en dos fronts, calia enviar persones i material d'ajuda, però més important era formar i donar eines de treball als propis sanitaris dels països on s'anava a treballar.

És així com l'any 1964 es van gestionar i aconseguir diverses beques per l'ampliació d'estudis per a metges bolivians a Barcelona, 2 d'elles a la Quinta de Salut "L'Aliança".

En aquell moment es va cometre un error, únicament es tenia en compte la medicina curativa i un cop s'acabava l'ajuda externa, la comunitat continuava malalta.

Amb el temps tots aquells que han treballat en l'àmbit de l'ajuda al desenvolupament han entès que el futur estava a invertir en la medicina preventiva, l'educació sanitària i en la protecció dels col·lectius més vulnerables.



La formació, per tant, es feia imprescindible per a donar recolzament a unes comunitats que no necessitaven afegir la càrrega d'un sanitari benintencionat, però francament inexpert, als seus problemes domèstics.

Empesos per aquesta creença, l'any 1971 Medicus Mundi(MM) va organitzar el primer curs anual sobre patologia tropical sota la direcció tècnica de la càtedra de microbiologia de la Facultat de Medicina de Barcelona.

Així es convertiren en pioners d'una corrent de pensament que trobà el millor dels recolzaments en la gran quantitat de sanitaris, metges, infermeres, farmacèutics, biòlegs, nutricionistes, que s'han format a les seves aules.

El món sencer veu la necessitat d'un canvi d'esquema i l'any 1978 es celebrà la Conferència d'Alma Ata, organitzada per l'OMS i UNICEF, a partir de la qual canvia l'orientació de la intervenció a països en vies de desenvolupament (PVD).



Corria l'any 1990, quan, novament de la mà de MM i la Universitat de Barcelona, s'organitzà el I Màster de Medicina Tropical, que actualment té gran prestigi entre els professionals que volen dedicar-se al món de la cooperació. Al novembre del mateix any, Barcelona va ser seu del primer curs de Gestió de Projectes Sanitaris en PVD que venia així a completar i donar coherència a les futures intervencions.

Reprenem la col·laboració entre l'Aliança i Medicus Mundi l'any 1978, en què després d'una conferència que pronunciava el Dr. Salvador Cortadellas sobre les activitats de l'entitat, els Drs. Basilio i Flos es van mostrar interessats a col·laborar en les activitats de la institució.

La primera beca per a formació de metges i metgesses va ser concedida l'any 1979 al Dr. Jesús Curiel.



Des d'aquest any fins el present 2006, s'han format un total de 19 metgesses i 20 metges, únicament 1 no ha acabat la formació i són 6 els que no han fet cap mena de col·laboració al terreny amb MMC o amb altres organitzacions.

Han estat molts els sanitaris que empesos per la seva curiositat, l'esperit de endegar un camí diferent i la intenció d'ajudar a persones amb manca de recursos i oportunitats, han passejat pels passadissos dels Hospitals de L'Aliança; primer va ser a l'antic edifici situat a Pare Claret, i des de fa anys a l'actual Hospital Universitari Sagrat Cor, situat al carrer Viladomat.

A través de diferents convenis durant la llarga col·laboració entre L'Aliança i MMC s'ha donat forma a una beca

formativa que ha hagut de replantejar el seu enfocament a mida que ho feia el món de la Cooperació Internacional.

A l'inici i durant molts anys, els becaris rebien una formació eminentment pràctica, sota el seguiment del Dr. Trilla, integrant-se plenament en els diferents serveis, participant i col·laborant de les sessions clíniques, passes de visita, seminaris de formació contínua i qualsevulla activitat lligada a la seves rotacions. Alguns d'ells feren de l'hospital la seva "segona residència" i es convertiren en els omnipresents, aquells que sempre estaven disposats a unes hores de guàrdia o a fer de "valva" en un quiròfan intempestiu.

La pràctica als diferents serveis els havia de capacitar en la resolució d'aquells problemes que s'haurien de trobar més freqüentment en el decurs de la seva pràctica. S'havien d'habituar a treballar amb manca de mètodes diagnòstics sofisticats i fins i tot d'aquelles eines i fàrmacs que considerem imprescindibles en la nostra tasca a l'anomenat primer món.

Dels cirurgians havien de ser capaços d'aprendre les tècniques més bàsiques, però sovint vitals: la reparació d'hèrnies, el diagnòstic i resolució d'una apendicitis, el diagnòstic diferencial d'un dolor abdominal; el tractament d'hemorràgies de diversos orígens, cures de cremades, amputacions...

El temps al Servei de Medicina Interna els havia de fer desenvolupar els cinc sentits, aguditzant la capacitat d'observació i potenciant el poder d'una anamnesi profunda i una exploració acurada, destinades a suplir una radiografia, un ecògraf o una analítica.

Una rotació imprescindible al Servei de Ginecologia i Obstetrícia havia de ser fonamental per a ser capaços d'atendre un part, una cesària urgent, el seguiment d'un embaràs "normal" o un diagnòstic precoç de qualsevulla urgència obstètrica.

La pediatria els havia de fer experts en l'exploració d'infeccions respiratòries, diarrees, malalties exantemàtiques, mals d'oïdes, caigudes i ferides; que conformarà gran part de la seva càrrega assistencial en els seus destins de treball.

Altres Serveis havien de participar igualment de la formació d'aquests becaris: Dermatologia, Urologia, Banc de Sang, Cirurgia Vascular...Una estada al Servei de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic i amb l'assistència al Màster de Medicina Tropical de la UB donava la formació específica en aquest àmbit.

El personal que treballa als Hospitals de L'Aliança ha estat sempre molt col·laborador, conscient i orgullós, d'aportar una part imprescindible a la formació d'aquestes persones.



Cadasquna de les infermeres que ha ensenyat a punxar o col·locar una via, cada internista que ha ensenyat a auscultar, palpar i explorar; els cirurgians i anestesistes que han educat senzillament en tècniques complexes i delicades, els traumatòlegs que han mostrat com posar un guix o reduir una luxació...l'administrativa que facilita els tràmits, el camiller que ensenya com traslladar un pacient...en definitiva tots els que han col·laborat per a fer dels "mundi", professionals, i persones, millor preparades, són part de la història d'aquesta beca.

Segur que recordeu a alguns de nosaltres, la Montse, la M^aPaz, en Dani, la Carmen, la Victòria, la Pilar, en Jordi, la Mònica...destinats al Camerún, Ruanda, Moçambic, Tanzània, Somàlia, Bolívia o Timor, o canviant de rumb i ancorant a prop, són l'altre part d'aquest binomi.

L'orientació dels projectes de Cooperació de MMC cap a l'assessorament i la millora de la capacitat i gestió dels propis agents sanitaris locals, fan que en els últims temps, la beca s'estigui decantant per convalidar la formació assistencial amb la de salut pública i gestió. Durant el darrer any s'ha fet una reformulació del contingut de la mateixa des de les direccions de C.A.R.S.A. i de MMC per tal d'adequar-la a les necessitats actuals i s'ha elaborat i signat un nou conveni de col·laboració.

Avui podem dir que a més a més d'un passat compartit, l'Hospital Universitari Sagrat Cor i Medicus Mundi Catalunya tenen un futur per a compartir: "Formació per a la Cooperació"



**METGESSES I METGES FORMADES I FORMATS AMB
LA BECA
MEDICUS MUNDI CATALUNYA-QUINTA DE SALUT
L'ALIANÇA**

NOM	PERÍODE DE BECA	1º PAÍS DE DESTÍ
Jesús Curiel	1979-81	Camerún (MMC)
Joaquim Gascón	1980-82	Rwanda (MMNavarra)
Teresa Cerdà	1980-82
Juan Cabezos	1980-82	Ganha (H.StJoan de Dèu)
Francisco Sánchez	1980-82	Perú
Arturo López	1982-84	Bolívia
Joaquín Florit	1982-84
José Antonio Arnal	1982-84	Camerún (MMC)
Elva Tenorio	1983-85	Camerún (MMC)
Montserrat Soldevila	1984-86	Rwanda (MMNavarra)
Itxarone Bilbao	1984-86	Camerún (MMC)
Rocío Martínez	1984-86	Camerún (MMC)
Mercè Aubanell	1986-88	Nicaragua
Víctor Ruiz	1986-88	Camerún (MMC)
Álvaro Guallar	1986-88
Jesús Vera	1986-88	Perú
Rafael Abós	1988-90	Camerún (MMC)
Argiñe Gallaga	1988-90	Camerún (MMC)
Dolors Ridó	1989-91	São Tomé e Príncipe(MMC)
Pilar Astigarraga	1989-91	Bolívia (MSF)
Xavier Bosch	1990-92	Ganha
Victòria López	1990-92	Camerún (MMC)
M.Paz Loscertales	1991-93	Ganha
Núria Santaeugènia	1991-93	Bolívia (MMC)
Xavier González	1992-94
Fernando Cimadevilla	1992-94	Moçambic (MSF)

F. Xavier Gómez-Olivé	1993-95	Rwanda (MMNavarra)
Carmen Limiñana	1993-95
Daniel Gutierrez	1994-96
Dolors Castelló	1994-96	Moçambic (MMC)
Amparo López	1995-97	Angola (MMC)
Paco Díaz	1995-97	Costa d'Ibori(Setem)
Montserrat Guillaumes	1996-98	Angola (MMC)
Ángel Muruzábal	1996-98	Angola (MMC)
Gemma Roch	1998	Moçambic (MMC)
Victòria Feijoo	1997-99	Moçambic (MMC)
Carmen Aramburu	1997-99	Moçambic (MMC)
Jordi Quintana	1998-2000	Moçambic (MMC-emergència)
Mònica Rull	1999-2001	Moçambic (MMC)
Mònica Vera	2001-2003	Moçambic (MMC)
Ignacio González	2003-2004	<i>*no acabà la formació.</i>
Carles Miralles	2004-2006	Moçambic (MMC)
Mireia Garcia	2005-2007	En formació

originals

Any internacional contra el dolor en les persones grans

12 setembre 2006 – Octubre 2007

Dr. V. De Sanctis, Dra. I. Arias

Unitat del Dolor.

Des del 12 d'octubre de 2006 fins l'octubre del 2007, la IASP ha decretat l'any global contra el dolor en les persones grans.

¿ EDAT ?

Depenent del context cultural, una persona serà "gran" d'acord a una determinada edat, o una aparença física, o un canvi de rol laboral com jubilar-se, però no hi ha una definició universalment admesa del que significa ser "gran" o "tercera edat" i encara menys ser "vell". Si parlem de dolor, el procés físic que envolta l'envelliment encara resulta més complex i menys uniforme.

Ara bé, hi ha poderoses raons per interessar-se cada cop més en el dolor de la gent gran:

- És un fet que als països desenvolupats, el percentatge de població de més de 65 anys serà el 36.3% al 2050 i el segment per sobre dels 80 s'haurà triplicat en aquest temps(1).
- Els majors de 65 anys mostren les més altes taxes de procediments quirúrgics i la major incidència de malalties doloroses.
- La prevalença de dolor persistent puja amb l'edat fins als 70 anys

EL DOLOR ÉS EL SÍMPTOMA MÉS CITAT

- 50% de les visites d'atenció primària
- 80% dels pacients a Residències de gent gran

- 19% dels pacients ingressats a un hospital admeten dolor intens o insuportable.

Tipologia.- El dolor en persones grans sol ser: constant, d'intensitat moderat a sever, de varis anys de duració, multifocal i multifactorial.

ETIOLOGIA

La causa més freqüent de dolor en gent gran és la patologia musculoesquelètica (80%) –dolor articular, mal d'esquena, etc- originada fonamentalment en els processos associats a l'edat com artrosi, artritis reumatoide, osteoporosis i les seves conseqüències, etc.

Aquesta etiologia està seguida de lluny per dolors neuropàtics (10%), herpes zòster, neuràlgia del trigemí, neuropatia perifèrica per diabetis, isquèmia, etc.

Per últim, està el dolor relacionat amb el càncer (4%), que és la segona causa de defunció per sobre dels 65 anys.

EL DOLOR SUPOSA UN DETRIMENT:

- Físic i funcional: trastorn de la son, de l'alimentació, pèrdua de pes, limitacions per realitzar les activitats diàries...
- Psicosocial: depressió, risc de suïcidi, ansietat, aïllament social
- Global: disminució important de la qualitat de vida, empobriement de l'estat de salut del pa-

cient i augment de la utilització dels serveis de salut.

EL DOLOR EN LA GENT GRAN, ESTÀ INFRADIAGNOSTICAT

- Presentacions atípiques
- Desestimació del dolor:
- Mala interpretació de sensacions físiques
- Subestimació de la sensibilitat, esperant d'ells que tolerin bé el dolor
- Es requeririen escales molt senzilles i descriptives, sobretot pels pacients impedits cognitivament.
- Conceptes erronis sobre la capacitat de beneficiar-se de l'ús dels opioides.
- Manca d'evidències científiques per abordar noves aproximacions terapèutiques.

EL DOLOR EN LA GENT GRAN, ESTÀ INFRATRACAT

- La seva vulnerabilitat:
- Recursos econòmics reduïts
- Problemes de comunicació i cognitius: impediments visuals, auditiu, motors i cognitius.
- Malalties cròniques i múltiples fonts de dolor: molts pateixen múltiples problemes mèdics sovint han de front a limitades opcions terapèutiques per evitar interaccions associades a l'ús concurrent de múltiples medicacions

- Tractament amb analgèsics limitat pel risc d'augment d'efectes adversos i problemes per complexes interaccions de fàrmacs.
- Efectes secundaris dels fàrmacs antiinflamatoris no esteroides (AINE): si bé són eficaços poden causar toxicitat renal i gàstrica i altres reaccions de fàrmacs com l'impediment cognitiu, l'estrenyiment i mals de cap en pacients de major edat.
- Eficàcia dels opioïdes. Les persones grans tenen més sensibilitat als efectes analgèsics i depressius del sistema nerviós central característic dels opioïdes. Això fa que, generalment, l'efecte màxim sigui més elevat i l'alleugeriment del dolor pugui durar més temps.
- Analgèsia controlada pel pacient: No sembla la millor opció, ja que l'eliminació més lenta del fàrmac i la major sensibilitat a possibles efectes adversos indiquen la necessitat d'una dosificació inicial baixa i vigilància de les subsegüents infusions parenterals contínues.

EL DOLOR EN GENT GRAN POT SER TRACTAT.

- El primer de tot és l'avaluació: caldria sempre que, a qualsevol servei de salut, el professional preguntés al pacient quelcom tant simple com si té dolor. A la resposta habitual de "a la meua edat... quan no és aquí és allà" cal interpretar-la negativament. Ni el pacient ni el professional han d'entendre el dolor com un imponderable de l'edat, el contrari seria convertir el dolor en un senyal de menyspreu i prejudicis vers la gent gran.

- El dolor es combat millor des d'una perspectiva multidisciplinària, que permeti adaptar-se a les necessitats de la gent gran.

PAUTES:

- Anàlisi del medi social, funcions orgàniques i estat del dolor
- Malalties coincidents i ús d'altres fàrmacs
- Durant el tractament s'haurà d'efectuar un control continu
- La família haurà de tenir una informació adequada per obtenir un efecte òptim
- La sensibilitat a la medicació d'analgèsics és diferent en el malalt gran
- La lenta eliminació dels fàrmacs altera el seu metabolisme
- La majoria dels fàrmacs s'han de començar amb dosis petites i anar augmentant-les gradualment.

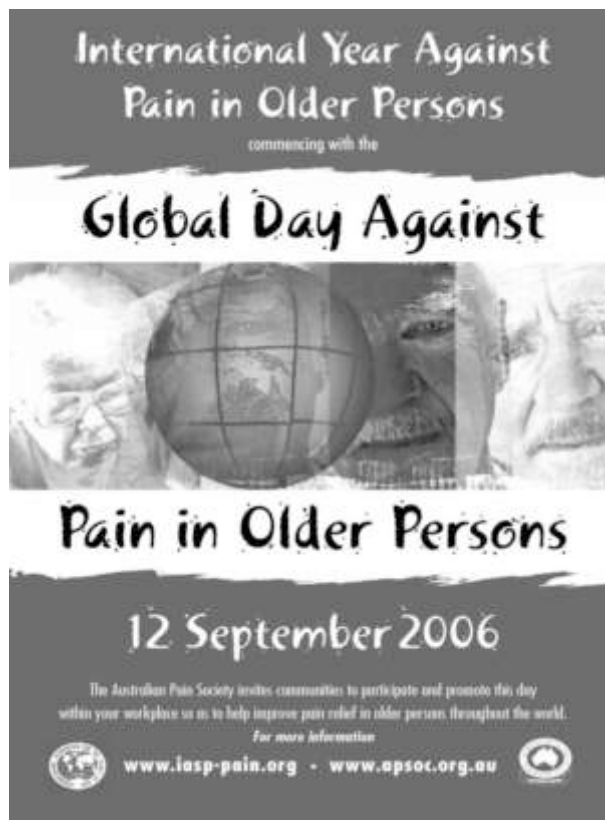
- S'ha de combatre la depressió, ansietat i soledat del pacient.

CONCLUSIONS

- La població mundial és cada cop més gran i hi ha una necessitat clara d'informació acurada i comprensible sobre el dolor i el seu tractament en adult d'edat avançada.
- En els darrers temps s'ha generat un augment d'interès que s'està reflectint en el disseny d'eines de diagnòstic i mesura de dolor adequades a l'edat i inclús als estats de demència, i a estudis controlats sobre les opcions terapèutiques pel dolor en adults.
- Es necessita urgentment més programes de formació, més investigació i millors estratègies terapèutiques.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- U.S. Census Bureau. International Programs Center. International Data Base.
- 2.- Càmera L, Landi M, Stonski E, Vázquez P, Weissbrod D. Evaluación multidimensional de dolor en ancianos. Comunicación. VIII Reunión de la Sociedad del Dolor, Ferrol 2006.- 673
- 3.- Gibson SJ, Farrell MJ. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. Clin J Pain 2004; 20(2):227-239.
- 4.- Gibson SJ, Helme RD. Age-related differences in pain perception and report. Clin Geriatr Med 2001; 17:433



XUMADOL® 1g

Granulado efervescente

Paracetamol

40
Sobres

Nueva fórmula, "Sin Azúcar"



agradable sabor
a Limón

mejorado

Prescripción por principio activo: PARACETAMOL 1g, 40 SOBRES

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: XUMADOL 1g **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada sobre contiene paracetamol (D.C.I.) 1g, excipientes, e.s. (ver sección 6.1) **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Granulado efervescente **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento sintomático del dolor de intensidad moderada como dolor musculoesquelético, artrosis, artritis reumatoide, cefaleas, dolor dental o dentonías. **4.2. Posología y forma de administración:** VIA ORAL: XUMADOL 1g. Adultos y niños mayores de 15 años: 1 sobre (1g de paracetamol) disueltos en un vaso de agua de 3 a 4 veces por día. Las tomas deben espaciarse al menos 4 horas. No se excederá de 4 g (4 sobres) cada 24 horas. Insuficiencia renal grave. Cuando se administre paracetamol en caso de insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min), se recomienda que el intervalo entre 2 tomas sea como mínimo de 8 horas. Insuficiencia hepática (véase epígrafe 4.3. Contraindicaciones). Está contraindicado. Uso en ancianos. En pacientes geriátricos se ha observado un aumento de la severidad de eliminación del paracetamol por lo que se recomienda reducir la dosis del adulto en un 25%. En alcoholistas crónicos no se debe administrar más de 2g/día de paracetamol. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida al paracetamol o a cualquiera de los componentes de la especialidad. Pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sus ellas) o hepatitis viral (aumenta el riesgo de hepatotoxicidad). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se debe administrar el paracetamol con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con distensión renal (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos renales adversos). En caso de insuficiencia renal grave, (aclaramiento de la creatinina inferior a 10 ml/min), el intervalo entre 2 tomas será como mínimo de 8 horas. La utilización de paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (tres o más bebidas alcohólicas al día) puede provocar daño hepático. En alcoholistas crónicos no se debe administrar más de 2g/día de paracetamol. Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito ligeras reacciones broncoespásticas con paracetamol (reacción cruzada); en estos pacientes, aunque solo se manifestaran en menos del 5% de los ensayos. Si el dolor se mantiene durante más de 10 días o la fiebre durante más de 3 días, o empeoran o aparecen otros síntomas, se debe reevaluar la situación clínica. Este medicamento contiene 15 mg de aspartamo por sobre. Las personas afectadas de fenilalanina tendrán en cuenta que cada sobre del mismo contiene 42 mg de fenilalanina. Este medicamento contiene 375,02 mg de sodio por sobre, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con dietas pobres en sodio. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El paracetamol se metaboliza a nivel hepático, dando lugar a metabolitos hepáticos por lo que puede interaccionar con fármacos que utilicen sus mismas vías de metabolismo. Dichos fármacos son: Anticoagulantes orales (acenocumarol, warfarina): La administración crónica de dosis de paracetamol superiores a 2 g/día con este tipo de productos, puede provocar un incremento del efecto anticoagulante, posiblemente debido a una disminución de la síntesis hepática de los factores que favorecen la coagulación. Dada su aparente escasa relevancia clínica, se considera la alternativa terapéutica a salicilatos, cuando existe terapia con anticoagulantes. Alcohol etílico: Potenciación de la toxicidad del paracetamol, por posible inducción de la producción hepática de productos hepatotóxicos derivados del paracetamol. Anticonvulsivos (fenitoína, fenobarbital, metfenobarbital, primidona): Disminución de la biodisponibilidad del paracetamol así como potenciación de la hepatotoxicidad en sobredosis, debido a la inducción del metabolismo hepático. Cloranfenicol: Potenciación de la toxicidad del cloranfenicol, por posible inducción de su metabolismo hepático. Estrógenos: Disminución de los niveles plasmáticos de paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo. Diuréticos del asa: Los efectos de los diuréticos pueden verse reducidos, ya que el paracetamol puede disminuir la excreción renal de protaglandinas y la actividad de la rena plasmaática. Isoniazida: Disminución del aclaramiento de paracetamol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. Zidovudina: Disminución del área bajo la curva (20%) y de la vida media (15%) de lamotrigina, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo hepático. Probenecid: Puede incrementar ligeramente la eficacia terapéutica del paracetamol. Propofol: El propofol reduce el sistema enzimático responsable de la glucuronidación y oxidación del paracetamol. Por lo tanto, puede potenciar la acción del paracetamol. Rifampicina: Aumento del aclaramiento de paracetamol por posible inducción de su metabolismo hepático. Anticónculos (el ejemplo, propofol): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por la disminución de velocidad en el vaciado gástrico. Resaca de síndrome abstinencia (colertrivir): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por función del paracetamol en acetato. Zalcitabina: Puede provocar la disminución de los efectos farmacológicos de la zalcitabina por un aumento del aclaramiento de dicha sustancia. Interacciones con pruebas de diagnóstico. El paracetamol puede afectar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: Sangre: aumento biológico de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoníaco, bilirrubina, creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH) y urea, aumento (interferencia analítica) de glucosa, creatinina y ácido úrico. Aumento del tiempo de protrombina (en pacientes con dosis de mantenimiento de warfarina, aunque sin significación clínica). Reducción (interferencia analítica) de glucosa cuando se utiliza el método de oxidasa-peroxidasa. Orina: pueden aparecer valores falsamente aumentados de metadrenalina y ácido úrico. Pruebas de función pancreática mediante la benteronina: el paracetamol, como la benteronina, se metaboliza también en forma de anilina, por lo que aumenta la cantidad aparente de ácido paraaminobenzoico (PABA) recuperada, se recomienda interrumpir el tratamiento con paracetamol al menos tres días antes de la administración de benteronina. Determinaciones del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina: en las pruebas cualitativas diagnósticas de detección que utilizan nitrosonafol como reactivo, el paracetamol puede producir resultados falsamente positivos. Las pruebas cuantitativas no resultan alteradas. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo: No se han descrito problemas en humanos. Aunque no se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que el paracetamol atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrarlo salvo en caso de necesidad (categoría B de la FDA). Lactancia: No se han descrito problemas en humanos. Aunque en la leche materna se han medido concentraciones máximas de 10 a 15 µg/ml (de 66,2 a 59,3 moles/l) al cabo de 1 o 2 horas de la ingestión, por parte de la madre, de una dosis única de 650 mg, en la orina de los lactantes no se ha detectado paracetamol ni sus metabolitos. La vida media en la leche materna es de 1,35 a 3,5 horas. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se ha descrito ningún efecto en este sentido. **4.8. Reacciones adversas:** Las reacciones adversas del paracetamol son, por lo general, raras o muy raras. Frecuencia estimada: Muy frecuentes (>1/10), frecuentes (>1/100, <1/10), infrecuentes (>1/1.000, <1/100), muy raras (>1/10.000, <1/1.000). Generales: Raras: Malestar. Muy raras: Reacciones de hipersensibilidad que oscilan, entre una simple erupción cutánea o una urticaria y shock anafiláctico. Tracto gastrointestinal: Raras: Niveles aumentados de transaminasas hepáticas. Muy raras: Hepatotoxicidad (ictérica). Metabólicas: Muy raras: Hipoglucemia. Hematológicas: Muy raras: Trombocitopenia, agranulocitosis, anemia hemolítica. Sistema cardiovascular: Raras: Hipotensión. Sistema renal: Muy raras: Fiebre enteral (orina turbia), efectos renales adversos (véase epígrafe 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.9. Sobredosificación:** La sintomatología por sobredosis incluye mareos, vómitos, pérdida de apetito, ictericia, dolor abdominal e insuficiencia renal y hepática. Si se ha ingerido una sobredosis debe interrumpirse al paciente en un centro médico aunque no haya síntomas o signos significativos ya que, aunque estos pueden causar la muerte, a menudo no se manifiestan inmediatamente después de la ingestión, sino a partir del tercer día. Puede producirse la muerte por necrosis hepática. Así mismo, puede aparecer fallo renal agudo. La sobredosis de paracetamol se evalúa en cuatro fases, que comienzan en el momento de la ingestión de la sobredosis: FASE I (1-24 horas): náuseas, vómitos, diarrea y acidez. FASE II (24-48 horas): mejoría clínica, comienzan a elevarse los niveles de AST, ALT, bilirrubina y protrombina. FASE III (48-72 horas): pico de hepatotoxicidad, puede aparecer valores de 20.000 para la AST, FASE IV (7-3 días): recuperación. Puede aparecer hepatotoxicidad. La muerte tiene tóxica, en una sola toma, en dosis de 6 g en adultos y más de 100 mg/kg de peso en niños. Dosis superiores a 26-25 g son potencialmente mortales. Los síntomas de la hepatotoxicidad incluyen náuseas, vómitos, anorexia, malestar, diarrea, dolor abdominal y diarrea. Si la dosis ingesta fue superior a 150 mg/kg o no puede determinarse la cantidad ingerida, hay que obtener una muestra de paracetamol sérico a las 4 horas de la ingestión. En el caso de que se produzca hepatotoxicidad, realizar un estudio de la función hepática y repetir el estudio con intervalos de 34 horas. El fallo hepático puede desarrollarse: encefalopatía, coma y muerte. Niveles plasmáticos de paracetamol superiores a 300 µg/l, encontrados a las 4 horas de la ingestión se han asociado con el dato hepático producido en el 90% de los pacientes. Este comienza a producirse cuando los niveles plasmáticos de paracetamol a las 4 horas son inferiores a 120 µg/l o menores de 30 µg/l a las 12 horas de la ingestión. La ingestión crónica de dosis superiores a 4 g/día pueden dar lugar a hepatotoxicidad transitoria. Los niños pueden sufrir necrosis tubular y el marcado puede resultar letal. Tratamiento: En todos los casos se procederá a aspiración y lavado gástrico, preferentemente en las 4 horas siguientes a la ingestión. Durante un antídoto específico para la toxicidad producida por paracetamol. Se recomienda 300 mg/kg de N-acetilcisteína (equivalente a 1,5 ml/kg de solución acuosa al 20%, pH 6,5), administrados por vía oral. Durante un período de 20 horas y 15 minutos, según el siguiente esquema: **A. Adultos:** 1. Dosis de ataque: 150 mg/kg (equivalente a 0,75 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína, pH 6,5) lentamente por vía intravenosa o diluido en 200 ml de dextrosa al 5%, durante 15 minutos. 2. Dosis de mantenimiento: a) Inicialmente se administrarán 50 mg/kg (equivalente a 0,25 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína, pH 6,5), en 500 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 4 horas. b) Posteriormente, se administrarán 100 mg/kg (equivalente a 0,50 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína, pH 6,5), en 1000 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 16 horas. **B. Niños:** El volumen de la disolución de dextrosa al 5% para la infusión debe ser ajustado en base a la edad y al peso del niño, para evitar congestión vascular pulmonar. La efectividad del antídoto es máxima si se administra antes de que transcurran 4 horas tras la intoxicación. La efectividad disminuye progresivamente a partir de la octava hora y es ineficaz a partir de las 15 horas de la intoxicación. La administración de la solución acuosa de N-acetilcisteína al 20% podrá ser interrumpida cuando los resultados del examen de sangre muestran niveles hepáticos de paracetamol inferiores a 300 µg/l. Efectos adversos de la N-acetilcisteína: por vía oral: Excepcionalmente, se han observado erupciones cutáneas y anafilaxis, generalmente en el intervalo entre 15 minutos y 1 hora desde el comienzo de la infusión. Por vía oral, es preciso administrar el antídoto de N-acetilcisteína antes de que transcurran 10 horas desde la sobredosificación. La dosis de antídoto recomendada para los adultos es: una dosis inicial de 140 mg/kg de peso corporal; 17 dosis de 70 mg/kg de peso corporal, una cada 4 horas. Cada dosis debe diluirse al 5% con una bebida de cola, zumo de uva, de naranja o agua, antes de ser administrada, debido a su olor desagradable y a sus propiedades ácidas o esclerosantes. Si la dosis se vomita en el plazo de una hora después de la administración, debe repetirse. Si resulta necesario, el antídoto (diluido en agua) puede administrarse mediante la sonda nasogástrica. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1. Régimen de prescripción y dispensación:** Sin receta médica. Reembolsable por la Seguridad Social. **5.2. Presentación y PVP IVA:** XUMADOL 1g granulado efervescente 20 sobres PVP IVA: 3,17 €. XUMADOL 1g granulado efervescente 40 sobres PVP IVA: 5,79 €. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:** **6.1. Relación de excipientes:** Aspartamo (E-951), sacarina sódica, povidona, carbonato sódico, bicarbonato sódico, ácido cítrico, citrato sódico y aroma de limón e.s. **6.2. Incompatibilidades:** No se ha observado. **6.3. Período de validez:** 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** Mantener en el envase original. No precisa condiciones especiales de conservación. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** Envases con 20 y 40 sobres monodosis, conteniendo 1 g de Paracetamol. **6.6. Instrucciones de uso/manipulación:** Disuolva el contenido del sobre en un vaso de agua antes de su ingestión. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Italfarmaco S.A. San Rafael 33. 20100-Ajoberre (Madril) España Febrero 2006.

BIBLIOGRAFÍA: 1 - Meers A, Collins D, Carroll D, McQuay H. Paracetamol with and without codeine in acute pain: a quantitative systematic review. *Pain* 1997; 70:193-201. 2 - M Farré. Paracetamol. *Dolor* 2004; 19:5-15. 3 - Cvetkovic P, Doherty M. Key questions concerning paracetamol and NSAIDs for osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2002; Sep; 61(9):787-73. 4 - Miller PL, Noholt SE, Gray HE, Hussey JH, Vincent FG, Skoglund LA, Snellet-Pedersen S. Time to onset of analgesic and analgesic efficacy of efervescent acetaminophen: 1000 mg compared to tablet acetaminophen 1000 mg in postoperative dental pain: a single-dose, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Clin Pharmacol* 2000 Apr; 40(4):378-383. 5 - Pyykko T, Zaldonis K, Sarnik B. Absorption of efervescent paracetamol tablets relative to ordinary paracetamol tablets in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 2000 Apr; 56(2):141-3. 6 - Peto J, Yarns C, Varga Castellón E. Problemas de uso de los antidiarreéticos sintéticos (AID) en pacientes con patología crónica asociada. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2004; 24:13-9. 7 - E. De Miguel. Estudio de utilización de medicamentos en la atención. *Rev Esp Anestesiol* 2003; 30(1):13-9. 8 - McCarberg, BH, Hill, KA. Artrosis: Tratar el dolor y mejorar la función. *Atal* 2004; 24:13-9. 9 - Barton, A.K. and Walsh, O. (1997). Clinical guidelines in the management of low back



XUMADOL[®] 1g

Granulado efervescente

Paracetamol

**Nueva fórmula,
"Sin Azúcar"**

40

