

Annals del Sagrat Cor

Fundat l'Any 1993

Vol 10, núm. 1

Gener-Febrer-Març 2004

EDITORIAL

L'Hospital i l'Arc de Sant Martí 1

ORIGINALS

Identificació de les espècies de Candida per el sistema automàtic Vitek2. N. Miserachs; P. Favà; E. Vayreda; D. Vives; S. Rodriguez; R. Alcón; E. Lopez; M. Ollé; M. Puente; Y. Rodriguez 2

REVISIONS

Noves utilitats terapèutiques de la Metformina. Mercè López Grau. Carlos Martín 4

PROTOCOLS

Normes d'actuació en cas d'accident per punxades o esquistades amb risc de contagi biològic. Unitat de Salut Laboral 6

ARTICLES ESPECIALS

El síndrome antifosfolípido y su descubridor Ofelia Aguado Lorenzo 8

Introducció al coneixement de l'obra d'Adrian Vander Put, en el camp de la Medicina Naturista a Catalunya. Cristina Gutiérrez Portugal, Èrika Martínez Amorós, M^aCarmen Medina Mallén 10

La Medicina en el Islam (I). Agustina Rodriguez, Albert Sidro 13

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA

Quasi un homenatge. Carles Pons 17

L'HOSPITAL ÉS NOTÍCIA

FISS-2003 concedit a l'estudi: Eficàcia del tractament amb CPAP nasal en els pacients amb ictus i trastorns respiratoris del son. Serveis de Pneumologia i Neurologia 18

Nova Unitat de Neuropsicologia. Marta Grau Oliveres 19

MONOGRÀFIC HOSPITAL i INFORMÀTICA

Les tecnologies de la Informació a l'àmbit sanitari. Dionís Bel i López 20

Hospital i Informàtica. Núria Parra Macías 24

Prevenió dels problemes relacionats amb els medicaments. Begoña Eguileor 26

DOCÈNCIA

Docència pregrado ultramar en el HUSC Javier Ruiz 27

BIBLIOGRAFIA

Revistes suscrites a la biblioteca 2004 29

Biblioteca Digital de la Biblioteca Josep Laporte ... 29

AGENDA

Calendari de Sessions Generals Hospitalàries: Curs 2003-2004..Sessions Científiques del Centre Sociosanitari Palau 30

Annals del Sagrat Cor

Vol 10, núm. 1
Gener-Març 2004

Coordinació

M^a José Sánchez

Cap de Redacció:

Jordi Bel

Redactors:

Toni Rivas, Miquel Delás

Consell Editor:

- | | |
|--|---|
| Margarita Aguas, farmàcia | Joan Massons, neurologia |
| Jamil Ajram, pediatria | M. Mateo, anestèsia |
| Rosa Antón, cirurgia | Eduard Mauri, radiologia. |
| José Vicente Aragó, digestivo | Ignasi Machengs, oncologia |
| Adrià Arboix, neurologia | Luis Medina, medicina interna |
| Jordi Argimón, medicina interna, | Núria Miserachs, microbiologia |
| Xavier Arroyo, medicina interna | Carles Miquel, cirurgia vascular |
| Javier Avila, urologia | Laure Molins, cirurgia toràcica |
| Miquel Balcells, neurologia | Sebastià Monzó, hematologia |
| J. Ballesta, cirurgia plàstica | César Morcillo, medicina interna |
| Santi Barba, cirurgia | Montserrat Oliveres, neurologia |
| Núria Barrera, medicina de família | Marcel·lí Panisello, cirurgia |
| Eduardo Basilio, cirurgia | Olga Parra, pneumologia |
| Siraj Bechich, medicina interna | Antoni Pelegrí, nefrologia |
| Xavier Beltrán, cirurgia vascular | Luis Manuel Pérez Varela, neurocirurgia |
| Antoni Bosch, cirurgia | Angel Plans, salut laboral |
| Joan Brasó, medicina intensiva | Carles Pons, cardiologia |
| Encarna Campañá, medicina intensiva | Montserrat Pons, farmàcia |
| Eleuterio Cánovas, otorrinolaringologia, | Carne Prat, traumatologia |
| Amadeo Carceller, oftalmologia | Marina Puig, endocrinologia |
| Enric Carral, medicina interna | JM ^a Puigdollers, medicina interna |
| Rosa Carrasco, endocrinologia | Carles Pujol, radiologia, salut laboral |
| José Luis CAsaubon, medicina intensiva, | Núria Queralt, infermera |
| Margarita Centelles, oncologia | Vicenç Querol, radiologia |
| Rosa Coll, medicina interna | Núria Roca, medicina interna |
| María José Conde, radiologia | Assumpta Ros, otorrinolaringologia |
| Emili Comes, neurologia | Vicenç Ros, cirurgia plàstica |
| Frederic Dachs, traumatologia | Francesc Rosell, medicina interna |
| Jordi Delás, medicina interna | Jesus Sacristán, urologia |
| Vicente De Sanctis, anestèsia | Rosario Salas, medicina interna |
| Dani Dinarés, otorrinolaringologia | Montse Salleras, dermatologia |
| Francesc Fernández, medicina interna | Manuel Sánchez Regaña, dermatologia |
| Javier Foncillas, cirurgia | Ricard Solans, medicina intensiva |
| Caterina Fornós, medicina interna | Juanjo Sopena, pneumologia |
| Lluís Fumadó, traumatologia | Dolors Sort, medicina interna |
| Rosa García-Penche, infermeria | Marisa Surroca, endocrinologia |
| Enric Gil de Bernabé, cirurgia | Cecilia Targa, neurologia |
| Pilar Girón, pneumologia | Pau Umbert, dermatologia |
| M ^a Jesús Gago, medicina interna, urgències | Neus Vall, infermeria salut laboral |
| Irene Hernández, pneumologia | Ignasi Valls, ginecologia |
| Luis Hernaández, neurocirurgia | Gonzalo Vidal, cirurgia toràcica |
| Maribel Iglesias, dermatologia | |
| Albert Isidro, traumatologia | Impressió digital: gama, sl |
| Eduardo Irache, psiquiatria | Arístides Maillol, 9-11 |
| Joan Carles Jordà, infermeria urgències | gama@gamasl.net |
| Yolanda López Pernas, medicina interna | ISSN: 1695-8942 |
| Juan Martín Zárata, digestivo | D.L.: B-3794-93 |
| Carles Martínez, pneumologia | bibhsc@hscor.com |

L'Hospital i l'Arc de Sant Martí

Hi ha elements que es poden considerar autèntics motors del desenvolupament dels hospitals. Un és el servei de Diagnòstic per la imatge.

Durant molts i molts anys la radiologia ha estat una assignatura pendent del nostre Hospital Universitari. Ara que la seva actualització esdevé una realitat, s'obren enormes expectatives, després de tan llarga espera. Aquesta inversió en tecnologia ha de donar ales als nostres equips mèdics a la vegada que permet que el pacient no hagi de sortir del recinte i es reafirma la presència de l'Hospital a la ciutat i es donen garanties de futur.

Tot arriba, pot ser el missatge dels pacients. I ara el següent *Esperando a Godot* és la implantació racional de la informàtica, en la que serà, sens dubte, una gran revolució per l'Hospital. En el moment actual es repeteixen innecessàriament històries i actuacions clíniques que ocasionen voluminosos expedients difícils de manegar. La comunicació segueix el ritme del tradicional correu intern i és una proesa la consulta a les fonts científiques per prendre les millors decisions en el curs de la visita mèdica.

L'Hospital com a tal no té presència a Internet. En el moment actual en que estem tan acostumats a fer, busquem el que busquem, la primera consulta a la xarxa informàtica costa d'entendre la nostra absència de la vida pública informàtica. Un hospital de les nostres característiques, proper, sense entrebancs urbans hauria de ser accessible a la consulta per corresponent pàgina web, on es mostrés qui som, què fem i què volem fer. Cap por a la comunicació, al contrari, la transparència ha de ser el reclam d'un bon funcionament.

Probablement el tercer motor de desenvolupament després del diagnòstic per la imatge i la implantació de la informàtica és precisament la implicació en la societat. Establir vincles i lligams que ens facin saber què espera la població del nostre Hospital i què po-

dem oferir. Es, tema que tractarem properament des d'aquesta publicació.

En el present número dels Annals, a la portada hem volgut vincular precisament la imatge de l'Hospital amb la protecció que suposa per la població l'Arc de Sant Martí amb l'anunci del final de la tempesta.

Apareix la segona monografia, després de la dedicada a les urgències. Aquesta vegada es tracta la Informàtica i Hospital. Comptem amb la valuosa aportació de Dionís Bel, Director de Logística de la Corporació Sanitària CLINIC i ex-director d'Organització i Informàtica durant el període 1992-2003. El seu article és una autèntica assessoria de la incorporació de les tecnologies de la informació, que tal com ens escriu, *a tots els àmbits i en particular a l'àmbit sanitari, és un procés en evolució, irreversible i imparabile, que està canviant la nostra manera de treballar i també, la manera en què ens relacionem*. Completa el monogràfic una visió clínica i de l'àrea de Farmàcia.

Un motor ja consolidat és la docència a l'Hospital. El cap d'Estudis, Dr. Javier Ruiz, ens explica la realitat de la docència d'estudiants de l'Amèrica Llatina que tan de bon grau rebem a l' Hospital. En quant a la recerca, destaquem la consecució de subvenció al grup de l'estudi dels trastorns del son, per part del selecte programa FISS i en temes assistencials, la Nova Unitat de Neuropsicologia i l'aportació del departament de microbiologia del General Lab.

Amb satisfacció, també, podem informar que els Annals han millorat la seva distribució i arriben a tota Catalunya. Esperem les aportacions dels companys de tota la nostra xarxa assistencial.

Volem manifestar l'agraïment als nostres mecenes sense els quals no podríem dur a terme aquests projectes. Concretament als laboratoris Bristol i Marisa Herranz i a Servier -ja col·laborador habitual- i Llorenç Valsells. L'entusiasme d'aquestes persones ha estat determinant.

DISCUSSIÓ

Segons les dades epidemiològiques conegudes, *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, són sensibles als azols que presenten una toxicitat menor i una més fàcil via d'administració que la Anfotericina B. *C. krusei* és intrínsecament resistent al fluconazol i *C. glabrata* desenvolupa resistència secundària als azols. D'aquí la importància d'arribar a identificar l'espècie.

Segons els resultats obtinguts: en el 87 % del casos (109) es pot seguir un tractament amb fluconazol o un antifúngic del grup; en el 5 % dels casos (6) calia instaurar un tractament amb Anfotericina B i en un 4 % de casos (5) s'han trobat espècies molt menys freqüents i totes elles en mostres d'ungla i per tant no eren susceptibles de ser tractades amb Anfotericina B, però sí que poden ser objecte d'estudi per a veure el seu comportament enfront dels antifúngics, ja que

aquestes espècies també poden ser detectades en determinats malalts hospitalitzats.

Cal destacar els 5 casos en els que no s'ha arribat a identificar l'espècie, tots ells en mostres d'ungla i per tant no susceptibles de ser tractats amb Anfotericina B.

CONCLUSIÓ

Les infeccions fúngiques cada vegada són més freqüents en malalts crítics susceptibles de patir una infecció oportunista, i per aquest mateix motiu és molt important començar, el més aviat possible, un tractament adequat.

El sistema d'identificació Vitek2 per a llevats, que és molt més ràpid que el sistema de referència API 20C AUX, ens ha permès arribar a espècie en el 96% dels casos.

Noves utilitats terapèutiques de la Metformina

Mercè López Grau.

Carlos Martin (Tutor EAP Passeig de Sant Joan).

Ripudaman S. Hundal and Silvio E. Inzucchi. **Metformin. New understandings, new uses.** *Drugs* 2003; 63 (18): 1879-1894.

Aquest article és una revisió no sistemàtica on l'objectiu és donar a conèixer nous usos de la metformina en l'obesitat infantil, la prevenció de la diabetis, el síndrome de l'ovari poliquístic, les alteracions metabòliques associades al VIH i en la reducció de pes.

Els autors realitzen un repàs del mecanisme d'acció del fàrmac, farmacocinètica, contraindicacions del seu ús, tolerància i principals efectes adversos.

Ús habitual de la metformina en diabetis tipus 2

L'article revisa els efectes antihiperoglucèmics que presenta la metformina, la seva indicació en pacients obesos amb o sense diabetis per la reducció de pes. Fent referència a diversos articles els autors consideren que la metformina en monoteràpia no augmenta el risc d'hipoglicèmia. També presten atenció als efectes no hipoglicèmics en pacients amb diabetis tipus 2 sobretot respecte l'efecte beneficiós de la metformina en els factors de risc cardiovasculars.

Els autors de l'article consideren que el seu **ús en la diabetis infantil** preveu el guany de pes. En estudis realitzats a adolescents obesos amb hiperinsulinèmia i història familiar de diabetis tipus 2, el tractament amb metformina durant 6 mesos disminueix el IMC 1.3%, un 40% la insulinèmia, i progressivament la glucèmia. També causa disminució de pes en noies adolescents obeses que no perdien pes només amb dieta. Creuen que la metformina pot ser efectiva en la prevenció de l'augment de pes en infants que segueixen tractament amb fàrmacs psicotròpics com la olanzapina, risperidona, quetiapina o àcid valproic.

A un estudi, fet amb pacients amb un IMC mitjà de 34, la modificació de l'estil de vida disminueix el risc de diabetis en 58%, i el 31% amb metformina respecte el placebo. Per tant els autors afirmen que és una bona opció en la **prevenció de diabetis en individus joves amb sobrepes i hiperoglucèmia** que no aconseguen modificar l'estil de vida.

El tractament amb metformina millora els cicles mensuals i la funció ovulatòria en varis assaigs clínics. En dones amb **Síndrome d'ovari poliquístic** la metformina pot ser més efectiva que el clomifè en la inducció

de l'ovulació, un 34% de dones van ovular al rebre metformina, respecte un 8 % de les que van prendre clomifè. La combinació de metformina i clomifè dona un 90 % de dones que ovulen. La metformina preveu la hiperestimulació amb FSH i pot disminuir el risc d'embarassos múltiples durant el tractament de fertilitat. Presenta la categoria B durant l'embaràs i és usada en dones amb diabetis gestacional sense efectes teratogènics aparents.

També fan referència a l'**ús en anomalies metabòliques associades al VIH**. L'ús de la teràpia antiretroviral HAART en pacients afectats de VIH està associada a anomalies del metabolisme de la glucosa, inclòs resistència de la insulina, hiperinsulinèmia i diabetis tipus 2. En aquest camp el tractament amb metformina està sent recentment investigat. Segons un assaig clínic revisat el tractament a dosis altes 850 mg 3 cops al dia durant 8 setmanes sembla que reduiria la resistència a la insulina en pacients afectats de VIH amb teràpia HAART i resistència de la insulina i metabolisme anormal de la glucosa.

A l'article es considera que la metformina està indicada en individus obesos sense diabetis com un instrument per **induir la pèrdua de pes**. Disminueix el IMC, els nivells d'insulina, la glucèmia postprandial i el colesterol total. Augmenta la sensibilitat a la insulina i HDL colesterol en adults no diabètics. La comparació de la metformina amb la sibutramina i amb l'orlistat en un assaig clínic revisat mostra una disminució significativament major de pèrdua de pes en el grup de la sibutramina. Presentant la metformina bona tolerància amb mínims efectes adversos gastrointestinals.

Conclusions

La metformina és un agent antihiperoglucèmic generalment ben tolerat i beneficiós pel risc vascular en pacients amb diabetis. Pot considerar-se un òptim tractament en diabetis tipus 2 amb un pobre control amb dieta i exercici. Presenta efectes demostrats en la resistència d'insulina, en la prevenció de la progressió a diabetis, en estats prediabètics, en adolescents amb diabetis tipus 2 i en dones no diabètiques amb SOP per millorar la funció ovulatòria. Calen més estudis en aquestes noves àrees terapèutiques per ampliar nous usos la metformina.

Comentari crític.

Aquest article sobre la metformina revisa l'acció del fàrmac en diabètics tipus 2, atenent a les seves indicacions i recordant les contraindicacions del seu ús. La seva eficàcia com hipoglicèmic en diabetis tipus 2 és similar a sulfonilureas, tiazolidionas i insulina.¹ El tractament combinat amb metformina de base és superior que amb l'ús de metformina sola.¹ Els autors obren horitzons a nous usos de la metformina en estats prediabètics i en patologies que són factors de risc de la diabetis. És ben tolerada i estudis econòmics de salut suggereixen que el tractament amb metformina és cost-efectiu, sent una opció efectiva en la prevenció de la diabetis², com per exemple en dones amb SOP.³ Aquest article proposa que l'ús en la obesitat infantil, en el síndrome de l'ovari poliquístic, en la reducció de pes o en el VIH poden arribar a ser objectius terapèutics racionals de la metformina. Millora el control glicèmic en l'obesitat, contribueix a disminuir els factors de risc cardiovasculars⁴ i té efectes en la prevenció de les complicacions vasculars en obesos amb resistència a la insulina o diabetis tipus 2.⁵ En pacients amb infecció per VIH i lipodistrofia el tractament amb metformina redueix l'hiperinsulinèmia i marcadors de risc cardiovasculars.⁶ Cal tenir present, però, que els criteris d'inclusió dels articles revisats pels autors no han quedat especificats cosa que fa difícil la valoració objectiva de l'article. Manquen més estudis que focalitzin la necessitat de la instauració del tractament amb metformina en aquestes situacions i analitzin l'estratègia terapèutica en pacients no diabètics amb risc de desenvolupar diabetis.

Un protocol de revisió de la Cochrane⁷ podrà aclarir alguns aspectes en relació al ús en el control glicèmic, el control del pes i els efectes secundaris més freqüents. Per últim, mencionar un recent article de revisió sistemàtica de l'ús en la SOP que proposa a la metformina com medicació de primera elecció, amb dades limitades per l'ús a llarg termini en dones joves

i amb fases inicials del embarç.⁸

Bibliografia

- ¹ Kirpichnikov D, McFarlane SI, Sowers JR. **Metformin: an update.** Ann Intern Med. 2002 Jul 2;137(1):150.
- ² Slama G. **The potential of metformin for diabetes prevention.** Diabetes Metab. 2003 Sep;29(4 Pt 2):104-11.
- ³ Nestler JE. **Should patients with polycystic ovarian syndrome be treated with metformin?: an enthusiastic endorsement.** Hum Reprod. 2002 Aug;17(8):1950-3.
- ⁴ Despres J. **Potential contribution of metformin to the management of cardiovascular disease risk in patients with abdominal obesity, the metabolic syndrome and type 2 diabetes.** Diabetes Metab. 2003 Sep;29(4 Pt 2):53-61.
- ⁵ Grant P. **Beneficial effects of metformin on haemostasis and vascular function in man.** Diabetes Metab. 2003 Sep;29(4 Pt 2):44-52
- ⁶ Hadigan C, Rabe J, Grinspoon S. **Sustained benefits of metformin therapy on markers of cardiovascular risk in human immunodeficiency virus-infected patients with fat redistribution and insulin resistance** J Clin Endocrinol Metab. 2002 Oct;87(10):4611-5.
- ⁷ Saenz A, Ausejo M, Mataix A, Fernandez-Esteban I, Rojas E, Pham B, Moher D. **Metformin for type 2 diabetes mellitus (Protocol for a Cochrane Review).** In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software
- ⁸ Lord J, Flight I, Norman R. **Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis** *BMJ* 2003;327:951-5

Normes d'actuació en cas d'accident per punxades o esquitxades amb risc de contagi biològic

Guia del procediment VS-1 Elaborat per: Unitat de Salut Laboral (N. Vall, C. Pujol, A. Plans)

INTRODUCCIO

Les infeccions per virus transmissibles per la sang constitueixen un risc laboral ben conegut pels professionals sanitaris. Aquest risc està relacionat amb les condicions i característiques del tipus d'activitat laboral.

Les malalties més importants amb aquest **risc de contagi són: l'hepatitis B, L'hepatitis C i el VIH.**

Es creu que el risc de contagi de l'hepatitis B pot ser d'una per cada cinc punxades de sang contaminada pel virus B.

Malauradament l'única mesura efectiva per evitar el risc de contagi d'aquesta malaltia és la vacunació de l'hepatitis B de tot el personal.

La prevenció dels riscos a l'àmbit laboral és responsabilitat dels Serveis de Prevenció de Riscos Laborals de cada empresa. Un adequat procediment de treball fa que s'unifiquin les actuacions que s'han de dur a terme quan algun sanitari s'hagi exposat, en el curs de la seva activitat laboral, a material biològic potencialment contaminat. És de la màxima importància, per reduir el risc d'infecció i minimitzar les conseqüències desfavorables en el cas de contagi, que es notifiqui el més aviat possible.

Aquesta guia s'ha creat per tal de donar a conèixer a totes les persones vinculades laboralment amb l'Hospital Universitari Sagrat Cor, fixes, suplents, amb contracte mercantil, externalitzats, estudiants..., l'aplicació del procediment en cas de trobar-se en una situació d'exposició a fluids biològics.

OBJECTIU

L'objectiu d'aquesta guia és donar a conèixer el *Procediment d'actuació en cas de punxades i esquitxos amb fluids biològics*, (Núm. VS-1 revisat el desembre de 2003) que hi ha implementat actualment a l'Hospital Universitari Sagrat Cor, així com a tots els Centres del grup l'Aliança, i facilitar les actuacions de totes les persones implicades en el procés.

Criteri d'inclusió:

Tota persona que ha patit un accident amb inoculació de sang i/o altres líquids biològics (semen, secrecions vaginals, líquids cefaloraquidi, sinovial, pleural, peritoneal, pericardíac o amniòtic) durant la seva activitat laboral i/o docent en el centre, bé sigui de forma percu-

tània (punxades, talls, contacte amb pell no intacta) o a través de mucoses (esquitxades).

MESURES PREVENTIVES

Primeres mesures post exposició:

Induir el sagnat, si és necessari, fent pressió al voltant de la ferida.

Deixar fluir lliurement la sang durant 2-3 minuts sota l'aigua corrent.

Rentar bé la ferida amb aigua i sabó, i posteriorment amb povidona iodada al 10% o alcohol de 70°.

En cas de contaminació de mucosa oral, nasal o conjuntiva, rentar amb aigua abundant o solució salina isotònica.

Si l'esquitxada és a l'ull cal fer una visita a l'oftalmòleg encara que aparentment estigui solucionat.

Mesures de protecció universals:

Cal rentar-se les mans. Després de cada actuació sanitària, aquesta és la mesura més important per controlar les infeccions en l'àmbit sanitari.

És molt important **organitzar** el material incisiu i/o tallant abans de realitzar qualsevol tècnica.

El contenidor del material contaminat ha d'estar en un lloc proper i adequat.

Elimineu al més aviat possible tot objecte de tall o punxant utilitzat per realitzar una determinada tècnica de treball.

No torneu a enfundar mai les agulles.

Cal utilitzar **sempre guants** de làtex o de vinil per punxar, curar i manipular fluids orgànics.

Abans de col·locar-se els guants i d'iniciar la tècnica corresponent **es cobrirà sempre** qualsevol lesió cutània, tall o ferida que pugui tenir el personal sanitari.

Informeu sempre de qualsevol accident encara que sembli poc important.

PERSONA RESPONSABLE

La persona encarregada de posar en marxa el procediment serà l'Equip de Guardia del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Sagrat Cor.

Un cop feta la primera assistència a Urgències, la Unitat de Salut Laboral s'encarregarà de la recollida del

sobre amb tots els papers del procediment complimentats, més el full d'assistència d'Urgències amb els codis de les analítiques cursades.

De tots els tràmits de papers i notificacions posteriors, així com del seguiment de l'accident se'n farà càrrec la Unitat de Salut Laboral.

ACTUACIÓ SOBRE EL PACIENT (FONT)

La única actuació sobre la font és l'extracció sanguínia sempre i quan abans se li hagi demanat l'autorització escrita. L'autorització o consentiment ha d'anar obligatòriament signada pel metge d'Urgències i pel pacient (o familiar/parella).

L'extracció sanguínia constarà de 3 tubs de sèrum, dels quals:

Un tub es portarà al laboratori d'urgències per tal de determinar el marcador de l'HIV urgent, (acompanyat de la petició corresponent.).

Els altres dos tubs es cursaran també amb la seva petició per via normal.

En cas de que el pacient (font) sàpigues que pateix una HEPATITIS C o estes documentat a l'història de la font, en el moment de l'accident, s'afegirà a la petició d'analítica el **RNA del VHC**.

Quan es doni aquesta circumstància en el moment d'arribar a laboratori caldrà comunicar-ho verbalment, ja que la mostra per aquesta prova requereix un tipus de tractament especial i immediat.

ACTUACIÓ SOBRE EL TREBALLADOR (RECEPTOR)

Sobre el treballador aplicarem diferents mesures:

Extracció sanguínia de 2 tubs de sèrum, amb el consentiment previ signat pel treballador i pel metge d'Urgències, aquestes analítiques es tramitaran per via normal.

Mesures respecte a **Hepatitis B**. S'ha de signar el *document d'informació per a la instauració de mesures preventives en cas de punxada o contaminació accidental amb el virus de l'HEPATITIS B*. Si el treballador s'ha de vacunar de l'hepatitis B, aquesta s'administrarà per via intramuscular al braç (deltoides). La gammaglobulina hiperimmune antihepatitis B, s'administrarà i.m. a la natja en lloc contrari al braç on s'ha administrat la vacuna. La gammaglobulina antihepatitis B s'ha d'administrar en **les primeres 12 hores després de l'accident**.

Mesures respecte al **virus VIH**. S'ha de signar el *document d'informació per a la instauració de mesures preventives en cas de punxada o contaminació accidental amb el virus del VIH*. En el cas que el treballador no vulgui prendre el tractament profilàctic al VIH,

s'ha de fer constar amb la signatura del treballador. En el cas d'inici de quimioprofilaxi, es recomana iniciar-la en **les dues primeres hores després de l'accident** sempre que sigui possible i **mai més enllà de les 6 hores després de l'accident**.

MESURES POSTERIORES A LA PERSONA ACCIDENTADA

Després d'un accident amb risc de contagi biològic la persona accidentada es posarà en contacte amb la Unitat de Salut Laboral i aquesta notificarà l'accident als departaments i organismes adients per tal de poder-lo tractar segons les possibilitats terapèutiques existents i documentar-lo per ser reconegut com a malaltia professional si es dones la circumstància.

Es realitzaran els seguiments detallats a continuació:

Controls analítics periòdics que tindran lloc (al mes, als 3 mesos, als 6 mesos i a l'any)

Completar la pauta vacunal, si aquesta s'ha iniciat.

En el cas d'haver-hi necessitat, aplicar tractament amb retrovirals, es faran unes analítiques a les dues setmanes d'iniciar el tractament i al finalitzar-lo.

REFLEXIONS PER A TOTES LES PERSONES ACCIDENTADES

Els hospitals són uns centres de treball amb unes característiques molt especials, donat que conflueixen en una mateixa àrea de treball o departament persones amb professions molt diferenciades i amb particularitats molt peculiars, el que fa necessari contemplar la diversitat de totes elles sense actuar en detriment de les minories.

És bàsica la col·laboració per part de totes les persones vinculades a l'Hospital Universitari Sagrat Cor per tal de poder garantir i millorar l'assistència a cadascun dels accidentats en la mesura necessària.

Cal recordar la necessitat d'informar de totes les anomalies succeïdes en el lloc de treball que s'ocupa per tal de poder esbrinar les situacions de risc en les quals es troben els treballadors i fer recomanacions al respecte indicant les normes a seguir i quins materials podrien ser més adequats.

El Servei de Prevenció de Riscos Laborals de L'Aliança considera molt important la constant revisió de totes les nostres normes a seguir en casos d'accident per punció o esquitxos amb fluids biològics en els nostres centres sanitaris, per això us encoratgem a que, per tal d'aclarir dubtes, resoldre situacions desafortunades, fer-nos suggeriments..., us dirigiu a:

UNITAT DE SALUT LABORAL: Àtic de consultoris de L'hospital Sagrat cor, telèfon 933 221 111, ext.4594.

El síndrome antifosfolípido o síndrome de Hugues

Ofelia Aguado Lorenzo

Medicina Interna

El Dr. Hugues (Saint Thomas Hospital, Londres), describió hace veintiún años el síndrome que lleva su nombre, también conocido como síndrome antifosfolípido (APS) que consiste en fenómenos trombóticos arteriales o venosos, pérdidas fetales recurrentes y presencia en sangre de anticuerpos antifosfolípidos. Cada año visita Barcelona con objeto de la celebración del Ten Topics, una reunión en torno a las enfermedades autoinmunes y la reumatología, donde se ponen en común los últimos avances en este campo. Su conferencia sobre síndrome antifosfolípido es, en estas reuniones, una cita ineludible.

En febrero de este año, otro motivo lo trajo a nuestra ciudad meses antes de la cita acostumbrada. Propuesto por el servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínico fue investido Doctor. Honoris Causa por la Universidad de Barcelona. Horas antes del acto institucional se le invitó a dar una lección magistral que tuvo lugar en el aula 2 de la Facultad de Medicina. Durante una hora disfrutamos de su genialidad como científico y como persona.

Acudió puntual, sonriente y solícito, impecablemente vestido con traje oscuro a rayas y comenzó la sesión pidiendo perdón por no poder dirigirse al auditorio en nuestra lengua.

Después... el pasado, presente y futuro del síndrome de Hugues.

La primera frase nos sonaba de anteriores conferencias: "el síndrome antifosfolípido es una enfermedad neurológica". Migrañas, pérdidas de memoria, crisis comiciales, accidentes vasculares cerebrales, vértigo, corea e incluso esclerosis múltiple se pueden explicar con frecuencia por la existencia de fenómenos trombóticos en relación con la presencia en sangre de anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina fundamentalmente). Insiste en la necesidad de interrogar a los enfermos con diagnósticos dudosos, sobre episodios previos de trombosis arteriales o venosas, siendo, si existen, altamente probable que se trate de un APS.

En cualquier caso, no duda que la prevalencia real de este síndrome es mucho mayor de la que se le supone ya que en muchas ocasiones no se puede constatar la positividad de los anticuerpos en sangre. La sospecha se confirma, según el Dr. Hugues, por la mejoría, que en sus años de trabajo ha observado, con la

instauración de tratamiento descoagulante en pacientes con clínicas neurológicas no bien explicadas.

La actitud terapéutica implícita a esta conclusión puede resultar agresiva a priori y propició una pregunta por parte del Dr. Font (jefe del servicio de enfermedades autoinmunes y sistémicas del Hospital Clínico de Barcelona): "¿ Cuánto tiempo recomendaría mantener el tratamiento descoagulante a un paciente con alta sospecha de APS pero que no se llega a confirmar nunca por presentar de forma reiterada anticuerpos negativos?". La respuesta fue rápida y contundente: la descoagulación se ha de mantener de por vida.

Me atrevo a aventurar que se encontró en aquel momento con un auditorio que lo miraba entre asombrado y escandalizado, probablemente demasiado acostumbrado a la medicina basada en la evidencia y se apresuró a justificar su aseveración. Alertó de los riesgos de nuevos episodios trombóticos y restó dramatismo a la necesidad de la descoagulación, si bien reconoció que en su país las circunstancias son algo diferentes ya que cuentan con la ventaja de que cada paciente puede controlar el nivel de descoagulación en sangre mediante punciones similares a las que aquí utilizamos para medir la glucemia.

En un nuevo intento por inculcarnos su convicción del alto índice de infradiagnóstico de una enfermedad que por otra parte tiene repercusiones tan importantes, no se resistió a mencionar una afirmación reciente del Dr. Vilardell, presente también en la sala en aquel momento: "Hay dos grandes nuevas enfermedades en el mundo en el siglo XXI: el SIDA y el síndrome antifosfolípido".

Posteriormente, con el mismo énfasis, hizo un repaso de las formas de presentación más frecuentes en cualquier órgano de la economía, que deberían también alertarnos ante la posibilidad de estar ante un APS:

-Piel: livedo reticularis (altamente sugestiva según el Dr. Hugues), úlceras cutáneas vasculares o trombosis periféricas. Por supuesto LES.

-Corazón: endocarditis no bacteriana

-Pulmón: hipertensión pulmonar

-Riñón: hipertensión con estenosis de arterial renal en pacientes jóvenes.

-Tracto digestivo: hiperesplenismo, hipertensión portal.

-Sangre: anemia hemolítica, trombocitopenia

-Sistema cardiovascular: arteriosclerosis acelerada

-Ojos: amaurosis fúgax, neuritis óptica

-Oídos: pérdida de audición inexplicable

Reservó unos minutos para enseñar con orgullo las

fotos de sus primeras pacientes, de las cuales muchas han conseguido llevar embarazos a término bajo su cuidadosa supervisión.

También como no, una breve referencia al Dr. Cervera (jefe clínico del servicio de enfermedades autoinmunes y sistémicas del Hospital Clínico de Barcelona) reconociendo su protagonismo en la caracterización del síndrome antifosfolípido catastrófico. Pero eso amigos... es otra historia. .

Introducció al coneixement de l'obra d'Adrian Vander Put, en el camp de la Medicina Naturista a Catalunya

Cristina Gutiérrez Portugal, Èrika Martínez Amorós, M^aCarmen Medina Mallén

Història de la Medicina Catalana. Coordinació universitària. Hospital Sagrat Cor. (J.M.Puigdollers, L. Medina)

1. INTRODUCCIO

El nostre treball es centra en la figura d'Adrian Vander, autor prolífic de llibres naturistes del nostre segle, que va residir a Barcelona i la seva obra va tenir una gran difusió.

Iniciem el treball amb una aproximació biogràfica no molt precisa degut a la poca informació que hi ha sobre la seva vida. Ni als arxius de la ciutat, ni a les embaixades, ni tan sols la seva dona ens han aportat cap dada concreta.

A continuació parlem de la seva obra on distingim dos tipus: l'obra extensa amb el llibre Guia mèdica del hogar i l'obra d'extensió més curta o monografies.

Un altre apartat el dediquem a la revista La Salut dirigida per Adrian Vander.

Així, iniciem l'estudi d'aquest autor que malgrat la seva difusió mai ha estat objecte d'estudi.

2. APROXIMACIÓ BIOGRÀFICA

Adrian Van Der Put Vermuden, fill de Pedro Van Der Put i Maria Vermuden, va néixer a Holanda (Tilburg, Província de Brabante) el 2 de gener de 1890, i va morir als 83 anys al 1974 a la seva residència d'estiu de la Garriga (Barcelona 6 de juliol de 1973).

Fou director general del Sanatori de Fisiatria de Leipzig (Alemanya).

Arribà a Barcelona a final de la Primera Guerra Mundial, al 1925. En aquesta ciutat es va casar amb Rosalia Bergada, natural de Lleida.

Inicialment tingué una consulta al carrer Balmes. Posteriorment es traslladà a la Plaça Monestir, 3 (Pedralbes) on tenien la residència i la pròpia editorial que va romandre activa fins aproximadament l'any 1993.

A tots els seus llibres signà com a Dr. Adrián Vander, encara que en cap lloc constin els seus estudis de medicina ni aparegui registrat al Col·legi de Metges de Barcelona.

A partir de 1924 Vander Put va declarar que estava autoritzat per exercir la medicina a Espanya. En els seus anuncis de la seva consulta del carrer Cosell de Cent nº314 de Barcelona publicats a la seva revista La Salut deia literatment "autoritzat per exercir a Espanya per R.O. de 6 de novembre de 1923". Segons

el Dr. Eduardo Alfonso, el General Primo de Rivera havia autoritzat a Vander Put per exercir durant 6 anys la medicina naturista perquè havia curat a algú del seu entorn.

El 1927 Vander Put deixa a càrrec del metge A. Vermont, la consulta i la direcció de la revista La Salut. Sembla que Vander Put es va adonar que podia guanyar molts diners dedicant-se només als seus llibres de divulgació naturista. Així evitava els problemes legals de la pràctica de la medicina. Per això en el futur continuà publicant els seus llibres amb molt d'èxit amb el pseudònim de Dr. Vander Put.

La seva bibliografia és extensa, autor de més de quaranta llibres i de la revista La Salut. També va escriure alguns articles per la revista Helios, reconeguda en aquella època, on van escriure o eren mencionats metges naturistes de renom com Dr. Jaramillo considerat com el primer metge naturista madrileny, el Dr. Ruiz Ibarra el segon component d'aquest grup de metges, entre d'altres. D'entre les seves obres destaca el seu tractat de Medicina Natural y la Guia mèdica del hogar composta de 3 volums que pretèn ser una enciclopèdia de la salut. Va prologar el llibre Belleza escrit per la seva dona Rosalia Bergada. També va revisar les obres de Luis Kühne (fisiòleg alemany, fundador del Sanatori de Fisiatria de Leipzig).

La seva obra, de tema naturista, és de divulgació, no només destinada al públic especialitzat, i amb aquest propòsit il·lustra sovint els seus llibres amb imatges aclaridores sobre els tractaments, els símptomes d'una malaltia, etc. Va tenir una gran difusió, no només a Barcelona, sinó a la resta de Espanya i de l'estranger; mostra d'això és que hi ha llibres editats fins la dècada dels vuitanta.

Va tenir molts col·laboradors, alguns dels quals van escriure a la seva revista, d'aquests destaca el Dr. Vermont de Barcelona. També va col·laborar amb un metge a Madrid, el Dr. Eduardo Alfonso y Hernán, que tenia un consultori de Fisiatria en aquesta ciutat, que va marxà a Barcelona per exercir la medicina naturista amb Vander.

La seva obra fou estudiada per altres metges naturistes, com ara Angel Bidaurrázaga Lázpita (1882-1971), qui es va sentir atret per la iridologia després de la lectura de El diagnóstico por el iris de Vander, conver-

tint-se amb el temps en el prototip de metge naturista iridòleg del seu temps .

Adrian Vander va exercir en una època on la medicina naturista a Espanya encara estava per descobrir-se , amb la finalitat de fer conèixer aquesta nova medicina, i basant-se en la medicina de Kühne va escriure els seus llibres.

3. OBRA EXTENSA

IGuía médica del hogar, moderna medicina natural (Barcelona 1967)

L'obra consta de 3 volums. El primer volum es divideix en 4 parts. El primer apartat el titula Los fundamentos de la Medicina moderna, on ens dona una idea general del que és la malaltia des del punt de vista de la Medicina natural i per què es produeix.

Segons l'autor, la Medicina natural dóna importància a les forces vitals, i a la defensa del propi organisme, sempre que les defenses es mantinguin intactes. Quan les nostres defenses baixen emmalaltim. L'angoixa, la inseguretat, els nervis, una alimentació inadequada, entre d'altres, són les causants de la disminució de les nostres defenses, que fa que ens tornem vulnerables als agents agressors. Es per això que la Medicina natural pretèn tractar el organisme com un tot, i no trobar un remei per cada símptoma. Així, ens defineix un individu sà gairabé com una utopia, ja que qualsevol petita molestia, i sensació de malestar són petites manifestacions de malaltia segons el autor (Enfermedad latente).

En els altres apartats del primer volum es tracten temes com els banys curatius i altres agents curatius naturals i els beneficis d'una alimentació natural i sana. Tant en aquest volum com en els dos següents, intenta demostrar la eficàcia dels seus mètodes naturals mitjançant casos concrets de pacients que van ser tractats per ell i els seus col·laboradors, il·lustrant l'obra, en ocasions, amb fotografies dels pacients abans i després del tractament , i fins i tot cartes de pacients que es dirigeixen al doctor, per tal d'agrair els seus tractaments i els seus bons resultats .

El segon i tercer volum ens descriu les diferents enfermetats amb els seus corresponents tractaments. Les malalties estan classificades per òrgans: Malalties infeccioses amb febre, malalties de l'aparell digestiu, malalties del recte i del anus, tumors benignes i malignes, enfermetats de la nutrició, fetge, malalties de la bufeta urinària i de la bufeta de la fel, malalties del cor, malalties de arteries i venes, ganglis i conductes linfàtics, malalties de la sang, de la glàndula tiroides, de l'aparell respiratori, dels ronyons, malalties no venèrees i venèrees, malalties del sistema nerviós, malalties de la dona, de la infància, malalties de la pell, alèrgies, malalties dels ulls, la oïda ...

Al descriure les malalties segueix un esquema que es repeteix amb molta freqüència: comenta els símptomes i posteriorment el tractament. En algunes ocasions afegeix un tercer apartat: la prevenció.

4. MONOGRAFIES

Entre les monografies destaquem les obres:

Ver bien sin gafas. Nuevos procedimientos para suprimir los defectos de la vista. Barcelona (1983)

L'autor posa de manifest que per les afeccions i defectes de la vista és necessari a més de les lents, coneixements de Medicina Natural. Per això presenta aplicacions pràctiques i exercicis senzills per normalitzar la vista i inclús poder suprimir les lents.

A més, proposa normes higienicodietètiques, L'objectiu dels procediments naturals és millorar la salut i augmentar les defenses. Segons ell, la visió no només depèn dels ulls sino també de què la resta d'òrgans siguin sans i de la influència de les emocions perjudicials.

A més, ofereix consells i aplicacions pràctiques per a cada cas, així com noves tècniques per evitar el cansament dels ulls.

L'autor també ens parla de la importància de la llum per la vida.

Expresión del rostro: cómo conocer a las personas. Editorial i llibreria Sintés, Barcelona 1969.

L'autor pretèn donar una base més científica a la peculiaritat de conèixer les persones a través de l'expressió del rostre, les seves paraules i els gestos. La finalitat de l'obra, però, és el millor coneixement de l'ésser humà, per tal de facilitar la comprensió, tolerància i respecte, evitant conflictes individuals i col·lectius, permetent la felicitat i benestar..

A la introducció, l'autor fa una reflexió sobre les conseqüències que comporta el jutjar externament a una persona i fer-ho malament i assegura que el coneixement de l'expressió del rostre permet descobrir signes de malalties. Trobem il·lustracions amb l'expressió del rostre de personatges cèlebres, com Cervantes, Leonardo da Vinci i d'altres.

Plantas medicinales. Editorial i llibreria Sintés, Barcelona 1980.

L'obra està estructurada en dues parts. En la primera es descriuen els diferents tipus de plantes medicinals i en la segona les malalties que poden tractar-se amb aquestes plantes. En total hi ha 342 receptes.

Previament es troba una introducció en la que s'exposa la idea general d'aquest llibre:

“Este libro es sobre todo, una orientación para todos los que deseen conocer a fondo las virtudes y propie-

dades de aquelles plantes que son beneficiosas para la salud. Hemos de poner de manifiesto que no constituye un tratado de medicina, ya que en él no se describen ni técnicas ni terapéuticas médicas" "... esta obra es una ayuda para la salud por medio de sencillos procedimientos naturales, pero no constituye por sí sola una solución integral,..., cuando la persona enferma debe ante todo acudir al médico para que la examine debidamente, pues un diagnóstico a tiempo puede evitar numerosas complicaciones..."

Parto sin dolor. Editorial i llibreria Sintés, Barcelona 1974.

El diagnóstico por el iris. Editorial Arlandis, València.

Primera edició espanyola (traducció directa de l'alemany pel mateix autor).

Al començament de l'obra apareixen dos fulls dedicats al lector i signats per R.Arlandis, Madrid, Agost de 1918, al encapçalament dels quals llegim:

"Seguramente que el título de esta obra llamará la atención a la clase médica española, porque su contenido es en España casi completamente desconocido hasta ahora. El autor, profesor Vander, exdirector del Sanatorio de fisiatría de Leipzig, a quien la guerra europea ha traído a España,..."

Possiblement aquest fou un dels primers llibres que va publicar al nostre país.

En aquest llibre s'exposen les investigacions fetes per Adrian Vander sobre les relacions que existeixen entre l'organisme i l'iris, i com canvis en un òrgan es posen de manifest per modificacions de les fibres de l'iris en un centre determinat d'ell (són centres localitzats al disc de l'iris on, segons l'autor, es reflecteixen les modificacions sofertes per cada òrgan).

Al final hi ha un atlas amb diferents dibuixos de l'iris l'explicació dels quals es troba al llarg del text.

"Lo que es importante en este nuevo procedimiento es que por él se llega a conocer una cantidad de hechos interesantes y útiles que por los otros métodos es imposible de averiguar, como, por ejemplo, la determinación de la constitución y resistencia del organismo,..."

Hi ha una pàgina d'antecedents a la qual es menciona al Doctor Péczely (Viena) com descobridor de la ciència de reconèixer malalties per l'iris. S'explica també que el primer deixeble de Péczely fou el Doctor Schlegel (Tübingen). Posteriorment van aparèixer nous tractats, entre els que destaquen els de Liljequist, l'obra del qual té prop de 600 grabats.

5. REVISTA La Salud

Adrian Vander, a més de ser autor d'una extensa obra literària, era director de la revista naturista La Salud. Aquesta era una revista mensual de medicina Natural publicada entre els anys 1919 i 1935. La seva direcció i administració es trobava a Barcelona (C/Consell de Cent, 314). Es distribuïa a diferents punts d'Espanya: Barcelona, Mataró, Terrasa, Sabadell, Madrid, Bujalance (Còrdova), Alacant, Linea de la Concepció (Cadis), Saragossa, Múrcia, Bilbao, Puertollano (Ciutat Real), València. També hi havia subscripció d'aquesta revista a l'estranger.

En un any, tenint en compte tots els números de les revistes, s'escriuen unes 170 pàgines (amb una mitja de 15-17 pàgines cada número). En el número de gener sortia l'índex de l'any anterior. Això ens pot suggerir que l'autor pretenia fer una publicació continuada i editada a la manera de fascicles col·leccionables, probablement amb aquesta idea enumerava les pàgines de la revista de forma contínua del gener fins al desembre. Hi havia articles que començaven i concluien en el mateix número i d'altres que continuaven en el número posterior.

En l'elaboració de la revista participaven diferents col·laboradors. Aquests eren els autors de la majoria dels articles, ja que Adrian Vander només signava una petita part d'ells. El seu màxim col·laborador fou el Dr. A. Vermont que tenia un consultori de medicina Natural a Barcelona (C/Consell de Cent, 314). Altres autors foren R.Carazo, Dr. A.Tourain, G. Métivet, Dr.Carlos Astel, etc.

Dins de la revista trobem anuncis de centres vegetarians, de llibres de Adrian Vander, del Consultori del Dr. Vermont, de clíniques i productes naturistes i d'alimentació vegetariana.

De la mateixa forma que en els seus llibres, apareixen informes de curación, és a dir, testimonis de pacients que s'adrecen a Adrian Vander, agraint-li els seus mètodes naturistes com a remei de les seves malalties.

En el número 4 de novembre de 1919 es troba, a final de la revista, un apartat de notícies en el que es fa referència a la celebració el 19 de setembre d'un acte de propaganda vegetariana en el Foment Republicà Català de la barriada de Sants. En aquest, s'exposen els avantatges del naturisme i es critica l'alcoholisme i el carnivorisme. Es menciona a Kühne. S'insta als participants a inscriure's com a socis de la Societat Vegetariana Naturista de Catalunya. En aquest acte, es trobava present Adrian Vander i possiblement, per la data i pel que podem llegir a continuació, va ser

dels primers actes públics en que va participar l'autor.

La Medicina en el Islam (I)

Agustina Rodriguez, Albert Isidro
Servei de Traumatologia

El nivel sanitario de los países islámicos en la actualidad queda bastante alejado de los cánones que muestran los "sistemas sanitarios más avanzados". Las comparaciones, en el aspecto sanitario, son a menudo muy críticas con los primeros por lo que respecta a parámetros como son el índice de mortalidad infantil, el número de hospitales (camas x cada 1000 habitantes), el número de médicos generalistas y especialistas, que tienen que abarcar una población determinada y, por último, la investigación en estos países. Países de Magreb, del África Sahariana, del Oriente Próximo, las naciones que componen la Península Arábiga, el Creciente Fértil, Irán, Pakistán, Afganistán, las regiones musulmanas de la Península Índica, o los más alejados del Sur del Extremo Oriente, son regiones y países que ninguno de ellos puede ser comparado con cualquiera de los "países punteros" en cuanto a la Sanidad.

Pero esto no fue siempre así.

Durante muchos siglos la Medicina Islámica estuvo muy por delante de la Medicina Europea y en esa época de esplendor la única que le podía hacer alguna sombra fue la Medicina China bastante floreciente en las Dinastías Song, Yuan y Ming, coetáneas con la época de esplendor islámico.

La medicina islámica, según varios autores, procede de la asimilación en una época puntual y por unas razones muy especiales de gran parte de la medicina griega y de parte de la medicina hindú.

La disputa religiosa y, por lo tanto, política que tuvo lugar en Bizancio en el s.V dC., fue una de las causas que posteriormente haría de catalizador para la formación de una medicina islámica. Las desavenencias entre Cirilo, patriarca de Alejandría, y Nestorio que a su vez era obispo de Constantinopla derivaron en la caída en desgracia de este último y, en su propia piel, sintió la persecución tal como él la practicó contra los arrianos, fue declarado proscrito y hereje. Nestorio y sus allegados, los nestorianos, fueron a establecerse en Persia en la cual tuvieron la inmensa suerte de quedar bajo la protección de Cosroes el Bienaventurado. Entre otras cualidades, los nestorianos, explotaron su saber médico procedente de los clásicos griegos, Galeno e Hipócrates. Estos conocimientos fundidos con los que aportaron refugiados y visitantes de la India budista, forjaron el embrión de la Gran Medicina Islámica.

Cosroes murió en el 579, medio siglo después, el profeta Mahoma se establecía en Medina. Mahoma fue más tolerante que en otros ámbitos del saber con respecto a la medicina y creía que la medicina importada de otros lugares era muy superior a la que presentaba el saber médico tradicional árabe (en conflicto político-religioso con él). Por el contrario el historiador árabe Ibn Jaldún en el s.XIV explica que " La misión del Profeta era hacernos conocer las prescripciones médicas transmitidas como ¡auténticas!". Por lo cual el paciente debía tomar las medicinas y hacer uso del arte médico para "conseguir la Bendición Divina a fuerza de tomarlos con verdadera fe".

En primer lugar el Corán presenta una serie de aforismos médicos de orden muy general directamente atribuidos a Mahoma, a partir de estos aforismos proféticos, y sin entrar en contradicción, se desarrollaron dentro de la denominada Escuela Shii Duodecimana, la tradición médica de los Doce Imanes Impecables que se tradujo principalmente en el conocimiento de las hierbas medicinales, la práctica de medidas higiénicas, la alimentación adecuada, las suplicas y las calculatorias.

Los musulmanes Árabes, a mediados del s.VII dC., conquistan el Imperio Persa de los Sasánidas y, entre otras ciudades, se apoderan de Gundishapur, en el sudoeste de Irán. Esta ciudad fundada por los sasánidas en el s.III dC., era el principal centro científico del Asia Central, en ella moraban, hacía tiempo, los descendientes de los nestorianos procedentes de Edesa (SalinUrfa, Turquía) o los también llegados al cierre de la Academia de Atenas en el 529. Esta escuela aglutinó el conocimiento medico griego-helenístico, el persa y el hindú.

Poco después, médicos nestorianos participan en el Bagdad de la dinastía abasí, en la construcción de los primeros hospitales así como en las traducciones de textos médicos griegos, pahlaví-persas, siriacos y sánscritos; por otra parte es tan importante el conocimiento de la ciencia médica que se practican misiones a Bizancio con el objetivo de conseguir diversos manuscritos.

No obstante parece ser que el primer hospital (maristán en árabe) fue construido en Damasco en el 707 y, en el plazo de un siglo, poseía ya docencia médica que la impartían 24 médicos fijos. En Bagdad, hacia el año 800 y, bajo la dirección del gran médico nestoriano Yibril ibn Bajtishu, fue construido otro gran hospital

tomando como muestra la academia médica de Gundishapur.

En este contexto hemos de hacer especial mención al sabio cristiano de al-Hira, Hunain ibn Ishaq (808-872), director de la "casa de la Sabiduría", el cual se considera uno de los más grandes traductores de obras científicas, principalmente médicas. Conocedor de 4 idiomas tradujo de los principales textos médicos griegos un centenar de obras de Hipócrates, Galeno y Dioscorides. Pero no únicamente fue traductor, también fue el autor de algunas obras como Cuestiones en Medicina, Tratado del Ojo y el Libro de la Drogas Simples. La obra de ibn Ishaq fue seguida por su hijo Ishaq ibn Hunain el cual también fue médico y traductor.

La creación de obras de medicina dio un gran espaldarazo con el médico y traductor Alí ibn Rabban at-Tabarí (fallecido en el 850) el cual escribió el primer tratado integral de medicina escrito en árabe "El Libro de la Sabiduría". Un poco más tarde, pero en Egipto Fatimi, Ibn Alí al-Mausili escribiría su "libro sobre el tratamiento de las enfermedades del ojo" situación lógica dado el gran número de afecciones oculares presentes en el país del Nilo hasta nuestros días.

Lo limitado de la farmacopea (los medicamentos) hasta esa época fue ampliado enormemente con la incorporación de sustancias como el ámbar gris, el alcanfor, la casia, el clavo, el mercurio, la mirra. Así mismo se constituyeron nuevas formas farmacéuticas en forma de jarabes (Sharab en árabe), julepes (shulab) etc. En este entorno se creó la primera Escuela Medieval de Farmacia y desde ella se hacia hincapié, no únicamente a los fármacos, puesto que la higiene en forma del baño de vapor fue preconizada para todo el mundo.

La vida médica se realizaba enteramente en los hospitales en los cuales trabajaban indistintamente personal de ambos sexos (los paciente estaban separados en dos alas diferentes). Estos hospitales constaban con diferentes departamentos: medicina interna, cirugía, oftalmología, y ortopedia; así como también poseían una administración.

El gobierno califal supervisaba la praxis médica y similares entre los cuales incluía, aparte de los médicos, los cirujanos, ortopedistas, oculistas, veterinarios, perfumistas (en contacto directo con los cadáveres), los boticarios etc.

La Docencia era impartida por Maestros que dispensaban una enseñanza teórica y práctica a los alumnos los cuales realizaban al final de sus estudios una tesis lo cual les permitía la obtención de un Diploma que les permitía ejercer la medicina tras haber practicado el Juramento Hipocrático.

Tras los hospitales de Damasco y Bagdad le tocó el turno a El Cairo, ciudad que fundó su primer hospital hacia el 872 bajo la hégira de Ahmad ibn Tulun. En el s.XII el maristán de Damasco fue uno del más importante de la época y el hospital al-Mansuri fundado en 1284 por el sultán mameluco Saifuddin Qala'ün al-Alfi en el Cairo, parcialmente conservado en la actualidad, podía albergar hasta ocho mil pacientes de ambos sexos.

Pero la medicina islámica, aparte de un sistema sanitario más o menos integral, ha tenido unas figuras relevantes como característica definitoria.

El primero de ellos fue Abu Bakr Muhammad ar-Razí (844-926) natural de Rei (ciudad persa cercana a Teherán) y conocida en Europa con el nombre de Rhazes. Este humanista fue músico y filósofo en primer lugar, estudiando después química, alquimia y medicina en Bagdad donde llegó a ser designado como médico jefe del hospital de Bagdad y la tradición explica que preguntado sobre el emplazamiento ideal para construir el hospital, colgó una res muerta en las cuatro esquinas de la ciudad de Bagdad y seleccionó el lugar en el cual la putrefacción había sido más lenta. Entre su enorme obra cabe destacar haber escrito un total de 237 libros de los cuales la mitad son de medicina, pero tan sólo 37 han podido ser recuperados. Rhazes era hipocrático y en sus enseñanzas se presentan reflejadas las influencias griegas. Así tiene gran detenimiento en los medicamentos que agotan físicamente al enfermo de los cuales dice que deben ser evitados. Entiende perfectamente que hay algunos síntomas en las enfermedades que pueden parecer peligrosos a priori, como son la fiebre, pero que no lo son necesariamente per se. Su obra más completa es Kitab al-Hawi (Enciclopedia) que en 20 tomos explica todas las ramas de la medicina, dando información sobre medicina griega, siria y árabe antigua. Traducido en Europa con el nombre de Liber Continens, fue el libro más respetado en las universidades europeas durante varios siglos. También fue un autor de monografías mucho más específicas, su Kitab al-garadi wa al-hasba (Sobre la viruela y la escarlatina, puede ser tenida como la primera y contrastada descripción de la viruela. Otra de las obras primordiales de Rhazes fue los diez tomos del Kitab al-Mansuri (Libro para Almansur) traducido al latín en el siglo XII por Gerardo de Cremona y obra de texto en las universidades europeas hasta el s.XVI.

Siguiendo los preceptos naturalistas aconseja: "cuando puedas curar con un régimen de dieta, descanso etc., evita el recurso de los fármacos y, cuando puedas conseguir la curación o el tratamiento de una enfermedad con un medicamento simple, no utilices uno de compuesto". En este campo se cita la anécdota de que un irascible emir sufría de reuma articular el cual

le anquilosaba los miembros, consultado Rhazes, éste intentó la curación con remedios naturales y fármacos, como no mejoraba y, como último recurso, fingió amenazar al emir con un cuchillo, éste se puso de pié e intentó defenderse. Rhazes explicó que la provocación había sido el recurso terapéutico.

Una de las aportaciones más importantes por lo que respecta a la cirugía fue el empleo de hilo de tripa en las suturas.

También cabe mencionar a Abu Yaqub Ishaq ibn Sulaimán al-Israilí (855-935)(Isaac Judaeus en cristiano), célebre filósofo y oculista de origen judío nacido en Egipto pero que desempeñó su tarea profesional en Qairuán (Túnez). Entre sus aforismos, claramente influenciados por Rhazes hemos de mencionar el que cita: "Si puedes curar con una dieta no recurras a los medicamentos; no confíes en las panaceas, porque casi siempre son fruto de la ignorancia y la superstición" Y otra que reza: "Debes procurar que el paciente tenga fe en su curación, incluso aunque tú no estés seguro de ella, porque así favoreces la fuerza sanadora de la Naturaleza".

En el año 994 muere otro gran médico persa, Ali Ibn al-Abbas al-Maýusi natural de Ahwaz, capital de la provincia iraní del Juristán. Recibió en su tiempo el sobrenombre de "el Mago", probablemente tenga que ver con que sus padres eran zoroastrianos. Su principal obra "Kitab al-Maliki, Kamil al sina'a al-tibbiyya" cuya traducción sería "El Libro Real, y lo perfecto del arte médico" es un libro novedoso ya que se divide en 20 maqalat (discursos), los diez primeros teóricos y el resto prácticos; en ellos analiza críticamente a mucho autores y obras del mundo helénico y musulmán. A Hipócrates lo considera demasiado conciso mientras que a Galeno demasiado extenso, no obstante muestra gran admiración por el persa Rhazes.

En año 980 nació el que sería después el más grande entre los médicos del Islam, Abu Ali al-Husain ibn Sina o Avicena entre los cristianos. Este fue un auténtico ejemplo de niño prodigio el cual a los 10 años conocía perfectamente el Corán y la literatura en general, teniendo a esa pronta edad nociones de teología, aritmética y álgebra. Su autoestima también fue una constante en su carrera así reza en una ocasión "A los doce años yo disputaba sobre leyes y lógica..... la medicina no es una ciencia ardua y espinosa, como lo son las matemáticas la metafísica, de modo que hice pronto grandes progresos, llegué a ser un excelente médico". Su vida no fue en nada monótona sino que al contrario parece ser que a días de escribir seguían noches de beber y de hacer el amor. Su obra princeps y, una de los textos más relevante en la historia de la medicina de todos los tiempos a la altura de las obras de Hipócrates y Galeno, se tituló al-Qanun fi-l-

Tinn (El Canon de la Medicina). Esta enciclopedia fue traducida al latín por Gerardo de Cremona y fue considerada indispensable en todas las universidades europeas hasta el s.XVII. La obra es sistemática, ordenada e incluso dogmática y trata de medicina general y de medicamentos, de enfermedades de todas las partes del cuerpo así como de cierta patología especial. En ella, Avicena, describe 15 tipos de enfermedades (por aparatos) y prescribe 760 remedios. Identifica en su obra la tuberculosis, la meningitis, investiga y profundiza en ciertas dolencias de carácter neurológico y tuvo su inicio, junto a Rhazes, la psicoterapia, multitud de anécdotas se conocen en éste sentido pero como esclarecedor citaremos el caso de una dama de la nobleza que a causa de un defecto posicional le impedía mover los brazos, Avicena la despojó de su velo, lo cual la hizo sonrojarse y después le levantó la ropa la cual fue repuesta inmediatamente en su sitio de origen por un movimiento brusco de los brazos de la mujer, Avicena sugirió el carácter histérico de la dolencia. Otro célebre caso es el tratamiento en un caso de locura en el cual Avicena es llamado para curar a un príncipe que sufría la ilusión de creerse vaca e iba de un lado a otro mugiendo y pidiendo ser degollado, Avicena adoptó el papel de carnicero de mercado, examinó al príncipe-vaca y dijo que estaba demasiado delgado para sacrificarse, debía seguir una dieta de engorde, y el príncipe a medida que recobraba su vigor perdido la ilusión fue desapareciendo por lo tanto, 1000 años antes de que Freud describiese la técnica de introducirse en la vida de la fantasía del paciente psicótico con objeto de facilitar a éste un puente por donde volver a la realidad, Avicena ya lo practicaba.

Como gran cirujano que fue, diseña y optimiza al máximo el instrumental quirúrgico. Su cargo principal fue el de director de la escuela médica de Isfahan (la más reputada en aquellos tiempos).

Su tumba, lugar de peregrinación de muchos musulmanes, se encuentra en Hamadán (Irán)

Discípulo de al-Israilí, Abu Ya'far Ahmad ibn Ibrahim ibn Abí Jalid al-Yazzar (931-1009), médico oriundo de Qairuán (Túnez) escribió una monumental obra Zad al-musafir, traducida al latín por el monje viajero de la abadía de Montecasino, Constantino el Africano, con el nombre de Viaticum peregrinantis. Tal vez éste fuera el más completo vademecum de toda la medicina medieval, abarcando de una forma concisa gran número de enfermedades y su tratamiento. Este fue libro de texto en las escuelas médicas europeas de Salerno y Montpellier y en las universidades de Bolonia, París y Oxford. En su tomo VI trata con detenimiento sobre las enfermedades venéreas que afectan tanto al hombre como a la mujer y es de especial importancia para el desarrollo de la sexualidad.

En Barsa (Irak) nace en torno al 965 Abu Alí al-Hasan ibn al-Haitham, el Alhazen de los cristianos. Su actividad se desarrolla principalmente en el Cairo bajo la tutela del califa fatimí al-Hakim. Este médico ha sido llamado "el padre de la óptica". Fue el primero en hacer una descripción anatómica del ojo humano. Explicó el fenómeno de la visión binocular, la reflexión y la refracción. Hizo las primeras lentes formada por segmentos esféricos de vidrio llenos de agua y se dio cuenta de la capacidad de aumento que poseen ciertas lentes tres siglos antes de que fuera explicado en la Italia Medieval. Su principal tratado fue el Kitab al-Manazir (El Libro de la Óptica). La oftalmología islámica, que había progresado a partir de la figura del kahhál u oftalmólogo árabe, estableció una estrecha relación entre el cerebro y el ojo.

Otro médico de origen sirio, ibn al-Nafis (1210-1288), fue el médico personal del sultán mameluco Bundukdari, considerado como un "salvador del Islam" por haber derrotado en varias ocasiones a los Cruzados y principalmente por haber frenado la incursión de los mongoles el 3 de septiembre de 1260 en la batalla de Ain Yalut cerca de Nazaret. Su más importante logro en el terreno médico fue el descubrimiento de la circulación menor de la sangre y enunció que la sangre fluía desde el lado derecho hacia el lado izquierdo del corazón a través de los pulmones, todo ello tres siglos y medio antes de que lo hiciera el médico inglés William Harvey. Por si fue poco el valor de su descubrimiento, éste llegó por deducción y no por disección, prohibida en esos tiempos.

Las constantes guerras en la que los países musulmanes estaban inmersos eran una buena enseñanza para los cirujanos de guerra, como es el caso de Ibn al-Quff (1233-1286) de origen sirio, el cual utiliza las enseñanzas de Abulcasis para el tratamiento de las heridas producidas en los combates mantenidos entre musulmanes y cruzados. Su obra primordial es el Kitab al-'umda fi sina'at al-yiraha (Libro del arte de la Cirugía).

La invasión de los mongoles en los siglos XIII y XIV no impidió que las ciencias y artes médicas conocieran un brillante período. La asimilación de la doctrina islámica por parte de los conquistadores mongoles fue una de sus principales causas.

Los principales médicos persas pasaron a ser los médicos de cabecera de los jefes mongoles, así el persa Rahíd al-Din (1247-1316) aparte de dirigir la construcción y puesta en funcionamiento del hospital de la ciudad de Tabriz, fue médico personal de ilján mongol shii Ulÿaitú, gobernador de Irán.

La medicina islámica se difundió hacia el Este a partir del s.XIV con la difusión de libros como la "Anatomía Ilustrada" de Muhammad ibn Ahmad Ilias, en el s.XV. Mansur ibn Faqih Ilias escribió otro tratado de anatomía el Tashrih-e Mansuri dedicado a un príncipe musulmán hindú.

El primer gran médico otomano fue Hayyi Bashá Jird al-Ayidiní que, en el s.XV, vivió en el Cairo. Escribió el "Kitab shifá al asqam wa dawa al-alam" (Libro de la curación de la enfermedad y del remedio de las penas). En el s.XVI, Muhammaad al-Qausuní, fue médico personal de los sultanes Suleimán I el Magnífico y de Selim II; este médico redactó un tratado sobre las hemorroides el "Kitab zad al-masir fi'ilaÿ al-bawasir" (Libro de la provisión para la curación de las hemorroides)

Posteriormente en el s.XVII destacaron los médicos safavies otomanos como Hakim Muhammad el cual escribió el libro Dhajira-ie kamilah, único tratado de cirugía de la época safavida. Uno de los males importados a través de las guerras y del comercio fue la sífilis que se expandió en Irán a mediados del s.XVII transmitida principalmente por viajeros franceses lo cual lleva a algunos de sus médicos, como Baha ud-Daula e Imaduddin, diferentes métodos para combatir lo que se dio en llamar "fuego franco". O también Salih ibn Sallum, médico personal de Murad IV, que estudió en profundidad la obra del médico suizo Paracelso.

Quasi un homenatge

Carles Pons

CETIR

A la tardor del 1992 i gràcies a l' inabastable entusiasme de Jordi Delàs, es publicava el número zero dels Annals del Sagrat Cor.

Aquella revista no era més que una dotzena de groguenques fulles ciclostilades més a prop dels pamflets subversius de l'època franquista que de veritable publicació científica. Tanmateix palesava el desig d'un grup de professionals de l'Hospital de donar un pas endavant de pujar un graó dins de la nostra activitat quotidiana. En aquell número zero vaig tenir l'oportunitat de compilar les 86 primeres ecografies transesofàgiques que s'havien practicat en el servei de Cardiologia. Es tractava d'una tècnica força novedosa aquells anys -tempus fugit- i que ha esdevingut de cabdal importància a la cardiologia moderna.

Des de 1992 i fins ara, he anat mirant de reüll l'evolució dels Annals i malgrat que, en ocasions, ha tingut un esdevenir una mica a batzegades, no s'ha perdut el fil conductor que la va originar.

Quan els darrers dies, en va caure a les mans un exemplar dels nous Annals, vaig sentir que s'esborro-

naven els records. El fet de poder escriure de nou o de formar part del Comitè Editorial té un significat que se'm fa especialment difícil d'explicar, tot i que l'essencial tindria que poder-se dir amb senzillesa.

Aquestes línies voldrien ser quasi un homenatge a la persona que ho ha fet possible, però de sobte, m'adono que aquest es el títol d'un poema del nostre Miquel Martí i Pol de tal manera que deixo les meves paraules i agafo els seus versos, això sí, adreçant-los amb un xic de complicitat:

" envelliran els llibres i potser
no els llegirà ningú i molt més
hauràs envellit tu quan, mig escèptic
mig resignat, recullis el farcell
d'enganys i desenganys, tal vegada
estrafent sense ganes aquell gest
de revolta que ben pocs han comprés
però que t'ha acompanyat tota la vida".

FISS-2003 concedit a l'estudi: Eficàcia del tractament amb CPAP nasal en els pacients amb ictus i trastorns respiratoris del son.

Serveis de Pneumologia i Neurologia

La línia d'investigació que analitza la relació entre el Trastorns Respiratoris del Son (TRS) i la Malaltia Vasculard Cerebral i que segueixen des de fa anys el Serveis de Pneumologia i Neurologia ha esta força fructífera tant des del punt de vista de les publicacions que ha generat, com pel que fa a la consecució d'ajuts oficials, ja sigui per part de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR) com per part del FISS (Fondo de Investigación Sistema Sanitario).

En primer lloc, es va demostrar l'existència d'una freqüència molt important de TRS en els pacients que havien patit un primer episodi d'ictus, identificant els fenòmens obstructius fonamentalment com a factor de risc i els fenòmens centrals com a conseqüència de l'ictus (Am J Respir Crit Care Med 2000; 161:375-80). En segon lloc, es va observar un impacte dels TRS sobre la supervivència dels pacients que havien

patit un Ictus (Eur. Rerpir. J. 2004; en premsa). Amb aquestes troballes sembla coherent plantejar-se si el tractament d'aquests pacients amb Nasal Continuous Positive Airway Pressure (CPAP nasal) pot millorar la seva recuperació funcional o la seva qualitat de vida, bó i considerant que des del punt de vista clínic no tenen una Síndrome d'Apnees del Son típica amb somnolència. Amb aquesta hipòtesi i uns objectius i metodologia adreçats a confirmar-la, es va demanar en la passada convocatòria 2003 una beca FISS que ha estat concedida, donant així a banda d'una financiació específica, un reconeixement a la línia d'investigació plantejada. I encara més, considerem l'actual estudi com a pilot, de manera que en propera convocatòria es sol·licitarà una beca FISS coordinada, comptant amb la participació de diversos centres de l'Estat Espanyol per tal d'ampliar la mostra. Tot plegat és una bona notícia.

Nova Unitat de Neuropsicologia

Marta Grau Olivares

L'objectiu principal del present article és donar a conèixer a tot l'Hospital la nova Unitat de Neuropsicologia que recentment ha estat inaugurada en el nostre centre.

Molts de vosaltres potser us preguntareu: "Què és la Neuropsicologia?", i "per a què serveix?".

La Neuropsicologia és una neurociència que estudia les funcions cognitives superiors relacionant-les amb les estructures cerebrals que les sostenen. Entenem com a funcions cognitives aquelles habilitats necessàries per l'individu en la seva vida diària i pròpies de l'ésser humà: l'atenció i la concentració, la capacitat del llenguatge (expressió i comprensió), la realització motora, la capacitat d'abstracció, la memòria, la capacitat perceptiva (táctil, visual, auditiva, olfactiva i gustativa), la capacitat de planificació, etc. Totes aquestes capacitats depenen del correcte funcionament del cervell humà i de la integració adequada de diverses àrees cerebrals. La finalitat de la neuropsicologia és descriure, i detectar les alteracions cognitives, conductuals i emocionals degudes a una alteració funcional i/o estructural del sistema nerviós central.

La Unitat està formada per un equip multidisciplinar en la que intervenen: neuròlegs (exploració neurològica, diagnòstic i tractament de les demències i altres patologies neurològiques), psiquiatres (diagnòstic i tractament dels símptomes conductuals i psiquiàtrics de les demències i altres patologies que afectin al sistema nerviós central i que cursin amb afectació psiquiàtrica), i neuropsicòloga (exploració de les fun-

cions cognitives superiors, per tal d'establir un perfil de deteriorament cognitiu que permeti realitzar un diagnòstic).

Els objectius de la nostra Unitat són: avaluar les funcions cognitives (memòria, llenguatge, atenció, percepció i les funcions executives), fer el diagnòstic cognitiu diferencial i el pronòstic, realitzar seguiments evolutius, establir pautes conductuals i estratègies per a mantenir l'autonomia, i assessorar a pacients i familiars.

Degut a que gran part dels pacients que veiem al nostre Hospital són de la tercera edat, la nostra tasca principal és la valoració i el diagnòstic de demències, tot realitzant un diagnòstic diferencial entre la presència d'envelliment normal per a l'edat del pacient i la presència de demència, diagnosticar el tipus de demència i l'estadi en el qual se situa el pacient, informar sobre la malaltia i la seva evolució, i realitzar un seguiment de l'estat cognitiu del pacient per a evidenciar l'evolució de la malaltia.

L'avaluació neuropsicològica ens és útil en totes aquelles patologies que cursen amb déficit cognitiu com ara: les malalties neurodegeneratives (Alzheimer, Parkinson, esclerosi múltiple...), accidents cerebrovasculars, traumatismes cranioencefàlics, tumors cerebrals, epilèpsia, paràlisi cerebral, trastorn obsessiu-compulsiu, depressió, i esquizofrènia, entre d'altres.

Esperem que els serveis que s'ofereixen a la Unitat us siguin útils.

Les tecnologies de la Informació a l'àmbit sanitari

Dionís Bel i López

Director de Logística de la Corporació Sanitària CLINIC, ex-director d'Organització i Informàtica durant el període 1992-2003

He estat convidat a donar la meua opinió sobre alguns dels aspectes que envolten l'evolució i posada en marxa de les tecnologies de la informació a l'àmbit sanitari.

És evident que les experiències viscudes a l'hospital CLÍNIC en aquests últims 10 anys, en la preparació i posada en marxa de diferents projectes d'informatització que han abarcat totes les àrees de gestió tant funcionals com assistencials, ens han proporcionat un coneixement pràctic sobre el tema que intentaré resumir, ressaltant aquells aspectes que considero crítics tant per l'èxit com pel fracàs de la seva implantació.

D'entrada, vull avançar que per a tots els que hem participat en aquests projectes dins del CLÍNIC, ha estat una etapa plena de satisfaccions però també complexa i amb moments molt difícils, que afortunadament s'han resolt gràcies a la implicació dels propis treballadors de l'Hospital en tots els seus estaments, és a dir, metges, infermeres, administratius, gestors i la Direcció. Per tant, el que presento seguidament no és només una proposta d'avançar cap al futur, sinó que, sigui quin sigui el projecte a dur a terme ha de formar part de la pròpia estratègia de l'empresa o institució que es decideixi a donar aquest pas.

Tampoc s'ha de veure com que "això és més per a grans hospitals que tenen molta gent i diners" (el que tots sabem que no és cert). Del que estem parlant és d'avançar cap a on tothom -més aviat o més tard- ens hem de trobar, per tal de disposar de la informació que realment es necessita i poder compartir-la, amb un format que faciliti la seva gestió, i tot això, amb un únic objectiu que és el de donar un millor servei als nostres pacients/ciudadans.

Per tant, el meu objectiu en escriure aquestes línies és aclarir alguns dels dubtes que els responsables d'un hospital o d'una determinada àrea assistencial poden tenir sobre com enfocar o plantejar-se un projecte integral d'informatització. També vull motivar-los en el sentit que aquest projecte pot modelar-se segons el tipus i volum de l'àrea, del grau d'implicació i possibilitats de dedicació del seu personal, del finançament necessari, etc.. Podem plantejar-nos un projecte que evolucioni segons tots aquests factors i, en conseqüència, no tindrem excuses per tirar endavant el "nostre" projecte.

La incorporació de les tecnologies de la informació a tots els àmbits i en particular a l'àmbit sanitari, és un procés en evolució, irreversible i imparabile, que està canviant la nostra manera de treballar i també, la manera en què ens relacionem. Les possibilitats que aquestes tecnologies ofereixen en referència a disponibilitat i accessibilitat a la informació, estan influïnt intensament en les transformacions de les relacions entre persones i organitzacions.

L'efecte directe de les noves tecnologies de la informació en la gestió i en la política sanitària, i el seu valor com a eina per a la millora de l'atenció sanitària, és inqüestionable. I bàsicament, el seu objectiu ha de dirigir-se a facilitar i proporcionar :

Assistència d'alta qualitat als pacients i permetre incorporar els avenços clínics, de diagnòstic i tractament, i també els de gestió.

Oferir als professionals informació, per ajudar a prendre millors i més ràpides decisions en l'avaluació de resultats, reducció de costos i millora de la rentabilitat.

En el futur, temes com la telemedicina, la història clínica informatitzada i la incorporació a aquesta de protocols i altres actuacions, permetrà simplificar l'assistència i recollir totes les experiències relacionades amb la prestació de serveis sanitaris, facilitant la planificació dels recursos assistencials i la millora de l'atenció als pacients.

Aplicant les preguntes bàsiques per l'anàlisi d'un problema, es pot entendre millor del que estem parlant :

De què es tracta?: De posar en marxa un sistema de gestió de la informació clínic-assistencial.

Per què?: Per gaudir de les avantatges de disposar de la informació "on line" i millorar la presa de decisions en front del nostre pacient.

Com es fa?: Amb el suport d'eines informàtiques i software adient.

Quan s'ha de fer?: Quan els futurs usuaris del nou sistema (especialment metges i infermeres) entenguin que hi ha avantatges significatives i estiguin disposats al canvi.

On s'ha de fer?: Al propi centre de treball i als centres col·laboradors que composin juntament amb nosaltres l'àrea de salut de la que en són responsables: Xarxa interna.

Qui ho ha de dur a la pràctica?: Els usuaris metges, infermeres, administratius i gestors, que han de ser els principals actors i que han de modificar la seva manera de treballar per passar a interactuar amb el sistema.

Seguidament plantejo quines són, segons la meua opinió, les necessitats d'un sistema integral d'informació assistencial i també quins els recursos necessaris per a la seva implantació.

Vull centrar-me especialment en les necessitats clínic-assistencials, donat que són les més novedoses i també perquè entenc que les funcions més de gestió, com la facturació, comptabilitat, costos, compres, etc. estan d'una o altra manera ja en marxa a la pràctica totalitat d'hospitals o àrees assistencials i, evidentment, hauràn d'integrar-se amb el nou sistema clínic-assistencial, especialment pel què fa referència a l'activitat registrada.

Tampoc entraré a comentar altres necessitats, com per exemple les relatives a la Recerca amb bases de dades científiques consultables amb accés remot, o altres eines de suport com accés a servidors d'informació bibliogràfica, Internet, etc..

Per tant, dins d'un sistema d'informació de gestió clínic-assistencial podem distribuir les necessitats en diferents nivells o blocs, que a més poden ser utilitzats com a fases progressives de posada en marxa :

Subsistema de gestió de pacients, amb les funcionalitats necessàries per controlar l'estada del pacient i els seus moviments dins l'hospital o àrea assistencial:

- llista d'espera
- admissió (d'hospitalització, ambulatoria i d'urgències)
- arxiu d'històries clíniques i codificació diagnòstica
- gestió de llits
- trasllats i permisos
- gestió d'agendes i programació de visites
- gestió de peticions i traçabilitat
- transport de pacients
- alta (d'hospitalització, ambulatoria i d'urgències)

Subsistema de gestió clínica:

- gestió d'ordres clíniques
- documentació clínica i formularis (informes d'alta i de resultats, notes de curs)
- gestió de quiròfans (sol·licitud, planificació, monitor quirúrgic i documentació)
- cures infermeres (anamnesis, definició i control del pla de cures i informes)

Subsistemes departamentals (amb les interfases corresponents amb els anteriors subsistemes):

- radiologia i gestió i distribució d'imatges (Arxiu PACS)
- laboratoris i anatomia patològica
- farmàcia (prescripció, unidosis, farmacioles planta, etc.)

Com es pot veure, la implantació de tots aquestes funcionalitats és una tasca molt important que requereix temps, recursos i com ja he dit, d'un plantejament estratègic de la direcció de l'empresa. Cal dir però, que l'impacte sobre el treball dels usuaris assistencials, metges i infermeres que té el poder disposar de tota aquesta informació "on line", és brutal, si em permeten l'expressió.

És una altra manera de treballar, molt més àgil i satisfactòria, que facilita la presa de decisions, racionalitza la dedicació del professional i permet avançar progressivament cap a la Història Clínica Informatitzada . Més andavant presentem una llista de millores potencials per cada professional.

Si parlem dels efectes sobre el pacient, s'ha de dir que l'agilització dels tràmits de sol·licitud i programació, tant de proves com visites, redueix els temps d'assistència. En els últims cinc anys, la EM del CLÍNICA s'ha reduït de 7,41 a 5,98. És a dir, una reducció de prop del 20% , que ha suposat un increment equivalent de capacitat productiva, és a dir d'activitat.

Entrant en un més detall de quines son les millores en el treball del dia a dia dels diferents actors del canvi, assenyalarem les següents :

Metges

Accés a les dades del malalt desde qualsevol lloc i en qualsevol moment (urgències, consulta, sala). Interfície gràfica específica senzilla i àgil.

Informació completa "on line" de tots els episodis de la vida del pacient (proves, diagnòstics, informes quirúrgics, de resultats, d'alta, etc.).

Informació dels indicadors clínics que es defineixen estratègics per a la institució, com d'infeccions, assaigs, etc..

Supressió dels impressos de petició de proves al fer-ho des de la pantalla, poder definir-se els perfils més freqüents (preoperatori i altres).

Idem anterior quant als informes de tot tipus, també amb plantilles predefinides segons tipus (resultats, quirúrgic, alta, nota de curs, etc.).

Circuit integrat i informatitzat de sol·licitud, programació i intervenció quirúrgica.

Seguiment "on line" de la traçabilitat de tots els tràmits anteriors, amb detall de qui ho ha fet, des d'on, quan...

Control de les peticions de proves fetes per metge i DRG, amb possibilitat de protocolitzar el tipus i nº de proves a realitzar segons el diagnòstic i tipus de pacient, i utilitzar-ho per la formació dels residents.

Utilització del conjunt d'informació anterior per estudis de recerca, agrupat per DRG o diagnòstic, edat, sexe, etc..

Accés "on line" a la imatge i a l'informe de Radiologia, segons els procediments que s'acordin.

Possibilitat d'accés remot a tota la informació des d'altres zones geogràfiques, transferència a altres centres, etc..

Integració de la informació assistencial de l'hospital amb la Primària i viceversa, facilitant la gestió dels diferents col·lectius de metges que hi participen, avançant cap a l'història clínica única compartida.

Infermeres :

Sistema de peticions de proves complet i amb la traçabilitat de totes les fases (sol·licitud, programació, realització i informe corresponent), amb llistat diari de les preparacions a fer sobre cada malalt, poder prioritzar les urgents, etc..

Peticions també de dietes i de transport per pacient, fetes amb l'ordinador i amb traçabilitat.

Registre "on line" de dades de constants i de medicació pel dossier d'infermeria

Control "on line" de llits, butaques hospital de dia i altres, amb detall de pacients i horaris.

Control d'admissions planificades/llista d'espera, amb tota la informació que es consideri necessària.

Transferència d'informació entre els diferents torns.

Sistema d'informes d'infermeria (curs, alta, transferència externa, etc.) i plantilles predefinides.

Gestió "on line" de les agendes de consulta externa i obtenció del llistat de visites pel dia següent, tant pel mostrador que rep els pacients com per la preparació i distribució de la història clínica en paper.

Accés a protocols lligats a guies clíniques pre-establertes i gestió del pla de cures.

Possibilitat de connectar un sistema d'estimació de carregues de treball, segons sistema PRN o altres.

Gestors (considerant la integració/interfase del sistema clínic-assistencial amb el de gestió econòmica :

Coneixement dels costos reals per malalt (factura individual), amb detall de tots els conceptes que es considerin adients.

Coneixement del cost del procés (per DRG), optimització/racionalització dels més importants en despesa.

Facturació a clients (CatSalut, privats, mútues) automàtica a partir del registre d'activitat realitzat en el sistema clínic-assistencial.

Aplicació d'un sistema de facturació interna, perquè es conegui tot el cost de l'assistència generat per les diferents àrees i aquestes també ho coneguin i controlin.

Obtenir el compte d'explotació de cada àrea, per imputació dels costos totals i assignant els ingressos corresponents, bàsicament per estimació del consum de recursos(DRG).

Control "on line" dels pressupostos de despesa i d'ingrés per àrea i concepte, anàlisi de desviacions i ajustos.

Control dels indicadors relacionats amb la nòmina (suplències, absentisme, contractes, etc.).

Seguiment i control d'estadístiques d'activitat, especialment de l'estada mitjana que ha d'anar reduint-se progressivament, entre altres, per la introducció de la informatització i el procés de reenginyeria esmentat abans.

Per tant i des d'un punt de vista estrictament econòmic, el retorn de la inversió queda del tot assegurat, donat que, a més, un sistema informatitzat estàndar dels existents al mercat garanteix una vida mínima de 15 a 20 anys.

En relació a quin és l'ordre natural d'implantació d'aquests subsistemes, cal dir que la gestió de pacients i els aplicatius departamentals s'implanten moltes vegades en paral·lel i la gestió clínica sempre ve a continuació, donat que utilitza la base de dades principal de la gestió de pacients.

Un dels temes importants i que tractarem a continuació és el de la correcta i complexa, moltes vegades, connexió dels subsistemes departamentals amb els altres dos de gestió de pacients i gestió clínica. El que coneixem com a "interfases" és quasi sempre conflictiu tecnològicament i també delicat, ja que estem tractant amb resultats de pacients i per això és un tema a cuidar i a assegurar prèviament a la implantació.

Passo ja doncs a parlar dels recursos necessaris que cal tenir en compte per facilitar la posada en marxa d'aquestes subsistemes :

En primer lloc cal adquirir al mercat un software (i també el hardware) adient a les nostres necessitats. És del tot impensable actualment pensar en desenvolupar un programa informàtic a mida. Al mercat hi ha diferents solucions segons necessitats i volum d'usuaris. No cal dir que el software seleccionat ha d'incor-

porar els mòduls corresponents de facturació i la connexió amb els aplicatius financers ja existents a l'empresa, o incorporar a més un nou sistema de gestió econòmica integrat a l'assistencial. Contractar també el corresponent suport per a la implantació i posterior manteniment.

Si no es té, habilitar un espai encara que mínim per començar per tal d'ubicar el servidor central i altres elements tecnològics de comunicació i distribució: el Centre de Procés de Dades. Igualment, caldrà preveure la necessitat de connexió amb ubicacions geogràfiques externes i la solució tecnològica de xarxa més adient.

Dotar de PC's i impressores als usuaris que s'iniciaran en el nou sistema.

L'adaptació a les funcionalitats del nou sistema facilita la revisió dels procediments i documentació actuals, el que es coneix com a reenginyeria de processos.

Definir qui és el líder del projecte i el seu equip de suport. Això és fonamental per l'èxit del projecte. No es pot emprendre un projecte d'aquestes característiques sense un lideratge, que a més de ser promogut i designat per la Direcció ha de ser reconegut pel conjunt d'usuaris que participaran en el projecte, especialment metges i infermeres. El líder ha de coordinar les relacions entre el proveïdor que dóna suport a la implantació i aquests usuaris, especialment a l'hora de recollir els requeriments funcionals per tal de fer una correcte parametrització del nou sistema, i per la posterior i necessària formació.

Es recomana també dotar d'un mínim suport informàtic, al menys d'un tècnic que passi a realitzar les tasques d'administració del sistema, doni suport al líder i mantingui el contacte de tipus tècnic amb el proveïdor del sistema.

Decidir què es fa amb la informació històrica del pacient. Això depèn de cada cas. Si hi ha dades informatitzades prèvies caldrà procedir al traspàs entre sistemes, que sempre és feixuc. Si no hi ha, caldrà decidir si comencem la informatització només amb els nous pacients o si es registren també al nou sistema les dades demogràfiques dels pacients actius a mida que van venint a rebre assistència, per tal de tenir-los a tots en els sistema a partir del dia de posada en marxa (aquesta és l'alternativa més vàlida).

L'últim punt dels bàsics a tenir en compte és el que ja hem comentat de les "interfases" amb els aplicatius

departamentals. S'ha de procurar sempre abans de procedir a qualsevol contractació que els diferents proveïdors acordin el protocols a seguir per la connexió entre els seus sistemes

Hem parlat ja de necessitats a cobrir i de recursos a proveir, que caldrà valorar en funció del pla de treball que es consideri apropiat i viable per l'hospital o àrea assistencial. Ara toca parlar de les premisses bàsiques a assegurar prèviament, per poder plantejar-se de veritat la viabilitat d'un projecte d'informatització:

Motivació i disponibilitat dels usuaris metges i infermeres per dur a terme el canvi. Ja he avançat abans que això és fonamental per la decisió de tirar endavant. També la formació que els hi donem serà importantíssima per vencer la por i els hàbits adquirits. Tots aquests aspectes s'engloben en el que es coneix com a "gestió del canvi" i cal tenir-ho molt en compte.

Evidentment, cal un cert finançament per assolir els recursos abans esmentats. Aquest és un tema del què la Direcció es fa càrrec, però on cal tenir la visió més global possible, és a dir, preveure que el projecte es pot estendre al llarg de 2, 3 ó més anys, depenent dels subsistemes a posar en marxa, del volum d'usuaris, etc. El què crec més adient és que el pla de treball i la previsió econòmica vagin junts en funció de les possibilitats reals de l'entitat i que tots els que participen en el projecte ho coneguin. Cal evitar frustracions posteriors que poden incidir negativament en futurs projectes, per una deficient previsió.

Ja he comentat abans la importància d'un líder i del seu grup de suport. Caldrà tenir en compte a més que aquestes persones hauran de dedicar part del seu temps a la preparació, disseny, formació, implantació i seguiment del projecte. De segur que això incidirà en que part de les tasques que estan desenvolupant hagin de ser transferides a altres persones, per poder dedicar-se al projecte. Evidentment tot depèn de la importància del projecte, del termini, etc..

Finalment i no el menys important, és una bona selecció del proveïdor del sistema. En aquests moments hi ha diferents solucions al mercat que abarquen diferents tipus i volums d'hospital o àrea assistencial. El més important es veure la solució funcionant a altres empreses similars a la nostra i poder comentar i constatar el nivell de satisfacció dels usuaris d'aquestes altres empreses.

Hospital i Informàtica

Núria Parra Macías

Medicina interna

Hospitals d'arreu del món han inclòs com a tasques principals la informatització de les seves estructures per tal de millorar l'eficiència. Al nostre país, la informatització dels hospitals va arribar de manera tardana i desigual, prioritzant-la en àrees administratives, en la gestió dels recursos assistencials més crítics (llits, quiròfans, consultes...) i en aplicacions sobre alguns serveis centrals (laboratori, farmàcia...). Sens dubte, això i la generalització del "tot poderós internet" ha suposat un avanç clar: s'ha produït un canvi cultural irreversible en la valoració dels sistemes d'informació. Aquest canvi ha generat una demanda d'infraestructura en tecnologies (equips, xarxes locals, personal tècnic) i alhora una necessitat als sanitaris cada vegada més exigent d'actualització contínua, no només dels coneixements mèdics sinó també dels coneixements tècnics per a la correcta optimització dels recursos.

El somni d'una àrea bàsica de salut integrada en el marc hospitalari gràcies a una xarxa de suport informàtic que permeti accedir-hi des de qualsevol punt del circuit ja és realitat en alguns indrets. Entre aquesta realitat minoritària i la informatització dels serveis mínims administratius s'obre un ventall de gradacions determinat pels recursos tècnics i humans de cada centre assistencial.

I nosaltres on som? Des de la mirada d'un resident pràcticament acabat d'aterrar a l'hospital diria que no passem dels primers graons. I no només per manca de recursos tècnics, sinó també per manca de recursos humans amb capacitat per a fer-los rendir. Si bé és cert que el suport tecnològic és imprescindible, tot aquest esforç d'infraestructura pot fer aigües si els professionals no assimilem la nova forma de treballar. La finalitat no és eliminar el paper i el bolígraf sinó aprofitar la tecnologia per a millorar la qualitat laboral i els resultats. Reflexionar sobre aquestes mancances ens hauria de servir per a dirigir un millor progrés.

I la manera més pràctica de reflexionar sobre això que se m'acut és posar per escrit de forma, si voleu un pèl parodiada, però en tot cas fidedigna, la meua tasca diària a l'hospital. Agafem un dia qualsevol del mes de febrer passat. Són les nou del matí i pugem a planta disposats a donar un alta. Sembla fàcil, però no ho és tant.

Sobretot quan l'alta depèn d'una analítica urgent que s'ha punxat aquell mateix dia a les set del matí i que tot i que el laboratori pot disposar dels resultats en poca estona, el viatge de l'imprès des que surt de les mans del tècnic que ho valida fins que arriba a les meves, a vegades es converteix en tota una aventura digna dels millors capítols de l'Odissea. La realitat és que són les nou i no tinc l'analítica. Adoptem l'actitud resignada de pujar més tard. I sempre penses: "Si tinguéssim l'hospital i el laboratori connectats en xarxa...."

"Sobretot quan a les onze del matí has aconseguit el resultat de l'anàlisi i la infermera et mira com si estiguessis cometent un crim quan li dius que has de "peregrinar" amb la planxeta del pacient des de la sisena planta d'hospitalització fins a la primera de consultoris per a fer l'alta i que tindràs segrestada la història una estoneta. I sempre penses: "Quina necessitat tinc d'anar deixant notetes contínues als controls d'infermeria i donar les mateixes explicacions per a avisar que agafo la planxeta? Aish... si a cada planta hi haguessin ordinadors..."

Sobretot quan arribes a Medicina i veus que sembla la cua de la carnisseria. Mala sort... haurem d'esperar. Hi ha dos residents més fent cua al davant de l'ordinador amb les mateixes intencions que jo. I us preguntareu: "Només teniu un ordinador?" No, però dona la casualitat que tots tres hem triat aquell ordinador per a començar a introduir l'alta i ja tenim informació guardada. Asseure en el del costat suposaria tornar a picar una altra vegada tot l'informe. I sempre penses: "Quan ens posaran els ordinadors connectats en xarxa?"

Sobretot quan ja has aconseguit asseure al davant del teclat (i a tot això són dos quarts d'una) i s'acosta un adjunt i et diu: "Ai va... si estàs fent l'alta de la senyora Pepeta! Aquesta senyora la vaig tenir ingressada fa un mes!" I sempre penses: "Genial! Si m'ho haguessis dit abans em podries haver passat l'arxiu de la teua alta i jo hagués adelantat feina no tornant a picar tots i cadascun dels antecedents que ja vas escriure en el seu moment". Però ja veieu... tinc la desgràcia de no ser tan il·luminada com per a saber tots els pacients que han portat els adjunts del Servei en els darrers anys. Tornem a la mateixa solució: "Si tinguéssim els orde-

nadors connectats en xarxa i disposéssim d'una base de dades dels pacients que ingressen al Servei..."

Bé, la una i l'alta feta. Missió completada amb 4 hores de retràs sobre l'horari previst.

Ara toca fer una mica de ciència. Em fa tant "no sé què" veure com els meus companys intenten fer el descriptiu d'un estudi que es porten entre mans amb tecnologia punta-digital (és a dir, punta de bolígraf, dits de la mà) que decideixo contribuir a la causa. Silenci sepulcral. I pobre de qui digui alguna cosa que pugui fer-nos descomptar de la sèrie de més de dos cents pacients que tenim davant. I és que això de fer mitjanes i desviacions típiques a mà té mèrit. I us preguntareu: "No teniu programes de suport estadístic?" Mmm... bé, sí... com es deia? Alguna cosa semblant a excel·lent. Ai sí, l'Excel! Però sabeu què passa? Que només el tenim instal·lat a l'ordinador on hi havia la cua per a fer les altes perquè els altres són tan vells que no reuneixen els requisits mínims del programa per a poder-lo instal·lar. I si no ho dieu massa fort,

confessarem que gairebé no sabem fer-lo servir. I sempre penses: "No pagaria la pena fer algun curs de formació? Probablement les hores que invertirem en aprendre el seu funcionament quedarien de sobres compensades amb el temps que ens estalviaria fer càlculs a mà".

Les quatre de la tarda i he quedat amb els de l'Arxiu per a recollir unes dades d'històries clíniques que necessito. No us podeu imaginar com és de divertit remenar aquells blocs de 5 kg plens de pols. I sempre penses: "Quan tindrem les històries clíniques informatitzades?"

Les cinc de la tarda. A casa! Ja he fet prou per avui.

Connexions en xarxa amb intranet i internet, més terminals, paquets estadístics, processadors de text, bases de dades, històries clíniques informatitzades, cursos de formació, pàgina web de l'hospital i dels serveis... són la demanda directa que ha generat el segle anomenat de les comunicacions. De nosaltres depèn romandre en el segle passat o pujar al tren de les noves tecnologies.

Prevenió dels problemes relacionats amb els medicaments

Begoña Eguileor

Servei de Farmàcia

La taxa d'errors de medicació se situa al voltant del 10% a Espanya.. Els experts consideren que acabar amb aquest problema és impossible degut a què és inherent al propi sistema sanitari. No obstant, és possible reduir la taxa d'errors.

Diversos estudis reflecteixen que més del 70% dels problemes relacionats amb la medicació es poden prevenir i ocasionen el 2,2 % dels ingressos urgents en un hospital de 750 llits generant un cost anual de més de 1 milió d'euros. La solució passa per establir controls de qualitat en cada un dels nivells assistencials.

Un estudi de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospitales (SEFH) observava una mitja de 0,9 d'errors per pacient i dia. Identificava la causa dels errors de medicació: un 56% dels casos es devien al factor

humà, un 15% a problemes de disseny de l'etiquetat i envasat del medicament, i un altre 15% per problemes en la interpretació de les prescripcions. En els errors detectats pel factor humà, un 38,6% es deu a una falta de coneixement del medicament; a lapsus o descuit un 24,6%; als errors de càlcul un 11,2%; i a la sobrecàrrega de treball dels professionals sanitaris un 7,4%.

Basant-se en dades quantitatives, la SEFH considera important per la prevenió dels errors de medicació: facilitar la prescripció per ordinador per tal d'evitar prescripcions manuals, ordres verbals, etc. i estimular la creació de grups de treball que la funció sigui detectar punts crítics en el procés d'utilització de medicaments per tal de proposar millores i ajudar a aplicar-les.

Docencia pregrado ultramar en el HUSC

Javier Ruiz

Jefe de Estudios. Hospital Sagrat Cor

En relación a la docencia pregrado, el HUSC mantiene vínculos tradicionales con la UB, a través de sus diferentes organismos competenciales -que cambian con el tiempo- y dentro de un marco contractual que se renueva quinquenalmente. Este marco contractual contempla un acuerdo docente entre el HUSC y diferentes facultades del ámbito de la salud: Medicina, Farmacia, Psicología y otras potenciales. Esta docencia, conjuntamente con la docencia postgrado (programa MIR / FIR) regulada por un acuerdo con el Ministerio de Educación, constituyen la docencia base actual ofertada por el HUSC a la comunidad, o su 'core business' docente.

Aunque con importantes limitaciones presupuestarias y, al menos, desde que este firmante es Cap d'Estudis, la docencia siempre ha recibido el apoyo de la Dirección de CARSA y, más en particular, de la dirección del propio HUSC. En concordancia, ambas direcciones han apoyado cualquier sugerencia relacionada con el estímulo de la docencia, pre o postgrado; aunque, obviamente, cualquier sugerencia que sea factible, o posible, o alcanzable, o ajustada a la realidad. Una de estas sugerencias, en 2001, fue extender la docencia pregrado allende de nuestras fronteras.

Efectivamente, el 7 de Mayo de 2001, a propuesta del Dr. Raúl Oscar Rubinsky y con el apoyo de la Dirección del HUSC de entonces -especialmente con la colaboración del Dr. Agustí Segura, Director Médico en aquel año-, se estableció un acuerdo con la que probablemente es la facultad de medicina más prestigiosa de toda la América latina: la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Tal acuerdo se institucionalizó rápidamente y se formalizó posteriormente de manera contractual; a través de la firma del contrato aprovechando la visita del Dr. Miley, miembro del decanato y comisionado para tal efecto.

El acuerdo contemplaba la docencia de estudiantes de rotatorio del último año de licenciatura en la UBA, en relación con una serie de especialidades vinculadas a los servicios asistenciales que se recogen en la Tabla I. Los primeros estudiantes llegaron en Octubre de 2001. Desde entonces, 54 estudiantes han accedido al HUSC; apareciendo alfabéticamente la relación de todos ellos en la Tabla II.

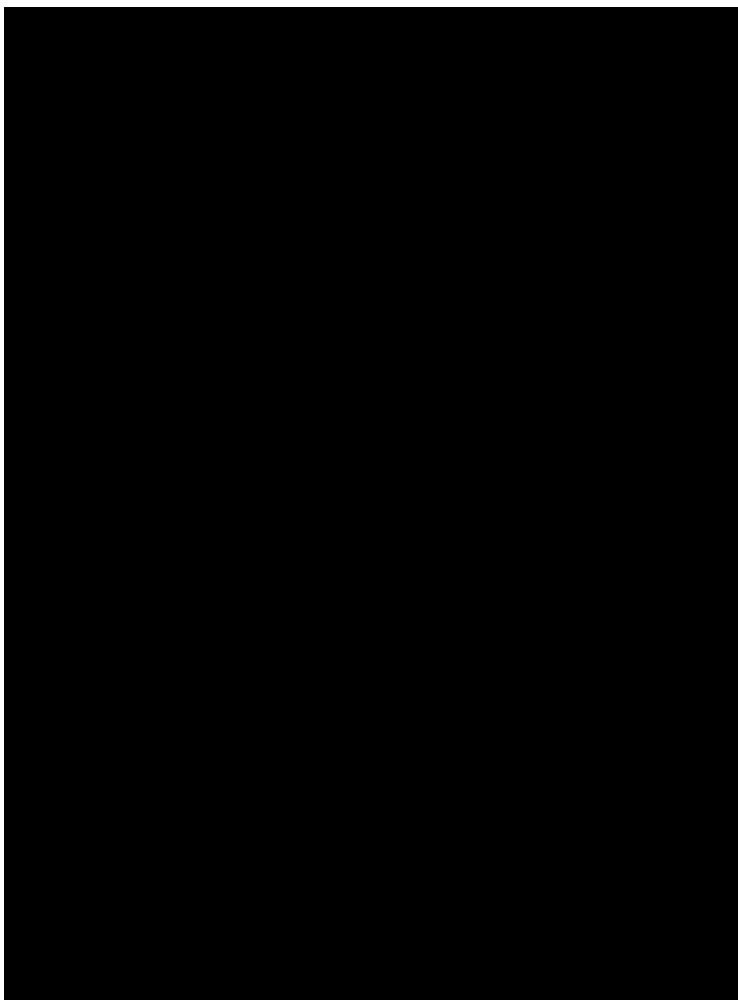
Cabe destacar tres aspectos en esta formación. Uno,

la capacitación y preparación de la mayoría de los estudiantes de la UBA. Otro, la adaptación de los estudiantes a otra cultura -especialmente cuando superaron el impacto de la crisis económica y financiera en Argentina (diciembre de 2001)-. Y el tercero, de reconocimiento obligado, la gran colaboración -desinteresada- del cuerpo facultativo del HUSC en las tareas docentes.

En este ambiente de apertura docente hacia ultramar, se gestó otro acuerdo en 2002. En esta caso, con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), Méjico. El acuerdo se formalizó en 2003, contemplando rotaciones de 12 meses consecutivos para estudiantes rotatorios también de último año. En julio de ese año, llegó el primer estudiante. Actualmente, se están llevando a cabo conversaciones virtuales para ampliar el marco de intercambio. Los estudiantes vinculados a la UAEM aparecen también en la Tabla II.

Todo lo expuesto traduce una burocracia formal (Ministerio, Cat-Salut, UB, UBA, UAEM, ...) no siempre bien entendida, tan aburrida como innecesaria de explicar, pero que no puede ignorarse. Todo lo expuesto exige también unos ciertos mecanismos de control. Todo lo expuesto queda reflejado también en diferentes reconocimientos formales que se perpetúan a lo largo del tiempo y que acreditan al HUSC como el hospital de titularidad privada más docente de Catalunya, a gran distancia del que pudiera situarse en segundo lugar.

Y queda también reconocido de manera intangible: Es un esfuerzo conjunto, del cuerpo facultativo, de los estudiantes, de la dirección, de la comisión de docencia.... Un esfuerzo conjunto que se sustenta en la tradición docente del HUSC. No es imaginable hoy en día el HUSC sin docencia; fundamentalmente porque la docencia es cultural a los médicos que constituyen el cuerpo facultativo del hospital. Un reto es cómo adaptar la docencia a la realidad y al contexto social actuales, cómo hacerla compatible con la razón del ser fundamental del HUSC -el enfermo-, cómo adaptarla a la escasez de recursos, y, sobre todo, cómo distinguir entre "lo que debiera ser" (fácil), "lo que podría ser" (difícil), y "lo que realmente puede ser" (muy difícil): Ofertar la mejor docencia posible en beneficio de la comunidad. En ello estamos.



COGNOMS

			MARTINEZ ALMUDEVAR
			MASSIMINO
		PAULA	MAUR
			MOGUILLEVSKY
			MOLFINO
		ELISA	MOLTONI
		ALEXI	MORALES PAREDES *
		ALEJANDRA	MORCOS GONZALEZ
		DIEGO	MUÑOZ
			PAGOTTO
		A	PARAFITA
			POCHAT
			QUIAN
			ROBIN
			ROCAMORA
		CELESTE	RODRIGUEZ
		LUJAN	SAEZ
			SAJOUX
		MARTIN	SANTOS
			STANCATI
		AD	SUAREZ ORDOÑEZ
		A MAGALI	TURINA
		CELESTE	VECCHI
			VERDIER
		IO	VIGLIERCHIO
		ANAHI	VILLAGARCIA
		LIDIA INÉS	VILLALBA
PAOLA	LEON GARCIA *		
JOAQUINA	LOPEZ MORAS		
LAURA	MAGLIO		

* Estudiantes vinculados a la UEM, Méjico

Bibliografia

REVISTES SUSCRITES A LA BIBLIOTECA L'ANY 2004

Acta Orthopaedica Scandinavica	Human Pathology
American Journal of Clinical Pathology	Intensive Care Medicine
American Journal of Kidney Diseases	Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism
American Journal of Medicine,	Journal of Neurosurgery
The American Journal of Obstetrics and Gynecology	Journal of Pediatrics
American Journal of Ophthalmology	The Journal of the American College of Cardiology
American Journal of Roentgenology	Journal of the American College of Surgeons
American Journal Of Surgery, The	Journal of the American Society Echocardiography
American Journal Of Surgical Pathology	Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery
Anales de Medicina Interna	Journal of Urology
Anesthesia & Analgesia	The Laryngoscope
Anesthesiology	Medicina & Historia
Annals of Pharmacotherapy	Medicina Clínica
Annals of Thoracic Surgery	Medicine
Archives Maladies du Coeur et des Vaisseaux	Neurology
Arthroscopy	Neurosurgery
British Journal of Surgery	New England Journal of Medicine,
Circulation	The Pediatric Infectious Diseases Journal
Cirugía Plástica Ibero - Latinoamericana	Plastic and Reconstructive Surgery
Clinical Journal of Pain	Radiographics
Critical Care Clinics	Radiology
Critical Care Medicine	Retina
Current Opinion in Neurology	Revista Española de Enfermedades Digestivas
Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	Revista ROL de Enfermería
Enfermería Clínica	Revue Chirurgie Orthopédique Réparatrice Appareil moteur
Epilepsia	Surgical Clinics of North America
Foot & Ankle International	
Gastroenterology	

Des de la biblioteca de l'Hospital Universitari Sagrat Cor volem comunicar-vos que des de gener d'enguany hem contractat el servei de Biblioteca Digital de la Fundació Biblioteca Josep Laporte.

Aquest servei permet l'accés a les bases de dades i col·leccions de revistes a text complet que la Fundació ofereix, des de qualsevol ordinador de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor.

Esperem que aquest nou servei de la Biblioteca sigui una eina eficaç per agilitzar la recerca de documentació. Les adreces URL per tal de poder accedir a la Biblioteca Digital són:

Bases de Dades: <http://www.fbjoseplaporte.org/cat/bdb/bbdd/index.htm>
 Hemeroteca Digital: <http://www.fbjoseplaporte.org/cat/bdb/hemeroteca/revfulltext.php>

Agenda

Calendari de Sessions Generals Hospitalàries: Curs 2003-2004

- 15-04-04 Tema: Dispèpsia: Posada al dia
Moderador: Dr. J. Garrigó
- 13-05-04 Tema: Fecundació in vitro
Moderador: Dr. J.Martí Flo
- 10-06-04 Tema: (a determinar
Moderador: La Direcció de l'HUSC

Sessions Científiques del Centre Sociosanitari Pa- lau (Aula de docència. C/ Sant Antoni M^aClaret, 135)Programa del Curs 2004

Dijous 26 de Febrer. 18:30h

Psicogeriatría, visió actual i perspectives de futur.

Dr. Josep R. Domènech. Servei de Psiquiatria. Hospi-
tal Dos de Maig. Barcelona.

Dijous 15 d'abril. 18:30h

Trastorns Psiquiàtrics en pacients majors

Dr. Jorge Cervilla. Coordinador CSM Hosp. Sant An-
toni Abat. Vilanova i la Geltrú.

Dijous 18 de juny. 18:30h

Tractament Farmacològic de les Demències

Dr. Mikel Urretavizcaya. Servei de Psiquiatria. Hosp.
Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Dijous 30 de Setembre. 18:30h

Aspectes organitzatius dins d'una unitat de demència

Dra. Consol Almenar. Unitat de Demències Clínica
Torribera. Sta. Coloma de Gramanet

Dijous 18 de novembre. 18:30h

Maneig no farmacològic del deteriorament cognitiu.

Anna Llorente. Neuropsicòloga Fundació ACE. Barce-
lona