

# **Annals del Sagrat Cor**

Fundat l'Any 1993

**Vol 10, núm. 2**

Abril-Maig-Juny 2004

# Annals del Sagrat Cor

Vol 10, núm. 2  
Abril-Maig-Juny 2004

## Coordinació

M<sup>a</sup> 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                     | Marcelí 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,               | Carme Prat, traumatologia                     |
| Amadeo Carceller, oftalmologia                         | Marina Puig, endocrinologia                   |
| Enric Carral, medicina interna                         | JM <sup>a</sup> 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 Sopeña, 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 <sup>a</sup> 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                            | Aristides 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                              |

## Homenots

Josep Pla, ens parla dels Homenots. De Persones que tingueren una notòria transcendència per les coses que portaren a cap o per la seva significació personal dibuixada i precisa. La principal finalitat d'aquests papers va adreçada directament a la joventut i està destinada a estalviar-li la injustícia de l'oblit.

En aquest número dels Annals endeguem una sèrie de comentaris sobre els nostres propis Homenots. En aquest cas, el doctor Victorino Hernández i el doctor Fernando Palomar-Petit en dos escrits del doctor Enric Gil de Bernabé i del doctor Miquel Balcells.

Donat que el primer número dels Annals va aparèixer a principis de gener de 1993, els 10 anys els celebrarem el 2003. Però ho hem volgut retardar fins el període que anirà des de juny de 2004 fins a juny de 2005 per fer-ho coincidir amb un seguit de fets.

Hem volgut crear l'Acadèmia dels Annals. Àmbit honorífic on s'hi inclouran professionals que ja no treballen a l'Hospital i que han destacat per la seva trajectòria clínica i humana. Poc a poc anirem publicant el llistat d'aquests nostres acadèmics proposats pel Consell Editorial.

En el curs d'aquest desè aniversari, apareixeran articles especials de commemoració. Entre d'altres, La Medicina del Treball en els darrers 10 anys del Servei de Prevenció de Riscos Laborals, Fàrmacs antitrombòtics en el tractament de l'accident vascular cerebral

isquèmic i Etiologia dels accidents vasculars cerebrals en adults joves.

Ens plau confirmar uns dels projectes més desitjats, els Annals on line. Un antic propòsit del nostre cap de redacció, Dr. Jordi Bel, una de les persones que ha impulsat decididament la renovació i modernització dels Annals. Amb un fresc disseny de Sònia Poch, és ja una realitat aquesta pàgina pròpia que es troba a l'adreça electrònica [www.annalsdelsagratcor.org](http://www.annalsdelsagratcor.org)

La nostra publicació trimestral pot estar ara contínuament actualitzada en el seu format electrònic, a la vegada que és fa possible l'accés a dades científiques i tècniques i els números antics dels Annals.

En l'actual us oferim la continuació de la medicina en temps de l'Islam i un notable nombre d'originals presentats a diferents congressos que mostren la bona salut de la recerca en el nostre Hospital.

Dintre del camp de la cooperació internacional volem fer-nos ressò de dues experiències a Nicaragua. Una per part del nostre company Joan Brasó que es va desplaçar com assessor en medicina intensiva.

No volem acabar aquestes línees sense deixar d'agrair el suport dels nostres habituals col·laboradors de Laboratoris Servier i la fantàstica sintonia que hem trobat amb Rita i ....

## Análisis descriptivo de los pacientes mayores de 65 años que ingresan por síndrome febril.

Coll Colell, R., García-Penche, R. (1), Roca Rossellini, N. Salas Campos, R., Delás Amat, J (2), Gago Moreda, M<sup>a</sup> Jesús. Urgencias, Comisión de Infecciones (1), Medicina Interna (2). Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

### OBJETIVO:

Analizar las características de los pacientes mayores de 65 años, que consultan por fiebre en el servicio de urgencias de un hospital universitario, urbano de 365 camas, y que precisan ingreso hospitalario de acuerdo a un protocolo previamente consensuado.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2003, se recogieron de forma prospectiva 193 pacientes mayores de 65 años, de un total de 8930 visitas, que ingresaron por fiebre extrahospitalaria. Datos de filiación, sexo, edad, procedencia, índice de Barthel, comorbilidades (diabetes mellitus, inmunosupresión, inmunodeficiencia, insuficiencia renal, neoplasia, sonda vesical), diagnóstico al alta y mortalidad.

### RESULTADOS:

Distribución por sexos: 88 varones (45,59%) y 105 mujeres (54,40%). Edad media 81,37 años. Índice de Barthel medio 55. Procedencia: domicilio 170 (88,08%), residencia 21 (10,88%), otro hospital 2 (1,03%). Comorbilidades: diabetes mellitus 48 (24,86%), insuficiencia renal 45 (23,31%), neoplasia 32 (16,58%) inmunodeprimido 10 (5,18%), tratamiento con corticoides 20 (10,36%), úlceras por presión (Upp) 15, (7,77%), sonda vesical 41 (21,44%).

Se realizaron un total de 238 hemocultivos, siendo po-

sitivos 37 (15,54%) los gérmenes más frecuentes fueron: E. Coli (15), Stafilococcus coagulasa negativo (11), Pseudomona aeruginosa (4). Urocultivos: 77, siendo 38 positivos ( 45,45%): E. coli (30), Enterococcus faecalis (3). Cultivo esputo: 8, siendo 1 positivo: Pseudomona aeruginosa. Coprocultivo: 4, siendo 2 positivos: Salmonella no tiphy (1), Candida spp (1), Upp: 2, Stafilococcus aureus meticilin resistente (1), Enterococcus faecalis (1). Líquido cefalorraquídeo: 2 que fueron negativos. Diagnóstico al alta: infección urinaria 53 (27,46%),neumonía 63 (32,64%), infección vías respiratorias altas 25 (12,95%),sepsis 10 (5,18%),gastroenteritis 8 (4,14%),fiebre sin foco 20 (10,36%), virasis 1 (0,51%),celulitis 6 (3,10%), vasculitis 1 (0,51%),artritis séptica 1 (0,51%),colecistitis 1 (0,51%), Upp 2 (1,03%). Exitus: 23 (11,9%) con una edad media de 84,56 años. El índice de Barthel fue de cero en el 52,17% de los Exitus.

### CONCLUSIONES:

1-La infección más frecuente es la neumonía, seguida de la infección urinaria.2-Las comorbilidades más frecuentes son diabetes mellitus, insuficiencia renal, y el tratamiento esteroideo.3-La mayoría de nuestros pacientes proceden del domicilio.4-La mortalidad se da en pacientes con edad > a 83 años y con importante grado de dependencia.

## Congreso Hospital a Domicilio. Vigo 2004.

### La educación en el domicilio del paciente con insuficiencia cardiaca

JM. Palomer, E. Fabrega, E. Querol, R. De Castro, C. Morcillo, D. Sort, F. Rosell.  
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

#### OBJETIVOS:

Conocida la eficacia de los programas domiciliarios para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), queremos dar a conocer el método educativo empleado por el personal de enfermería, en un estudio que evalúa la utilidad de una intervención educativa en el domicilio del paciente después del alta.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Personal de enfermería de la unidad de hospitalización a domicilio realiza una única visita domiciliaria tras el alta hospitalaria a los pacientes con el diagnóstico de IC, con la finalidad de educar al enfermo y a su cuidador en caso de tenerlo, detectar síntomas de descompensación y la no cumplimentación del tratamiento.

La técnica de educación se basa en los siguientes puntos: establecimiento de la alianza educativa, investigación de los hábitos del paciente, priorización de las conductas a modificar, diseño del plan educativo, desarrollo del plan y finalmente cerciorarse de la comprensión y aprendizaje.

La intervención educativa tiene una duración aproximada de dos horas, donde mediante una guía educativa se insiste en los siguientes puntos: 1) el conocimiento sobre su enfermedad. 2) los factores descompensadores de su enfermedad. 3) reconocimiento y tratamiento de los síntomas y signos de descompensación, con la importancia que para ello tiene el pesarse a diario, y en caso de que aparezcan dicha sin-

tomatología, consultar cuanto antes con su médico o directamente con el servicio de hospitalización a domicilio. 4) ingesta de líquidos y dieta sin sal (el sodio es un tema fundamental; se explica la relación que existe entre el sodio y la sal de mesa, se comentan los sustitutos de la sal, las hierbas, el limón, se enseña a leer las etiquetas de los alimentos y se comentan los alimentos ricos en sodio). 5) conocimiento del tratamiento y reforzar su cumplimiento mediante la entrega de una caja para colocar las pastillas de toda la semana. Se informa sobre beneficios y efectos secundarios de los diferentes fármacos, se les explica por qué toman cada fármaco, qué cabe esperar y cómo afrontar los posibles efectos adversos. 6) consejo antitabaco, limitar la ingesta de alcohol. 7) valorar si ha recibido la vacuna antigripal y antineumocócica, y en caso negativo y de no existir contraindicación, se recomienda que se la administren en la próxima visita a su médico. 8) realizar un plan de actividad física basal, sin que le aparezcan síntomas de intolerancia (realización de ejercicio físico progresivo).

#### CONCLUSIONES:

Una única visita domiciliaria por personal de enfermería tras el alta hospitalaria permite educar al paciente sobre su enfermedad, y añade a la educación intrahospitalaria la posibilidad de detectar de forma precoz una descompensación y la falta de adherencia al tratamiento, hechos que mejoran su pronóstico.

## Congreso Hospital a Domicilio. Vigo 2004.

### Gestión de la hospitalización domiciliaria en la insuficiencia cardiaca.

Cèsar Morcillo, Dolors Sort, Josep M<sup>a</sup> Palomer, Eulalia Fàbrega, Ofelia Aguado, Francisco Rosell  
Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

#### Introducción:

La insuficiencia cardiaca (IC) es la primera causa de hospitalización en España en personas mayores de 65 años, con el 5% de las hospitalizaciones. Además el 37% de estos pacientes reingresan a los 3 meses, lo que implica un elevado coste económico. Como otras enfermedades crónicas, la IC tiene diferentes fases evolutivas que pueden coordinarse y ensamblarse gracias a programas de gestión de enfermedad. Dichos programas son planes asistenciales basados en algoritmos de decisión, con el soporte de la medicina basada en la evidencia.

Estamos en una era de cortas estancias hospitalarias, donde la mayoría del tiempo del ingreso hospitalario es empleado en realizar pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas, en detrimento de la comunicación entre médico y enfermo. Los pacientes son dados de alta del hospital en condiciones cada vez más inestables, casi la mitad de ellos aún no han resuelto los síntomas por los que consultaron y requieren un manejo demasiado complejo para hacerse cargo la familia sin ayudas.

La hospitalización a domicilio (HD) permite coordinar la atención de estos pacientes entre los diferentes servicios del hospital y la atención primaria. Intervenciones de equipos de HD, basadas en la educación, el cumplimiento dietético y farmacológico y el ejercicio físico, han demostrado que reducen los costes al disminuir los reingresos, los días de estancia hospitalaria y la frecuentación de urgencias, y a su vez mejora la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes.

#### Métodos:

Revisión de la bibliografía sobre la gestión de la hospitalización domiciliaria en la IC y presentación de nuestra experiencia en un estudio destinado a evaluar la eficacia de protocolizar el alta hospitalaria con un programa educativo domiciliario, en el que se han incluido a los pacientes ingresados por IC sistólica en los servicios de cardiología y medicina interna. Han sido aleatoriamente asignados a recibir una única intervención educativa en su domicilio, a la semana tras el alta hospitalaria, o bien seguir una atención convencional. El seguimiento ha sido de 6 meses. Los objetivos del estudio han sido evaluar los reingresos, visitas a urgencias, muertes, costes y la calidad de vida.

#### Resultados del estudio:

Hemos incluido a 70 pacientes (34 en grupo de intervención y 36 en grupo control). A los 6 meses, los pacientes que recibieron la intervención, respecto al grupo que no la recibió, han tenido menos ingresos hospitalarios (24,82 vs 45,58;  $P=0,0001$ ), menos visitas a urgencias (22,78 vs 47,51;  $P=0,0001$ ) y menor mortalidad (2 vs 12;  $P=0,004$ .  $RR=5,6$ ), lo que ha repercutido en un menor coste (185,15 euros de media vs 1358,05 euros de media;  $P=0,0001$ ). La puntuación de los cuestionarios de calidad de vida SF36 y Minnesota Living with Heart Failure questionnaire, a los 6 meses de la intervención fue mejor en el grupo que la recibió.

#### Discusión:

La IC debe gestionarse en todas sus fases, desde el servicio de urgencias al alta hospitalaria. Es importante incluir la educación en la planificación del alta hospitalaria, dado que los pacientes durante o tras un ingreso por agudización están más receptivos a programas educativos al ver un claro beneficio, y se debe educar no sólo al paciente, sino a su cuidador, pues esto mejora su satisfacción y reduce su estrés.

El HD añade a la educación intrahospitalaria la posibilidad de detectar de forma precoz una descompensación y la falta de adherencia al tratamiento y a la dieta, causas frecuentes de reingresos, que en nuestra serie representan el 30% de los ingresos. Cifras que no extrañan si tenemos en cuenta que un tercio de los pacientes en las visitas domiciliarias están descompensados y al observar durante nuestra intervención domiciliaria que tan sólo un 47% de ellos realizaba correctamente el cumplimiento terapéutico.

A pesar de su demostrada eficacia, el uso de IECAs y bloqueadores beta sigue siendo baja. Los programas domiciliarios no sólo aumentan la adherencia al tratamiento si no que permiten optimizar dichos tratamientos e iniciarlos en el domicilio.

Además casi la mitad de los pacientes al alta hospitalaria presentan síntomas de depresión. Dado que la calidad de vida mejora al tratar otros aspectos no físicos de la enfermedad, debemos mejorar el tratamiento de las alteraciones psicosociológicas que sufren estos enfermos, como la ansiedad, depresión y aislamiento sociocultural.

El escaso coste de los programas domiciliarios (nues-

tra intervención domiciliaria tiene un coste unitario de 52,81 euros) queda compensado por el ahorro derivado de la menor tasa de ingresos hospitalarios.

### **Conclusiones**

Es trascendental la educación de la población sobre sus enfermedades, que permite no solo entenderlas, sino reconocer síntomas de descompensación y colaborar en su curación.

Una sola intervención educativa en el domicilio del paciente, tras el alta hospitalaria por insuficiencia cardíaca sistólica, es ya una buena opción coste-efectiva para mejorar el pronóstico, los costes y la calidad de vida de estos pacientes.

Debido a que no existen estudios que comparen diferentes intervenciones, es difícil saber cual de los componentes de los diferentes programas son realmente eficaces; saber si es mejor un programa multidisciplinario o individual, llevado a cabo por un médico o por una enfermera; si es mejor realizarlo durante el ingreso hospitalario o tras el alta; en el hospital o en el do-

micilio del enfermo. En espera de nuevos estudios que resuelvan estas dudas, debemos potenciar programas domiciliarios que añaden la posibilidad de detectar de forma precoz una descompensación y la falta de adherencia al tratamiento y a la dieta, fundamentalmente basados en profesionales de enfermería especializados, que además de educar tengan capacidad para modificar el tratamiento, siguiendo un protocolo y la recomendación de un facultativo.

### **Bibliografía**

1-Brotons C, Moral I, Ribera A, Pérez G, Cascant P, Bustins M et al. Tendencias de la morbimortalidad por insuficiencia cardíaca en Cataluña. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 972-976.

2-Boix R, Almazán J, Medrano MJ. Mortalidad por insuficiencia cardíaca en España, 1977-1998. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55:219-226.

## Valoració de l'arterioesclerosi coronària mitjançant tomografia computeritzada multidetector de 16 talls.

JM. Roca, R. Oliveró, C. Morcillo, C. Segura\*, S. Bechich.  
Departament de Cardiologia, Medicina Interna i Radiologia\*. CIMA.  
Barcelona.

### OBJECTIUS:

Estudiar l'arterioesclerosi coronària, quantificar el calci coronari i caracteritzar la placa d'ateroma des del punt de vista de la tomografia computeritzada multidetector de 16 talls (TC). Mostrar la correlació hemodinàmica de les lesions significatives.

### MATERIAL I MÈTODES:

Des de juny del 2003 fins març del 2004, s'ha realitzat al nostre centre un estudi coronari amb TC multidetector de 16 talls (CT Multislice 16 MX 8000 IDT Philips) a tres grups de malalts: pacients amb cardiopatia isquèmica ja diagnosticada per altres mètodes no invasius, pacients revascularitzats per avaluar la permeabilitat dels by-pass o post ACTP i/o STENT, i pacients sense cardiopatia isquèmica coneguda que s'han inclòs en un estudi de quantificació de risc cardiovascular.

### RESULTATS:

S'han inclòs 216 malalts. El TC ha permès caracteritzar el tipus de placa (calcificada, no calcificada o mixta) i mesurar el grau d'estenosi, amb una bona correlació amb la coronariografia convencional, als malalts amb isquèmia diagnosticada per proves d'esforç convencional o isotòpica.

L'estudi de l'arbre coronari per TC s'ha mostrat molt útil en aquells pacients prèviament revascularitzats per avaluar la permeabilitat dels empelts i de les angioplasties sense STENT.

L'estudi cardíac dels 61 malalts sense cardiopatia isquèmica coneguda (54.6 anys de mitjana, 90% homes) ha demostrat alteracions en el 54% dels casos, en un 10% eren plaques no calcificades. El 85% d'aquests malalts amb anomalies coronàries tenien una ergometria negativa. La correlació entre l'índex de risc cardiovascular de Frammingham i l'índex de calci coronari és alta i estadísticament significativa (Spearman's  $r$  0.6,  $p < 0.01$ ), però quan observem el risc cardiovascular de Frammingham dels malalts amb alteracions al TC, veiem com només el 30% eren d'alt risc i el 3% de molt alt risc i en canvi el 67% dels casos no estaven dins d'aquests grups (3% baix, 24% lleu, 39% moderat).

### CONCLUSIONS:

El TC permet diagnosticar lesions a les artèries coronàries, caracteritzar el tipus de placa i mesurar el grau d'estenosi, amb una bona correlació amb l'estudi hemodinàmic. També és molt útil per avaluar la permeabilitat dels empelts coronaris.

Hi ha una bona correlació entre la mesura de l'índex de risc cardiovascular de Frammingham i l'índex de calci coronari, però l'índex de Frammingham prediu un baix a moderat risc en el 67% dels malalts amb alteracions al TC. Aquesta població assintomàtica amb alteracions a la coronariografia per TC probablement es podria beneficiar d'un programa de reducció de factors de risc cardiovascular.



## Golpe de calor 2004

Núria Parra

A las puertas de una nueva estación de verano, el debate sobre los efectos de las altas temperaturas ambientales en la salud vuelve a estar servido. A día de hoy pocos son los que han olvidado el impacto social, político y sanitario que tuvo la ola de calor sufrida en Europa durante agosto de 2003 con los 14800 muertos registrados en Francia a la cabeza de esta catástrofe natural. Si bien es cierto que las olas de calor no son un proceso nuevo emergente, no es un hecho habitual. Sin embargo, el cambio climático y la elevación progresiva de la temperatura del planeta inducen a pensar que en los próximos años asistiremos a un progresivo aumento en la incidencia de este proceso meteorológico y en tal caso, los profesionales de la salud deberíamos estar en condiciones de poder satisfacer la demanda de patología derivada del clima. De los síndromes ocasionados por los ambientes calurosos, el golpe de calor es el único con una letalidad importante. Por tanto, se podría suponer que la gran mayoría de muertes atribuidas al calor representa la mortalidad debida al golpe de calor.

La literatura sobre mortalidad y morbilidad relacionadas con la ola de calor es complicada por la ambigüedad de conceptos. El "calor" es un término relativo y para una misma intensidad, su efecto sobre los seres humanos es diferente en función del área geográfica. Por ello, los índices meteorológicos de estrés por calor tienen muchas limitaciones. Igualmente no existen criterios diagnósticos universales estandarizados que definan el golpe de calor. Por consiguiente es lógico entender por qué en períodos de ola de calor que causan mortalidad en exceso, pocas o ninguna de las muertes se certifican directamente bajo el diagnóstico de golpe de calor. Partiendo de la realidad del infradiagnóstico, con el estudio "Fiebre, ola y golpe de calor" pusimos de manifiesto de forma retrospectiva que las elevadas temperaturas ambientales se relacionan con un mayor número de ingresos hospitalarios en servicios médicos de pacientes febriles y que durante el período del 1 de Junio al 31 de Agosto del 2003, del total de pacientes diagnosticados de síndrome febril de origen desconocido, el 30.3% podrían haber sido atribuidos al golpe de calor según la definición para golpe de calor clásico más comúnmente aceptada. De éstos, la mayoría eran mujeres de edad avanzada, comorbilidad asociada y procedentes de domicilio en los que se registró una mortalidad del 60%.

Estas conclusiones particulares, acordes con la mayoría de resultados publicados en la literatura médica, nos han animado a seguir estudiando esta entidad con la intención de concretar conceptos dentro de la ambigüedad que existe al hablar de golpe de calor. De manera más específica, para el período del 1 de Junio al 31 de Agosto del 2004, hemos preparado un nuevo estudio cuyo fin último es mejorar el infradiagnóstico y obtener un perfil más preciso del paciente susceptible de padecer golpe de calor que pueda dirigir de manera más específica las campañas futuras de prevención primaria. De manera más concreta, los objetivos se resumen en los siguientes:

- 1.Describir la incidencia del golpe de calor en nuestro medio hospitalario.
- 2.Describir la incidencia de otras patologías asociadas a ambientes calurosos y analizar la morbilidad derivada a que predispone el golpe de calor.
- 3.Evaluar la rentabilidad de usar un perfil clínico en la predicción del golpe de calor.
- 4.Estudiar los factores de riesgo asociados al golpe de calor.

Estos objetivos llevan implícitos la tarea previa de precisar las ambigüedades conceptuales a las que ya se ha hecho referencia al hablar de calor y ambicionan el establecer un estándar de criterios propios para diagnóstico de enfermedad por golpe de calor basados en nuestra experiencia y en una revisión ampliada de la bibliografía.

Así pues, lo que veréis en la hoja naranja que aparece un buen día en la plancheta adjuntada a la historia de vuestros pacientes no es más que el formulario de registro que utilizamos para llevar a cabo este estudio.

Os preguntareis qué pacientes se incluyen en el estudio:

- 1.Pacientes febriles ( $T^{\circ}C \Delta 38^{\circ}C$ ) que habiendo sido visitados por el área de Medicina en el servicio de Urgencias del HUSC del 1 de Junio al 31 de Agosto del 2004 precisan ingreso en Servicios Médicos (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Digestivo, Neurología, Oncología, Hematología, Nefrología, Endocrinología).
- 2.Pacientes ingresados en Servicios Médicos que durante el ingreso presentan  $T^{\circ}C \Delta 38^{\circ}C$  (no objetivada

a su llegada a Urgencias).

Y la siguiente duda que puede surgir es qué hacer con esta hoja. Nada y mucho. Complimentarla corre a cargo de los médicos del Servicio de Medicina Interna, aunque se trate de pacientes que no se encuentren ingresados en su servicio. Pero mantenerla en la plan-

cheta, a ser posible de manera visible (adjuntada en la cara interior metálica de la "portada" de la plancheta), agradeceríamos que fuese responsabilidad de todos.

## Se busca...

Jordi Muñoz Jovell

*Llicenciat en Humanitats per la UPF. Fragment adaptat d'un passatge del llibre "INSTANTÁNEAS GÜEGÜES. Rutas emotivas entre selvas y volcanes", escrit arran de l'experiència viscuda a Nicaragua i Centreamèrica durant l'any passat.*

### # FLASH #

-Hola, me llamo <<Acetaminofén>> y soy el paracetamol más perseguido del horizonte latinoamericano.

-Me buscan entre otras cosas por: necesidad, coacción, costumbre, adicción, ignorancia, exageración, recurso, atención...

-En mi expediente se van acumulando motivos, efectos secundarios de mi accesibilidad en relación con los demás.

-Soy apto para todos los públicos.

-Mi función principal es la de sanar.

-Me encuentro clasificado en el apartado vulgarmente conocido como "medicamentos", de gran aceptación en estos parajes.

-Mi apariencia habitual no difiere mucho del resto de mi especie: cápsula o comprimido de color blanco con su envoltorio de plástico correspondiente, donde se cita la cantidad en gramos de mi contenido.

-Si me encuentras en cualquier farmacia, pulpería, cooperativa o distribuidora puedes comprarme por un módico precio.

-¡Se me olvidaba! Acá te entrego mi ficha técnica -eso que sale en todos los sitios y no hay quién lo entienda... La he adaptado para que me comprendas y veas que soy de verdad:

\*Composición: Por comprimido.

Paracetamol: 350mg (más o menos).

\*Acción: Analgésico, antipirético (¿a qué queda bien?).

\*Indicaciones: Dolor de intensidad leve o moderada. Estados febriles. Y muchas otras excusas utilizadas para tomarme.

\*Posología: Adultos y chicos abusan de mí a todas horas, cuando no me mezclan con la competencia.

\*Contraindicaciones: ¡Te vas a atragantar!

\*Precauciones: Todo tiene un límite en esta vida. Si te pasas, no podré ayudarte y encima te sentirás peor.

\*Efectos secundarios: Mucha gente enganchada reclamándome. Más beneficios para los que me paten-

tan y me ponen en el mercado.

\*Modo de empleo: Vía oral. Los comprimidos se toman tomados con agua y no con "guaro".

\*Presentación: No pienso repetirme, creo que es más que suficiente la que hice, no te puedes quejar... Vuelve otra vez al principio si quieres más.

### REVELADO

-Medicamentos-

1)- Mamá, ¡no me encuentro bien! ¡Me duele la cabeza! Me duele más... acá, allá, no puedo...

2)- Tomate esto, lo otro, me han dicho, ¿cómo te sentís?, tomate otra...

Algunos de los elementos que aparecen en estos dos enunciados posibles respondiéndose formalizan uno de los temas de conversación más típicos de nuestra vida cotidiana. Vamos a servirnos de ello para hacer un análisis pormenorizado de las consecuencias de una práctica muy frecuente en nuestro mundo -la medicación- que según dónde toma visos delirantes.

Estamos ante un diálogo clásico revestido de afecciones varias que delatan distintas sintomatologías inherentes al comportamiento adoptado por distintas sociedades. O lo que es lo mismo: la dolencia como recurso activador de un círculo vicioso que se puede prolongar hasta cotas exageradas.

El primer enunciado nos remite a un llamado apelativo de atención, reclamando una presencia que comparezca para dar verosimilitud o magnitud al síntoma y, a su vez, licencia para medicar. Es decir: utilizar fármacos para sanar una posible enfermedad. Esto se reafirma automáticamente, por la inmediata respuesta de la contraparte. Esta estructura, evidentemente, en los casos adultos toma carices aparentemente diferentes, aunque en el fondo mental y elíptico se mantiene, en las inercias médicas y maternas.

El segundo enunciado, de marcado carácter analgésico para su interlocutor, es el eje activo del circuito habitual: ante la demanda, funciona como instancia presente que, además de sus dudas o preocupaciones naturales, debe mantenerse firme y eficiente.

Los perfiles personales se diluyen efervescentes ante

la superestructura sanitaria que nos domina: me siento mal, "ergo" ¿qué me tomo?

Sin el beneficio de la capacidad de lucha propia del organismo, nos apresuramos entre carreras comprimidas de medicamentos que más que socorrer enmascaran, ocultan patologías acrecentando incomodidades. El poder sanatorio se ve limitado por métodos insanos, con peajes económicos y temporales deficitarios. Nos abandonamos drásticamente a puros actos de fe en forma de pastilla mágica: la receta médica nos ampara.

Sin embargo, como en todo, los excesos se pagan. Y en este caso doblemente, porque lejos de curar, acaban por perjudicar la salud y la economía. La medicina, sin medida coherente legislativa, se convierte en puro salmo expiatorio y pierde todo valor terapéutico real. Atrapad@ en las redes del gigante verde, el/la paciente es otro pez que muerde constantemente el anzuelo del negocio mundial.

En este contexto <<farmacocéntrico>> embriagador, los abusos en la prescripción -facultativa o no- y consumo de medicamentos, para todo y todas las edades, llega a extremos enfermizos psicossomáticos en muchos lares. Sobre todo, en aquellos que pertenecen a sociedades incipientes culturalmente, en materia de conocimiento científico-técnico o médico. En estos espacios, habitualmente rurales, de alfabetización limitada, escasean los recursos materiales y de personal en todo lo que se refiere al campo sanitario.

Ésta es la realidad más común en los países arrollados latinoamericanos. En estos lugares, de alta mortalidad infantil, la gente se muere -entre otros motivos- por las enfermedades tropicales, por los partos mal llevados, por la incompetencia médica, por los

medios rudimentarios y por la maltrecha economía familiar, que no permite acceder a los medicamentos, médicos u operaciones necesarias y pertinentes.

Si a eso, además, le añadimos el atropello a la ignorancia, por parte de las grandes empresas farmacéuticas, para acentuar dependencias en beneficio de la cuadratura de su negocio; nos encontramos con más porqués de los excesos negativos que empobrecen estas sociedades. Hasta el punto que el remedio no sólo es peor, sino que es prácticamente anterior a la enfermedad: cualquier excusa es válida para tomarse una pastilla. Los medicamentos se convierten en tesoros, de precios astronómicos, sólo al alcance de un@s cuant@s. Para l@s demás: el malabarismo para cuadrar las cuentas, puesto que no se repara en gastos en este aspecto, cuando se puede mínimamente.

A la par, y cohabitando con el vicio desaforado de las prácticas terapéuticas letradas (medicina técnica), el remedio culinario popular se presenta como única alternativa. Ya sea porque no quede otra posibilidad, ante la incapacidad de acceder a las prohibitivas panaceas; o porque se mantengan costumbres o supersticiones ancestrales, alimentadas por la tradición a lo largo del tiempo. Así ungüentos, mejunjes, pócmas o infusiones conviven con otras acciones <<esotéricas>>, como "rociar" con hierbas y guaro a los bebés desnudos para librarlos de los malos espíritus o males de ojo.

1 *Bebida de alcohol*

2. *"Escupir"*

## Anuncios de contactos

**Francesc Fernández.**

### *Medicina Interna*

Instrucciones de uso:

A) Junte con una raya los ítems que se le ocurra relacionar.

B) Añada usted mismo su propio anuncio de contactos

Médico sin problemas para firmar en segundo lugar y con datos de 100 pacientes y con varias ideas busca residente con experiencia en bioestadística e informática aplicada al que le interese publicar

Residente con ganas de publicar y al que no le importa el trabajo extra busca experto en informática y bioestadística para formarse en estudio de diseño e interpretación de resultados.

Postgraduado con experiencia en bioestadística y entrenado en programas de informática se ofrece para apoyo en estudios destinados a investigación biomédica y publicaciones.

Hospital con 300 camas y vocación de Universitario busca médicos adjuntos que tengan interés científico mas allá de la asistencia para impulsar investigación y publicación.

Médicos dedicados básicamente a la asistencia pero con vocación docente y científica buscan entorno laboral que facilite la investigación y colabore con la enseñanza pre y postgraduada.

Director Médico de Hospital, con experiencia en fomentar actividad científico-docente precisa Gerente interesado en prestigiar labor científica.

Gerencia Hospitalaria con posibilidades de premiar labores extra asistenciales dotándolas de recursos busca administrador con ideas que reviertan sobre el prestigio institucional.

Consulta congestionada que dispone de diez minutos para cada caso clínico busca alguna otra posibilidad distinta a la de remitir el paciente de nuevo a consulta bien pronto para continuar el diagnóstico y evaluar la peligrosa terapéutica

Paciente harto de venir cada dos meses busca consulta médica donde se le pueda atender por lo menos durante 15 minutos y a la que le baste con acudir dos veces al año.

Estudiantes despistados pero voluntariosos buscan adjunto que les forme y no se los quite de encima.

Adjunto con enormes posibilidades de transmisión de conocimientos busca cinco minutos libres de asistencia para estar con los estudiantes

## La Medicina en el Islam (2)

### La Medicina en el Califato de Córdoba

Agustina Rodríguez, Albert Isidro

La expansión de la Medicina en el Califato de Córdoba no va a la zaga de aquella seguida por su coetánea en los califatos orientales. Su importancia traspasa ampliamente los límites del mundo musulmán y se adentra en la Europa Medieval, valga para ello el ejemplo de que el rey de León, Sancho el Craso, tuvo que ir personalmente a Córdoba en el año 956 a ponerse en manos de un reconocido médico árabe que, tras declinar la invitación real, exigió que el mismo rey acudiera a verlo.

Una de las figuras más relevantes de la medicina andalusí fue Abu-l-Qasim al-Zahrawí, latinizado con el nombre de Abulcasis (936-1013). Fue el primero en dignificar la figura del cirujano con respecto a la del médico internista y, a pesar de ser uno de los más grandes cirujanos de su época, no dejaba a su vez de ser un pragmático y destaca en este campo su obra "Kitab al-tasrif fi liman ayyaz 'an al-ta'alif" que puede traducirse como "Libro de la ayuda para quien carece de habilidad para usar voluminosos tratados", durante tiempo éste fue texto obligado en Salerno, Lovaina y Montpellier.

Abulcasis describió meticulosamente la cauterización de las heridas, con la creación de un instrumental novedoso para su época así como también describió la formación de los cálculos de vejiga.

En el s.XII Córdoba brillaba con luz propia en un continente sumido en la oscuridad. Tenía millares de baños, 50 hospitales y 70 bibliotecas públicas y solo el mero hecho de que fuese publicado un libro enteramente dedicado a la cirugía demuestra en gran medida el grado de libertad intelectual del califato en aquella época.

El sevillano andalusí Ibn Zurh, latinizado con el nombre de Avenzoar (1095-1161), residió largo tiempo en el Cairo donde escribió el "kitab al taysir fi ad-madawat wa al-tadbir" o "Libro que facilita el estudio de la terapéutica y la dieta". En esta obra se presentan numerosas innovaciones en el campo de la medicina así se describe la pericarditis, la traqueotomía, la nutrición enteral directa en esófago y la piedra bezoar de donde deriva su nombre. Describe así mismo al ácaro causante de la sarna. La práctica médica de Avenzoar se encuentra enmarcada en una sociedad que ha creado un Ministerio de Investigaciones y Sanidad y, que sólo por dar un ejemplo, a los perturbados mentales se les aplica unas terapias musicales en hospitales especiales dotados de jardines y fuentes de agua (a

años luz del trato recibido en el resto de Europa).

Con ello llegamos a uno de los máximos sabios que ha dado la medicina islámica se trata de Bu al-Ualid Muhammad ben Ahmad ibn Rush, latinizado con el nombre de Averroes. Se inició primero como estudiante de leyes llegando a ser primero magistrado y posteriormente gobernador de provincia. Su principal obra médica es el "Kitab al-kulliyat fi al-tibb" (libro de las generalidades de la Medicina), se compone de 7 volúmenes: anatomía, diagnosis, fisiología, higiene, materia médica, patología y terapéutica, todos ellos de uso obligatorio en las facultades de medicina de Oxford, París, Lovaina, Montpellier y Roma.

Entre sus hallazgos más destacados cabe citar su explicación del funcionamiento de la retina y reconocer que un ataque de viruela confiere una inmunidad al paciente que ha sido afectado.

Pero no todo fue fácil en su vida, lo original y científico de su actitud le comportaron graves problemas cuando los fundamentalistas islámicos alcanzaron el poder, situación que le envió a la cárcel.

La primera mitad del s.XII, cerca de Córdoba, nació el oculista Muhammad ibn Qassum ibn Aslam al-Gafiqí. Autor de la obra "Kitab al-murshid fi-l-kuhl" (guía del oculista). Se le conoce como el creador del instrumento óptico consistente en cristales montados sobre una armadura que se sujeta a las orejas llamado gafas, (al-Gafiqí)

En el año 1165 llegó a Palestina procedente de su tierra, Córdoba, Moisés Maimónides, judío apóstata del Islam que tras muchos avatares logró la protección de Saladino, uno de los mecenas más importante en el mundo de la medicina, no importándole el origen de sus profesionales, judíos o cristianos. Maimónides fue en 1170 jefe de la comunidad judía de el Cairo.

El médico granadino nazarí nacido en Loja, Abu Abdallah Muhammad al-Salmaní ibn al-Jatib (1333-1375) recibió, por parte de sus contemporáneos el sobrenombre de Lisán ud Din (Lengua de Fe). Escribió como obra principal su "Kitab al-Wusul li hifz al-sihha fi al-fusul" (Libro de la Higiene según las estaciones del año). Destaca por dar informaciones de cómo tratar la peste bubónica y las posibles vías de contagio de la enfermedad. En este aspecto al-Jatib demuestra que existe propagación de la enfermedad a través de la ropa, vasos, pendientes y que se transmite principalmente entre personas de una misma casa. Fue ob-

jeto de envidias que lo condujeron al ostracismo y posteriormente a la muerte.

El s. XIV fue testigo de la mayor catástrofe que ha sufrido la Humanidad hasta nuestros días. La Peste o Muerte Negra se cobró la vida de más de cien millones de personas en toda Europa en tan solo dos años (1347-1348). Tenida por los teólogos católicos dominantes en esa época en Europa como castigo divino, permitió a los médicos musulmanes profundizar en sus raíces. Científicos prestigiosos de la época como el franco Guy de Chauliac afirmaban que la conjunción de Saturno, Marte y Júpiter el 24 de Marzo de 1345 había sido el factor desencadenante principal de la epidemia. El médico granadino Ibn al-Jatib, lo menciona en sus trabajos como hemos visto con anterioridad. También el médico andalusí Abu Yafar Muhammad ibn Ali ibn Játima (1323-1369) responde a las

preguntas sobre la génesis, el desarrollo y el tratamiento de la enfermedad y escribe sobre estas preguntas y respuestas un libro basado en la epidemia de peste que asoló la provincia de Almería y en él recomendaba no tocar la ropa ni los objetos cotidianos del afectado de peste; así mismo tuvo la perspicacia de demostrar que en el zoco almeriense la zona más perjudicada por la enfermedad era la zona de compra-venta de ropa usada en donde la tasa de mortalidad era muy superior a otra zona de la ciudad antigua.

La base higiénica en que se basó parcialmente la medicina islámica desapareció en el s. XVI. En 1567 tuvo lugar una solemne ceremonia en la cual, por orden de los Reyes Católicos, fueron derribados todos los baños que había en Granada. La gente olvidó la costumbre de lavarse en España lo mismo que en Europa.

## La Cirugía Torácica actual en un Hospital General; experiencia del servicio en el Hospital del Sagrat Cor.

Laureano Molins, Carlos Simón, Jaime Buitrago, Gonzalo Vidal  
*Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Sagrat Cor, Barcelona*

### INTRODUCCION

La cirugía torácica se inicia con un carácter científico a principios del Siglo XX. El pionero Ferdinand Sauerbruch presenta el 6 de junio de 1904, en el XXXIII Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía en Berlín, con la aquiescencia del Doctor Mickulitz, su Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Breslau, la cámara de baja presión que, diseñada por él, permite la apertura de la cavidad torácica sin el gravísimo riesgo del neumotórax, hasta entonces, el gran obstáculo para el desarrollo de cualquier técnica intratorácica. Este primer y definitivo paso lo culmina con su obra en dos tomos "La cirugía de los órganos torácicos" en el que describe las diferentes técnicas para la práctica quirúrgica, dirigidas especialmente a la tuberculosis pulmonar.

Los progresos reales de esta cirugía intratorácica no fueron posibles hasta la superación del neumotórax abierto con colapso pulmonar, gracias a la ventilación asistida con intubación endotraqueal introducida por Meltzer en 1909. A partir de entonces el desarrollo de los procedimientos para el abordaje de los órganos intratorácicos es progresivo e imparable. En 1928 John Alexander institucionaliza, en la Universidad de Michigan, una preparación específica en Cirugía Torácica en el Departamento de Cirugía General. Esta necesidad de especialización se justificaba por el hecho de que las intervenciones torácicas se realizaban por cirujanos generales con poca preparación. Los candidatos para la especialización en "Cirugía Torácica General" deberían tener una total preparación en medicina interna, prácticas, anatomía patológica, fisiología, laboratorio y "gozar de buena salud". No debemos olvidar que la tuberculosis pulmonar seguía siendo una enfermedad que, en 1946, fue uno de los problemas más acuciantes de la Segunda Guerra Mundial. Sólo en Berlín la mortalidad alcanzaba 255 pacientes por 100.000 habitantes.

Los más eminentes Cirujanos Torácicos de la primera mitad del S. XX provenían del campo de la Tisiología y las intervenciones más usuales realizadas eran las secciones de bridas en los neumotórax terapéuticos, los neumotórax extrapleurales con o sin plombajes, las toracoplastias y ocasionalmente, las exéresis lobares o totales de pulmón con una morbimortalidad elevada. A partir de la Segunda Guerra Mundial la introducción de la quimioterapia antituberculosa cambió el complejo problema de las técnicas de colapso y dre-

najes por el de la resección pulmonar. El descenso de la tuberculosis pulmonar se contrabalancea con el incremento alarmante del cáncer de pulmón, que siendo una enfermedad excepcional en 1912 (310 casos recogidos por Atler en toda la literatura mundial), representa en la actualidad, la causa más frecuente de muerte en hombres y mujeres en el mundo occidental.

La complejidad de la problemática quirúrgica torácica fue la razón que motivó al Dr. Sloan de la Universidad de Michigan a crear, en 1972, tres divisiones en el Servicio de Cirugía por él dirigido: la División de la Cirugía General del Tórax encomendada al Dr. Mark Orringer, la de Cirugía Cardíaca Pediátrica dirigida por el Dr. Douglas Behrdt y la de Cirugía Cardíaca de Adultos bajo la dirección del Dr. Marvin Kirsh. Desde entonces los cirujanos torácicos provienen del campo de la cirugía general y completan su formación con estas técnicas quirúrgicas específicas torácicas, pasando de la cirugía exclusivamente pulmonar a desarrollarse una verdadera Cirugía Torácica General que incluye todos los procedimientos diagnósticos y de tratamiento quirúrgico de los órganos intra y extratorácicos, con exclusión de la cirugía cardíaca y de la cirugía de la mama. Este amplio concepto incluye la patología de la pared torácica, pleural, diafragmática, pulmonar, del árbol traqueobronquial, esofágica, mediastínica y de los traumatismos torácicos, y ha supuesto un verdadero reencuentro de una especialidad muy limitada hasta entonces.

A principios de los años 90 la irrupción de los procedimientos videotoracoscópicos, con la introducción de minicámaras de video adaptadas al toracoscopio y el desarrollo de las máquinas de sutura endoscópica y minipincería, hizo posible que la Toracoscopia, como procedimiento diagnóstico, se transformara en la actual Cirugía Videotoracoscópica mínimamente invasiva (CVT), con indicaciones en la actualidad claramente aceptadas y otras en período de desarrollo.

### AMBITO DE ACTUACIÓN

La Cirugía Torácica como Servicio propio en un Hospital General abarca diferentes procedimientos.

#### A) Procedimientos Diagnósticos:

1. Exploración quirúrgica del mediastino
  - 1.1 Mediastinoscopia
  - 1.2 Mediastinotomía



- 2. Exploración de la cavidad pleural
  - 2.1 Toracoscopia
- 3. Exploración traqueobronquial
  - 3.1 Fibrobroncoscopia
  - 3.2 Broncoscopia rígida
- B) Procedimientos Terapéuticos aplicables a:
  - 1.Pared Torácica
    - 1.1 Deformaciones de la pared torácica
    - 1.2 Infecciones de la pared torácica
    - 1.3 Síndrome del desfiladero torácico
    - 1.4 Tumores de la pared torácica y esternón.
  - 2.Diafragma
    - 2.1 Parálisis diafragmática
    - 2.2 Hernias diafragmáticas
    - 2.3 Tumores diafragmáticos
  - 3.Pleura
    - 3.1 Derrames pleurales
    - 3.2 Empiemas
    - 3.3 Tumores primitivos pleurales
    - 3.4 Tumores metastásicos
  - 4.Tráquea
    - 4.1 Enfermedades y estenosis benignas de la tráquea
    - 4.2 Enfermedades malignas de la tráquea
    - 4.3Traqueostomias
  - 5.Pulmón
    - 5.1 Infecciones Pulmonares
    - 5.2 Complicaciones de la tuberculosis pulmonar
    - 5.3 Lesiones congénitas pulmonares
    - 5.4 Lesiones vasculares pulmonares
    - 5.5 Enfermedad bullosa pulmonar y enfisema
    - 5.6 Enfermedades pulmonares intersticiales
    - 5.7 Tumores pulmonares benignos y de baja malignidad
    - 5.8 Carcinoma broncogénico
    - 5.9 Tumores pulmonares metastásicos
    - 5.10 Transplante de pulmón
  - 6.Esófago
    - 6.1 Trastorno motor esofágico
    - 6.2 Hernia hiatal y reflujo gastroesofágico

- 6.3 Estenosis benignas de esófago
- 6.4 Divertículo esofágico
- 6.5 Tumores benignos, quistes y duplicaciones esofágicas
- 6.6 Carcinoma de esófago
- 7 Mediastino
  - 7.1 Infecciones mediastinicas
  - 7.2 Síndrome de vena cava superior
  - 7.3 Tumores y quistes primarios del mediastino
  - 7.4 Cirugía de la miastenia gravis
- 8.Traumatismos Torácicos
  - 8.1 Traumatismos de la pared torácica, pleura, árbol tráqueo-bronquial y vísceras torácicas
  - 8.2 Traumatismo esofágico y cuerpos extraños endoluminales

#### CIRUGIA VIDEOTORACOSCÓPICA

Tal como hemos comentado anteriormente, la introducción de los procedimientos videotoracoscópicos a principios de los años 90, han influido en la práctica diaria de todos los Servicios de Cirugía Torácica. Así, en nuestro Servicio en 1994, la cirugía videotoracoscópica representó el 24% del total de las intervenciones practicadas y en el año 2001 se elevó al 34%. Además la estancia media postoperatoria de los procedimientos quirúrgicos torácicos se ha visto reducida por los procedimientos videotoracoscópicos, así como por un cambio de actitud general en la reducción de la duración de los drenajes torácicos. En nuestro Hospital la estancia media de todos los procedimientos quirúrgicos torácicos en 1994 fue de 5.6 días, diferenciándose la cirugía videotoracoscópica con 3.9 días de media de la del resto de procedimientos quirúrgicos con 6.1 días. En el año 2001 la estancia media general para todos los procedimientos quirúrgicos torácicos en nuestro Servicio fue de 4.5 días con una estancia media de la cirugía videotoracoscópica de 2.3 días y el resto de los procedimientos quirúrgicos de 5.1 día (Tabla 1).

Desde Noviembre del 1991 a Febrero de 2002, hemos practicado en el Servicio de Cirugía Torácica, 615 procedimientos quirúrgicos videotoracoscópicos en 470 pacientes tal y como se expone en la Figura 1.

Las 270 simpatectomias torácicas practicadas en 135 pacientes desde mayo del 95, representan el 43.7% de la cirugía videotoracoscópica practicada. Hasta marzo del 2001 se realizó la simpatectomía torácica T2-T4 bilateral, mediante la técnica habitual de tres trocares y resección de la cadena y desde entonces hasta la actualidad se realiza una sección por coagu-

lación (simpaticotomía) a dos o tres niveles, a través de un solo trocar con resultados similares. Al 97% de los pacientes se les retiraron los drenajes torácicos en la sala de reanimación y fueron dados de alta a las 24 horas postoperatorias.

Se resecaron 142 blebs ó bullas en pacientes con neumotórax asociándose pleurodesis abrasiva en la mayoría de ellos representando un 23.2% de los casos.

El 78.9% de los pacientes presentaban un neumotórax recidivante, persistente ó contralateral y un 21.1% fueron intervenidos en el primer episodio por la presencia de bullas evidentes en la radiografía de tórax.

Se observaron 3 neumotórax persistentes (2.1%) y 7 recidivas entre 6, 10 y 20 meses postoperatorios (4.9%), requiriendo 5 reintervenciones.

A 102 pacientes ambulatorios se les practicó una biopsia pulmonar videotoracoscópica por patrón intersticial pulmonar difuso lo que representa un 16.6%. A los 15 primeros pacientes se les retiró el drenaje torácico a las 24 horas y a los 87 siguientes en la sala de reanimación post-quirúrgica con alta a las 24 horas. Los últimos 10 casos se vienen realizando en el programa de cirugía sin ingreso.

49 pacientes con nódulos pulmonares solitarios periféricos fueron sometidos a resección del mismo mediante cirugía videotoracoscópica (7.8%) con 22 malignos: 12 casos de metástasis única y 10 de adenocarcinoma broncogénico que requirieron posterior resección ampliada.

La cirugía videotoracoscópica del mediastino se realizó en 16 pacientes con 9 biopsias de tumores quimiosensibles y 7 resecciones, la mayoría de ellas por tumor neurogénico posterior.

Las ventanas pericárdicas han sido indicación de cirugía videotoracoscópica en 12 ocasiones; (1.9%) - 8 casos por taponamiento pericárdico y 4 por derrame -, la mayoría de ellos por carcinoma de mama metastásico con una media de supervivencia tras la práctica de esa ventana pericárdica de 12 meses, con buena paliación de sus síntomas. De los pacientes con carcinoma broncogénico izquierdo con posible afectación primaria o metastásica ganglionar de la ventana aortopulmonar, la videotoroscopia proporciona un buen acceso para su estadiaje, lo que se realizó en 6 ocasiones, confirmándose la estadificación en todos ellos.

La lobectomía pulmonar videoasistida ha representado una pequeña experiencia en esta serie, con 5 casos: dos lobectomías inferiores izquierdas, una lobectomía inferior derecha y dos lobectomías medias, representando únicamente el 1,2% de las resecciones pulmonares por carcinoma de las 550 resecciones

pulmonares en el mismo periodo.

En la actualidad no se puede estandarizar la lobectomía videotoracoscópica para el tratamiento del carcinoma broncogénico, aunque no descartamos en el futuro su mayor utilización, si progresan los diagnósticos precoces debido al cribaje y pacientes de alto riesgo.

Otros procedimientos videotoracoscópicos practicados y de gran utilidad ha sido para el drenaje en el del hemotórax traumático; el desbridamiento de empiemas, la resección de nódulos pleurales, la resección de quiste pericárdico y un caso de Reducción de Volumen Pulmonar por un enfisema severo.

Comentario aparte merece la utilización de la videotoroscopia para la corrección mínimamente invasiva del Pectus Excavatum según técnica de Nuss, mediante la colocación de una barra subesternal que corrige la deformidad y que debe ser retirada posteriormente entre los 2 y 3 años. Esta técnica practicada desde hace 10 años por el Dr. Nuss en Virginia, USA, tiende a mejorar la corrección clásica de Ravitch desde el punto de vista estético y puede suponer en el futuro un incremento en las indicaciones.

La cirugía videotoracoscópica presentó complicaciones en 19 casos (3.1%) con 5 infecciones de herida, 3 equimosis, 3 fugas aéreas de más de 7 días, dos cámaras apicales residuales, 3 casos de enfisema subcutáneo, dos hemotórax que requirieron toracotomía y un paro cardíaco recuperado. La mortalidad que de 3 pacientes (0.5%): 1 caso de tromboembolismo pulmonar y 2 insuficiencias respiratorias agudas en pacientes con Síndrome de Hamman- Rich.

Las conclusiones de nuestra experiencia de 10 años de cirugía videotoracoscópica es su indicación en las biopsias pulmonares, tratamiento del neumotórax, simpatectomía por hiperhidrosis, la resección de nódulos pulmonares o pleurales periféricos, la practica de ventanas pericárdicas y resección de quistes pericárdicos, la estadificación del carcinoma pulmonar izquierdo; indicación en empiemas, hemotórax traumáticos y en la Cirugía de Reducción de Volumen Pulmonar en el enfisema severo en manos expertas. La videotoroscopia es cuestionable en la resección del carcinoma broncogénico así como en ciertos tumores mediastinicos anteriores y creemos que se ampliarán nuevas indicaciones en el futuro, como la corrección mínimamente invasiva del Pectus Excavatum.

#### CAMBIOS EN NUESTRA RELACION CONTRACTUAL

El Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Sagrat Cor de Barcelona proviene del equipo médico-quirúrgico de Neumología y Cirugía Torácica que, dirigido por el Dr. Gerardo Manresa Formosa se trasladó desde el Hospital de Nuestra Señora de la Merced en

1984. En 1992 se constituye el Servicio de Cirugía Torácica, con estructura propia y dos facultativos en contrato laboral y un médico becario. A la actividad asistencial se une la contribución científica con publicaciones y comunicaciones en los medios propios de la especialidad. El Hospital Sagrat Cor, propiedad de la Aliança, mutualidad privada catalana, tiene concierto con el Instituto Catalán de la Salud, (ICS), por lo que nuestros pacientes son tanto de la mutualidad como del ICS. Con ánimo de incrementar la actividad asistencial, hasta entonces limitada a los enfermos de la mutualidad, se inician contactos profesionales con Hospitales de referencia, doblándose en 5 años el número de pacientes intervenidos, de 125 a 250 intervenciones al año. Se han organizado 5 Reuniones Internacionales de Cirugía Torácica desde el año 92, en las que se han invitado a ponentes de contrastado nivel internacional (Dres. Payne, Ellis, Grillo, Goldstraw, Lerut, Mattisen, Patterson, Landreneau, Pairolero, Naunheim, Darteville, Rendina, Deschamps, etc.) y la participación de la mayoría de las escuelas nacionales, contribuyendo al conocimiento y expansión de la Cirugía Torácica en nuestro medio.

Desde el inicio de nuestro trabajo profesional en común, pudimos constatar en el Servicio una alta satisfacción personal, un inmejorable ambiente de trabajo, una actividad asistencial creciente, una actividad científica relevante, iniciándose la actividad docente en la asignatura de Enfermedades Respiratorias de cuarto curso de la Universidad de Barcelona, obteniéndose una plaza de Profesor Asociado de Cirugía para im-

partir docencia (Dr. L. Molins). La actividad en las áreas científicas nacionales e internacionales han ido creciendo así como actividades en investigación clínica, participación en estudios multicéntricos y experimentales asociados a otros centros.

Por otro lado existía la problemática de la imposibilidad de contratar a otro facultativo, la baja contraprestación económica independiente del trabajo realizado y la imposibilidad de desarrollar una práctica privada en el propio Hospital.

La dirección del Hospital Sagrat Cor propone en el año 1999 una oferta de empresarización de los Servicios, manteniendo el modelo hospitalario con sesiones clínicas, junta facultativa, comités, docencia e investigación, etc., prescindiendo del contrato laboral y firmando un contrato mercantil, según el cual se facturará según lo trabajado. El conocimiento mutuo de casi 10 años, el similar criterio clínico y visión profesional, el mutuo respeto, la extrema confianza y la asunción del rol de cada uno, hizo que en Enero del 2000 se constituyera la Sociedad Cirtorax, S.C.P. con dos socios, (Dr. L. Molins y Dr. G. Vidal), suspendiéndose el contrato laboral particular con una excedencia de tres años y firmando un contrato de exclusividad mediante el cual, Cirtorax, S.C.P. asumía el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Sagrat Cor durante 15 años, con unos ingresos mínimos garantizados, que representaba la suma del coste-empresa de los dos contratos suspendidos. Se negoció las tarifas por visitas e intervenciones quirúrgicas con la facturación

CIRUGIA VIDEOTORACOSCOPICA (Nov. '91 - Feb'02)		
Simpatectomía	270	43,7%
Resección de blebs o bullas	142 (6*)	23,2%
Biopsia Pulmonar	102	16,6%
Resección NPS	49 (10*)	7,8%
Biopsia/Resección T. Mediastino	16 (5*)	2,6%
Ventana pericárdica	12	1,9%
Estadaje Ca. Broncogénico V.A.P.	6	1,0%
Lobectomías	5 (5*)	0,8%
Hemotórax Traumático	3	0,5%
Empiema	3	0,5%
Resección tumor pleural	3	0,5%
Pectus Excavatum (Nuss)	2	0,3%
Resección Quiste Pericárdico	1	0,2%
LVRS	1	0,2%
	615 (26*)	
(*) Cirugía video-asistida (CTVA)		470 pac.

FIGURA 1: Relación de los 615 Procedimientos videotorácicos.

mensual según los actos médicos y el mantenimiento del material necesario para la práctica quirúrgica.

En los dos años transcurridos hemos tenido capacidad de ampliar con nuevos profesionales, de organizar y orientar el Servicio sin el "corsé" del horario laboral y con autonomía de gestión asistencial. Tenemos la misma satisfacción personal de siempre pero con mejora de la contraprestación económica, pudiendo desarrollar la actividad privada en el propio Hospital, con creación de nuevos productos. Finalmente la visión y el trato desde la Gerencia es como un cliente, con una capacidad de negociación de equipamientos, adquisiciones, personal, etc., por lo que creemos que es una opción muy válida como modelo de futuro tanto para los profesionales, como para el propio Hospital y lo más importante, con un elevado grado de eficacia para el paciente, verdadero centro de atención de nuestra actividad diaria (FIGURA 1, TABLA I).

#### BIBLIOGRAFIA

Buitrago J, Molins L, Vidal G. Tratamiento de la Hiperhidrosis palmar mediante simpatectomía torácica videotoracoscópica. Med Clin (Barc) 1998; 110: 279-280.

Freixinet J, Santana N, Rodriguez P, Hussein H, López A. Limitaciones de la Cirugía Videotoracoscópica.

Arch Bronconeumol 1999; 35: 494-498.

Molins L. Cirugía Videotoracoscópica en el año 2000. Med Clin (Barc) 2000; 114: 336-338.

Nuss D. Minimally invasive correction of Pectus Excavatum

París F, González F. Figuras pioneras de la Cirugía Torácica Española. Arch Bronconeumol 2002; 38: 37-48.

Ramos G. Presente y futuro de la Cirugía Torácica en España. Arch Bronconeumol 2001; 37: 504-507.

Rivas JJ y Grupo Español de Cirugía Videotoracoscópica.

Sauerbruch F. Zur pathologie des affenen pneumothorax un die grundlagen meines verfharens zn seiner ausschaltung. Mitteil an die grenzgebiete. Med Chir 1904; 13: 339-355.

Wagner RB, Faber LP. History of Thoracic Surgery. Chest Surg Clin N Am 2000; 10: 1.

		±S	4.5 DIAS
<b>CIRUGIA VIDEOTORACOSCÓPICA</b>		3.9 DIAS	2.3 DIAS
<b>RESTO</b>		6.1 DIAS	5.1 DIAS

TABLA I: Estancia media de los procedimientos quirúrgicos en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Sagrat Cor.

## Trastorno de conducta como primera manifestación de hidatidosis cerebral

Coll Colell, R; Cabeza Hurtado, N; Salas Campos, R; Roca Rosellini, N; Pérez Varela, L; Gago Moreda, MJ.  
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

### Introducción:

La hidatidosis es una zoonosis endémica en España, causada por *Echinococcus granulosus*. La enfermedad permanece silente en muchos casos y sólo produce síntomas dependiendo del tamaño y la localización de los quistes. La localización hepática es la más común y la cerebral sólo aparece en un 2% de los casos de enfermedad hidatídica.

Se presenta un caso de hidatidosis cerebral con trastorno de la conducta como primer síntoma, motivo por el que consulta en urgencias de nuestro hospital.

### Caso clínico:

Paciente de 52 años que acude a urgencias por trastorno conductual, cambio de carácter y apatía de 3 meses de evolución. Inicialmente se atribuyó a síndrome depresivo, que se agravó en las dos semanas previas al ingreso presentando además dificultad a la deambulación. Entre sus antecedentes personales destacan: alergia a la penicilina; tabaquismo ocasional; enolismo importante en los últimos meses; hipercolesterolemia; intervención de quiste hidatídico hepático hace 30 años; intervención de quiste hidatídico en región frontal y meningioma quístico hace 8 años; síndrome ansioso-depresivo desde 1996 en tratamiento médico. La exploración física en Urgencias mostró, una paresia facial izquierda sin otra focalidad neurológica. En la analítica sólo destacó leucocitosis. La tomografía axial computarizada cerebral informó acerca de la presencia de quiste polilobulado frontotemporal derecho con captación periférica de contraste y finos tabiques en su interior, sugestivo de quiste hidatídico, con efecto masa y extensión a calota craneal. La resonancia magnética cerebral (RNM) confirmó lesión tabicada frontal derecha con mínimo refuerzo periférico tras gadolinio, con efecto masa sobre sistema ventricular y colapso frontal. La serología hidatídica resultó positiva 1/5120. La ecografía abdominal fue normal. Se inició tratamiento con Albendazol 400mg/12h durante 28 días previo a cirugía. Se practicó craniectomía frontal derecha con mínima apertura del quiste, drenaje de múltiples quistes (>20) con exéresis de la cápsula en >80% y lavado de cavidad/cápsula con suero salino hipertónico. No se deja hueso. Se continuó tratamiento con Albendazol. La anatomía patológica del material quirúrgico confirmó

el diagnóstico. La paciente presentó buena evolución clínica. A los 2 meses y al año se mantiene asintomática. Una RMN craneal de control no muestra recidiva de la enfermedad.

Conclusión: Nuestro caso nos pone de manifiesto que la hidatidosis cerebral en un país endémico y en una paciente con antecedentes de enfermedad hidatídica en otras localizaciones, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del estudio de síntomas neuropsicológicos. Los quistes hidatídicos cerebrales constituyen, en zonas endémicas, hasta el 3,5% de los procesos expansivos cerebrales del adulto.

### HIDATIDOSIS CEREBRAL

#### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una helmintiasis tisular causada al hombre por estados larvales de tenias del género *Echinococcus*. Los huéspedes definitivos del parásito son los perros domésticos y otros cánidos. Los huéspedes intermediarios son los ovinos, bovinos, cerdos, cabras, caballos y el hombre. Ciclo vital: el perro aloja en su intestino al parásito adulto, éste pone huevos que se eliminan al ambiente, luego el huésped intermediario consume alimentos o aguas contaminadas por huevos y las larvas que estaban dentro del mismo son liberadas en el intestino, atraviesan la pared intestinal, y por vía hematogena migran hasta su ubicación final, donde forman los quistes hidatídicos. A través del sistema venoso portal llegan inicialmente al hígado, posteriormente al pulmón, y finalmente a la circulación sistémica.

Los huevos resisten la desecación parcial por varios meses e incluso a agentes desinfectantes como el alcohol.

Es una enfermedad muy difundida por todo el mundo, fundamentalmente en zonas ganaderas

En España sólo se observa la hidatidosis unilocular por *E.granulosus*, aunque existen otras especies de *Echinococcus*. España se considera zona endémica y predomina en Castilla-León, Aragón, Extremadura, La Rioja, Andalucía, Cataluña, Navarra, Valencia y Castilla-La Mancha.

## MORFOLOGÍA DEL QUISTE

El quiste hidatídico tiene 2 partes, las capas correspondientes a la reacción del huésped (membrana externa o adventicia, y la capa periquística), y las capas que corresponden al parásito propiamente dicho: cutícula o membrana laminada, y la capa germinativa o membrana prolígera. Esta última capa permite la gemación asexual de los "quistes" hijos. La reacción adventicial representa el mecanismo de defensa del huésped ante la agresión parasitaria. Cada tejido presenta una reacción adventicial distinta, así, en el hígado es más notoria que a nivel encefálico, lo cual se correlaciona con el desarrollo parasitario más rápido a nivel cerebral que a nivel hepático. En el tejido óseo no hay reacción adventicial y el parásito adopta una vesiculación exógena característica, ello permite a la equinococosis ósea primitiva ser multivesicular.

El quiste está lleno de un líquido muy antigénico para el hombre, donde flota la "arenilla hidatídica" compuesta por escólices que se han soltado de la membrana prolígera, vesículas prolígeras, ganchos y quistes hijos. Cuando un quiste se rompe, sea espontáneamente o por manipulación quirúrgica, cada escólex intacto puede dar lugar a un nuevo quiste, y si es invadido por bacterias, se forman dentro de él abscesos piógenos. El quiste puede crecer a un ritmo de 1mm/mes. En 1 año el quiste suele tener entre 5 y 10 cm de diámetro y su calcificación puede ocurrir unas décadas después de la infección.

## FORMAS CLÍNICAS

Los síntomas dependen de la localización del quiste y de su tamaño.

## HIDATIDOSIS HEPÁTICA:

Un 50-70% de los casos de hidatidosis tiene localización hepática. Se presenta con más frecuencia en el lóbulo derecho y aunque tiende a ser silente, puede causar dolor, malestar, hepatomegalia y tumefacción abdominal. Cuando el quiste se rompe puede presentarse shock anafiláctico o abscesos hepáticos. Esta ruptura puede acompañarse de cólicos biliares, ictericia y eosinofilia periférica. 1/3 de los quistes hepáticos se calcifica y esta calcificación puede ocurrir en cualquiera de las etapas de formación del quiste.

## HIDATIDOSIS PULMONAR:

Entre un 8-43% de los casos y suele ser asintomática en muchos. Cuando se rompe provoca disnea, expectoración hemoptoica, dolor torácico e hipersensibilidad. En el esputo se observan escólices y ganchos y restos de membranas. Es más frecuente la presentación en pulmón derecho y el 60% en lóbulo inferior; en un 20% es bilateral y en un 30 % los quistes son múltiples. En el pulmón no se calcifican los

quistes.

HIDATIDOSIS CEREBRAL (en la que luego nos centraremos)

## HIDATIDOSIS ÓSEA:

0'5-2% de los casos. Peor pronóstico. El 35% de los casos se han observado en columna vertebral, con compresión o no de la médula espinal. La hidatidosis vertebromedular es más frecuente que la intracerebral.

## HIDATIDOSIS ORBITAL

## HIDATIDOSIS MUSCULAR

## HIDATIDOSIS PERICÁRDICA

## HIDATIDOSIS ESPLÉNICA

## HIDATIDOSIS PERITONEAL

## HIDATIDOSIS RENAL

## HIDATIDOSIS PANCREÁTICA

## HIDATIDOSIS MAXILOFACIAL

## HIDATIDOSIS CARDÍACA Y ARTERIAL.

## HIDATIDOSIS CEREBRAL

Los quistes hidatídicos cerebrales son poco frecuentes (2-3%). Es más frecuente en el niño y adultos varones jóvenes de procedencia rural. La hidatidosis cerebral es única si es primaria, (es lo más frecuente), la múltiple suele ser secundaria. Esta última se produce por embolización desde las cavidades cardíacas, pudiendo provocar en muy raras ocasiones infartos cerebrales al ocluirse arterias por el material parasitario embolizado. La hidatidosis cerebral múltiple se observa también tras rotura de un quiste cerebral único debido a TCE, ventriculografía o cirugía. La hidatidosis cerebral múltiple primitiva debida a la invasión cerebral por más de una larva es excepcional, pero está descrita, y en este caso los quistes se encuentran en territorios circulatorios distintos, sin existir hidatidosis en otra localización que pudiera explicar una siembra

La localización parasitaria más frecuente es subcortical, a nivel de sustancia blanca. La topografía más frecuente es supratentorial, sobretudo en el lóbulo parietal (región rolándica y retrorrolándica) y con menor frecuencia en el frontal. Predomina en el hemisferio derecho, en algunas series. La topografía infratentorial es principalmente cerebelosa, pero muy poco frecuente. Por la escasa reacción tisular la capa periquística es muy delgada.

La sintomatología es muy variada, según la edad del paciente y según la localización, pudiendo simular

una cisticercosis cerebral, aunque no hay tendencia como en ella a hacer múltiples quistes.

En el niño el crecimiento del quiste es más rápido, alcanzando un tamaño mayor, por lo que se suele diagnosticar antes. La sintomatología en el niño es un síndrome de hipertensión endocraneal con cefalea, vómitos y trastornos visuales. Se puede observar un aumento del perímetro craneal, simétrico o asimétrico. Es más frecuente en el niño respecto al adulto las alteraciones del estado general, de la conciencia y del carácter, y la presencia de fiebre, afasia y signos meníngeos. También pueden presentar crisis comiciales, síndrome piramidal, síndrome cerebeloso uni o bilateral, temblor, y trastornos sensitivos. En el adulto predomina la clínica focal, superponible a la de una neoplasia cerebral, y variable según la localización del quiste. La evolución es progresiva.

#### DIAGNOSTICO

Cuando en un país endémico un paciente presenta un cuadro clínico de neoplasia cerebral, la posibilidad de hidatidosis es elevada si se objetivan otras localizaciones parasitarias, principalmente a nivel hepático y pulmonar.

La hidatidosis cerebral presenta una escasa repercusión analítica. Las alteraciones son inespecíficas e inconstantes (leucocitosis, eosinofilia, aumento de la vsq).

La prueba cutánea de Casoni y la fijación del complemento de Weinberg tienen una utilidad limitada y producen el 50% de falsos negativos.

El estímulo antigénico es menor en pacientes con quistes hidatídicos intactos, poco evolucionados, o calcificados, cuando asientan en determinados lugares (p.ej. el cerebro), o en las edades extremas de la vida, por lo que podemos encontrar muchos falsos negativos. Si en una hidatidosis cerebral existen pruebas serológicas positivas hay que buscar el parásito en otras localizaciones.

Los métodos serológicos como hemaglutinación directa, doble difusión, inmunofluorescencia indirecta y ELISA, son bastante sensibles, pero presentan muchos falsos negativos, por lo que se recomienda mezclar por lo menos 2 métodos serológicos, con pruebas de imagen como ultrasonografía, TAC y RMN, con lo cual se detectan más del 50% de los casos positivos. Los falsos positivos en la serología son por reacciones cruzadas con otros nemátodos, por lo que se recomienda utilizar un método más específico como es la presencia del arco cinco de Caprón en inmunoelectroforesis. La desaparición del arco entre los 12 y 14 meses orienta hacia una evolución satisfactoria del quiste operado o tratado.

EEG: no hay datos electroencefalográficos que ayuden al diagnóstico.

Rx cráneo: puede mostrar diástasis de suturas y signos de hipertensión endocraneal crónica (impresiones digitales y erosión de la silla turca). Ocasionalmente se observa asimetría craneal con adelgazamiento de la calota craneal en el lado homolateral al quiste. Puede ser normal en 1/3 casos. Es infrecuente observar calcificaciones.

TAC: es el método diagnóstico más rentable y, sin duda, de elección. Proporciona información sobre la naturaleza, número de quistes, localización exacta, extensión y relaciones de vecindad, muestra una imagen quística, redondeada, de densidad igual a la del LCR, de bordes bien definidos, sin edema perilesional, y que rechaza estructuras cerebrales. Puede existir desplazamiento ventricular y obstrucción parcial del LCR con hidrocefalia concomitante. No hay captación de contraste, lo que permite diferenciarlo de un absceso, tumor quístico, quiste aracnoidal, y cisticercosis.

RMN: es igualmente válida.

Técnicas anteriores: neuromiografía, ventriculografía y arteriografía, han caído en desuso, incluso la ventriculografía está contraindicada por el riesgo de puncionar el quiste.

Las pruebas de imagen pueden ser negativas si los quistes son demasiado pequeños para ser visualizados.

Se puede hacer el diagnóstico con la aspiración percutánea del líquido, pero existe riesgo de diseminación de la infección o de shock anafiláctico. La técnica de congelar previamente la pared ofrece buenos resultados.

El diagnóstico definitivo lo da el examen anatomopatológico del material obtenido en la intervención.

#### TRATAMIENTO

La cirugía es el tratamiento de elección de la hidatidosis cerebral. La gravedad clínica inicial no debe ser una contraindicación para la cirugía. La técnica de elección es el parto del quiste según la técnica de Dowling y Orlando, la inyección de solución salina entre la pared del quiste y el parénquima subyacente, lo que permite extraer el quiste hidatídico completo e íntegro. La punción o rotura del quiste durante la intervención cambia el pronóstico y convierte un proceso relativamente benigno en una entidad crónica y con gran morbilidad. La extirpación completa e íntegra del quiste es el principal factor pronóstico. A veces la recidiva se produce tras la primera intervención, sin que exista evidencia de rotura. Se recomienda lavados de la cavidad residual con diversas

soluciones (salina, agua oxigenada) en casos de rotura del quiste, en un intento de esterilizar el campo operatorio y evitar recidivas. Como los resultados quirúrgicos pueden ser incompletos, se ha preconizado la utilización de compuestos benzimidazólicos, como el albendazol, para evitar las recidivas. El albendazol se absorbe mejor que el mebendazol recomendado anteriormente, y tiene menos efectos secundarios. Se administra en dosis de 5mg/Kg/d durante 28 días. La absorción del contenido quístico y su inoculación con escolicidas se usa más en los quistes hepáticos que en otras localizaciones. Las inyecciones de formalina que se recomendaban antes entraron en desuso, debido a que ocasionaba una colangitis esclerosante secundaria, así como reacciones tóxicas generalizadas. Ahora se prefiere la clorohexamida, solución salina hipertónica, etanol al 80% o cetrimida al

0,5%. Pero ya se empiezan a ver casos de colangitis esclerosante por el uso de solución salina.

#### PRONÓSTICO

Tras la intervención parte de la sintomatología clínica revierte, ya que los déficits son provocados por compresión y no por invasión/destrucción del parénquima cerebral. El pronóstico de la hidatidosis cerebral es variable. Está condicionado por la localización, la existencia de hidatidosis cerebral múltiple y, sobre todo, por la aparición de recidivas. Al aumentar el número de episodios de recidiva aumenta las posibilidades de aparición de una hidatidosis cerebral múltiple. La gravedad es mayor en la HC múltiple, tanto por la mayor frecuencia de recidivas como por la mayor mortalidad.



## Hidrocefalia crónica del adulto

Miquel Balcells, Jordi Delàs.

En la sesión clínica hospitalaria de marzo del año en curso, conjuntamente con los servicios de Neurología (Dr. Balcells) y Medicina Interna (Dr. Delàs), se presentó la patología denominada Hidrocefalia Crónica del Adulto. Hemos creído oportuno realizar una breve recapitulación que permita tener más presente esta entidad cuya frecuencia ha aumentado y que, a veces, puede ser difícil de diferenciar de las demencias de tipo vascular o de la enfermedad de Alzheimer.

La Hidrocefalia Normotensiva o Hidrocefalia Crónica del Adulto (HCA), que es como se la conoce de modo más correcto actualmente, fue descrita por Hakim y Adams en 1965.

Entre un 40-60% de casos, esta entidad clínica es secundaria a otras patologías siendo la hemorragia subaracnoidea la de mayor incidencia. Aproximadamente en un 30% de casos podemos etiquetarla de idiopática; en esta situación, el diagnóstico suele ser más tardío.

Las cuatro variables diagnósticas que hemos de tener en cuenta incluyen la clínica, los tests neuropsicológicos, la neuroimagen y la medición de la presión intracraneal (PIC).

Clásicamente, la clínica se estructura alrededor de una tríada que en muy pocas ocasiones es completa:

-Trastorno de la marcha, la forma de presentación más frecuente.

-Deterioro de funciones superiores; la demencia es de tipo subcortical.

-Incontinencia urinaria, trastorno muy presente aunque tardío.

Es muy importante la diferenciación clínica con las demencias vasculares y la enfermedad de Alzheimer. En estas últimas no suele presentarse el trastorno de la marcha como síntoma inicial ni más frecuente. Son la demencia y los trastornos de funciones superiores la clínica predominante.

Los tests neuropsicológicos, como el examen minimal (MMSE), la escala modificada de Rankin o el índice de Barthel, también serán importantes para el diagnóstico diferencial. Las anomalías suelen ser de mayor severidad en las demencias vasculares y, por supuesto, en la enfermedad de Alzheimer.

Dentro del apartado de neuroimagen, la T.A.C. es la prueba inicial ante la sospecha de HCA. Nos informa-

rá del grado de dilatación ventricular, de la perfusión periventricular frontal o del borramiento de surcos de la convexidad. El índice de Evans, que mide el cociente entre la distancia máxima entre las astas frontales y la distancia máxima entre las tablas internas medida a nivel del III ventrículo, es fiable y sencillo. Un resultado superior a 0,30 cm es valorado como dilatación ventricular significativa. Sin embargo, será la RM la prueba más específica, no sólo porque nos informa con más exactitud de las anomalías estructurales, de las alteraciones en la dinámica del L.C.R. o de los cambios en la sustancia blanca periventricular, sino porque también nos ayuda en el diagnóstico diferencial; por ejemplo, es muy típica la atrofia hipocampal en el caso de la enfermedad de Alzheimer.

La cuarta variable diagnóstica es la monitorización de la Presión Intracraneal (PIC). El registro, generalmente epidural, se realiza de modo continuo durante 48-72 horas. Su lectura nos informará sobre las elevaciones de la PIC y la presencia de las ondas patológicas A y B de Lundberg. Es fundamental realizar la discriminación entre las ondas patológicas antes mencionadas y artefactos o alteraciones fisiológicas. Fundamentalmente los registros podemos esquematizarlos en:

- Hidrocefalias activas: Si la PIC media es superior a 12 mm/Hg y siempre visualizamos ondas patológicas A y/o B de Lundberg.

- Hidrocefalias compensadas: Si la PIC media es inferior a 12 mm/Hg y el porcentaje y la amplitud de las ondas patológicas es menor que en las hidrocefalias activas.

- Hidrocefalias detenidas: PIC media normal y no se observan ondas patológicas.

En la dilatación "ex vacuo", por atrofia, la medición de PIC está dentro de los límites de la normalidad y no se objetivan ondas patológicas.

Una vez realizado el diagnóstico de HCA tenemos que plantearnos las alternativas quirúrgicas. Recordando la famosa frase del Profesor Choux "The best shunt is not shunt", la indicación quirúrgica ha de basarse en criterios estrictos para evitar, en lo posible, resultados poco favorables. Fundamentalmente, las válvulas de derivación son de dos tipos: de presión diferencial (programables o no) y reguladoras de flujo. Además, como complemento a los sistemas derivativos y con el fin de minimizar los riesgos quirúrgicos, tenemos los dispositivos hidrostáticos que evitan el

denominado efecto sifonaje (sobredrenaje de L.C.R.).

Si relacionamos todas las variables diagnósticas podremos esquematizar dos grandes grupos de pacientes y esto nos facilitará la toma de decisiones.

En primer lugar, habrá unos pacientes que denominaremos de bajo riesgo, con un índice de Evans menor de 0,30 cm con una hidrocefalia secundaria pero no traumática, con ausencia o poca relevancia de atrofia cerebral y sin lesiones isquémicas. Si no presenta estas características y, además, tiene otras patologías asociadas de gravedad, lo etiquetaremos de alto riesgo.

Para hacernos una idea del tipo de dispositivo a colocar, en los pacientes de bajo riesgo, una válvula de presión diferencial con presión de apertura baja y que por lo tanto ofrezca baja resistencia sería lo más indicado. Las válvulas reguladoras de flujo y las de presión diferencial programables serían las otras posibilidades para el resto de casos.

La técnica quirúrgica no es de alta complejidad pero sí tiene aspectos fundamentales que han de prevalecer: la rapidez de la intervención, drenaje de L.C.R. mínimo y controlado y una asepsia rigurosa. Utilizamos suero con dilución antibiótica, generalmente vancomicina y, actualmente, hay casas comerciales con dispositivos valvulares ya impregnados con combinaciones de agentes antiinfecciosos como clindamicina y rifampicina.

#### RESUMEN

Esquemáticamente, los aspectos que creemos se han de tener en cuenta en la Hidrocefalia Crónica del Adulto son:

Sospechar HCA en un paciente de edad avanzada que ha iniciado un trastorno de la marcha y posteriormente desarrolla alteración de funciones superiores y anomalías esfinterianas.

Radiológicamente la TAC es el primer eslabón diagnóstico. Si las sospechas se confirman, será necesario una RM para definir mejor las alteraciones.

Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con las demencias vasculares y con la enfermedad de Alzheimer.

Posteriormente, tendremos que valorar la posibilidad de realizar un registro continuo de PIC para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en un sistema derivativo, que generalmente drena a peritoneo. Sólo en las hidrocefalias no comunicantes está indicada la ventriculocisternostomía como tratamiento de primera elección.

Los sistemas derivativos son de dos tipos: de presión diferencial, programables o no, y de regulación del flujo.

El pronóstico de mejoría se sitúa alrededor de un 60%, aunque las variaciones en las series publicadas fluctúan entre un 20 y un 80%.

No tiene por qué haber relación entre disminución del tamaño del sistema ventricular y la mejoría clínica. Es más, si hay un exceso en la reducción del sistema ventricular, debe sospecharse hiperfunción valvular.

Las complicaciones más frecuentes son disfunción valvular y, en menor medida, infecciones y hematomas intraparenquimatosos.

La supervivencia prolongada postquirúrgica implica una revisión del sistema en más del 50% de los casos.

Fdo:

Dr. Luis M. Pérez Varela

Dr. Luis Hernández Pascual

Servicio de Neurocirugía

Abril, 2004

## Recordant en Victorino

Enric Gil de Bernabé

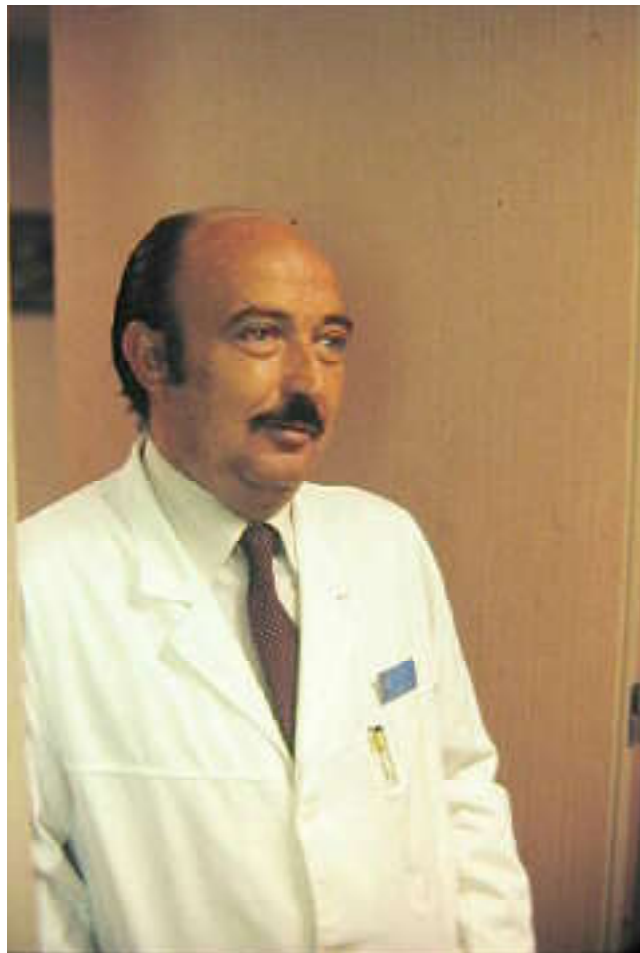
No fa gaire temps, ens han deixat per sempre dos antics metges del nostre hospital, dues persones molt conegudes i emblemàtiques en la història recent del nostre centre. Es tracta dels metges, companys de la mateixa promoció a la facultat, Fernando Palomar i Victorino Hernández.

El primer d'ells va ser professor de la Universitat de Barcelona (encara recordo alguna de les classes que ell em va donar, ja fa molts anys, seria cap a 1971-1972 i el respecte que la seva imatge imposava) i durant molts anys, el cap del Servei d'Oftalmologia del nostre Hospital.. No puc parlar gaire d'ell ja que no hi vaig tenir molta relació, a part de l'estrictament professional i la de quan en una època en que vaig patir una conjuntivitis, rebel al tractament, vaig haver de sovintejar la seva consulta.

Amb el Dr. Hernández (Victorino per tots nosaltres, ja que així volia que se' l tractés) si que hi vaig tenir una llarga relació, ja que durant molts anys, vàrem ser companys de feina al mateix Servei de Cirurgia.

Quan vaig arribar a l'Hospital del Sagrat Cor, el dia 1 de gener del 1974, recent sortit de la Facultat de Medicina, a l'Hospital hi havien dos serveis quirúrgics, el del Dr. Agustí i el del Dr. Salleras. Jo em vaig incorporar en aquest últim. Aleshores, en Victorino era un cirurgià molt conegut i respectat a l'hospital. Recordo que quan em dirigia a ell, el tractava de Vostè i de Dr. Hernández. Em va costar molt temps i molta insistència per la seva part arribar a anomenar-lo exclusivament: Victorino. Quan ho vaig aconseguir, vaig entendre el que ell volia emprant tant sols el seu nom de pila: volia que tots els que estàvem al seu costat ens sentíssim còmodes transmetent una sensació de confiança i companyonia; volia que tots fóssim iguals.

Tinc molts records d'ell, especialment de l'època dels meus primers anys a l'hospital. Una època en que el Servei de Cirurgia, al capdavant del qual hi havia el Dr. Salleras, estava format per molts metges: en Victorino Hernández, en Ramón Garcia Rojas, en Javier Foncillas, en Marcel·li Panisello i jo mateix. En Escudé feia la cirurgia infantil, en Robert Benedito (després amb en Manel Framis) la cirurgia plàstica, i en Camil Mundet la proctològica. D'altre banda sempre hi havia un grup de gent que anava variant, i una llista d'espera de metges per a poder entrar com assistents, sense cobrar res, és clar. En aquella època no existia el MIR i no hi havia altra manera de treure una especialitat si no era assistint amb regularitat a un Servei hospitalari



reconegut, al costat d'un grup d'especialistes. Allà hi havia en Victorino, mà dreta del cap del Servei, i cirurgià de confiança de tot l'hospital. Com a cirurgià en destacaria dos aspectes. Per un costat, l'habilitat en la pràctica de la cirurgia (en podríem dir que era un "manetes"), i d'altra banda, les ganes d' ensenyar als que en aquella època començàvem a formar-nos. Així va ser com la gent d'aquells temps vàrem aprendre la especialitat. La seva manera d'ensenyar no era mai amb disquisicions teòriques o filosòfiques de la medicina sinó sempre d'una manera eminentment pràctica, sobre el terreny, al quiròfan, amb el malalt. Disfrutava quan veia que l'aprenent se n'havia adonat de la importància del gest quirúrgic que acabava de ensenyar-li. No tinc cap dubte de que si avui sóc cirurgià, és en gran part degut a en Victorino. Ensenyava "trucs", et deixava operar d'amagat del cap de Servei deixant-te sol (i amb por) moltes vegades, no per estalviar-se la feina d'estar al damunt teu indicant les passes a se-

guir, sinó perquè pensava que troban-te sol amb el malalt, t'en sortiries millor en tenir que prendre les iniciatives i no sentint-te vigilat de prop. Això sí, quan estaves apurat, en una situació compromesa, apareixia pel quiròfan per demanar si precisaves ajut. Sentir al seva presència et donava confiança ja que sabies que en cas de necessitat el trobaries. Quan operaves ajudant-lo a ell, t'ho passaves bé. Solia estar de bon humor, explicant acudits amb freqüència. Ara bé, quan l'operació es feia una mica més difícil, callava i es posava a respirar d'una manera peculiar, com esbufegant. Quan això passava, tots sabíem que ell estava patint i en tensió i s'imposava el silenci. Quan la seva respiració es normalitzava, podíem seguir fent broma i explicar nous acudits.

Podria explicar moltes anècdotes de la seva manera entranyable de ser i del seu sentit de l'humor. Una de les que més gràcia em feia era la següent. Quan anava a veure un malalt recent operat, li preguntava, lògicament, com es trobava. El malalt, també lògicament, li contestava: "me duele mucho, Dr." La seva resposta era quasi invariable: "eso es del mismo dolor." Amb lo qual el malalt, la majoria de vegades, deia "ah, claro" i es quedava tan tranquil. Imagineu la cara que po-

sàvem el demès companys que assistíem al diàleg.

De tots el records que d'ell guardo, la imatge que més em queda és la comentada abans, la voluntat per ell manifestada de ser una persona i un amic abans que un metge. Un company. I se sentia malament quan no el tractaves com a tal i et demanava o exigia que el tractessis com un igual. Li agradava molt estar assentat a la cafeteria amb una cigarreta a la ma i una cervesa a l'altre, fent petar la xerrada llargament amb qualsevol que es segués al seu costat. Mai en tenia prou. Tant és així que de vegades feies tard als teus compromisos perquè no gosaves deixar-lo per por a que s'ho prengués malament. El seu caràcter demanava amistat continuada i n'oferia sempre a tothom.

Les circumstàncies varen fer que tingués que deixar prematurament l'hospital, en plena forma física. Ara, també les circumstàncies han fet que ens deixés per segona vegada, aquesta per sempre. Els que vàrem viure i treballar amb ell, tindrem sempre dins nostre la imatge entranyable i simpàtica d'en Victorino: una cigarreta, una cervesa, un acudit, una frase preferida per ell (" ¡Dios, que lo menea todo! "), i, per sobre de tot, la d'un amic.



D'esquerra a dreta: R.Rojas, J.Foncillas, Victorino, JL De Miguel, E. Gil de Bernabé.

## IN MEMORIAM

### Profesor Dr. Fernando PALOMAR PETIT

Miquel Balcells Riba

El pasado 14 de Mayo falleció en Barcelona a la edad de 72 años, el antiguo jefe del Servicio de Oftalmología de nuestro Hospital Dr. Fernando PALOMAR PETIT.

El Dr. Fernando Palomar nació en Barcelona el día 10 de Mayo de 1932. Iniciando sus estudios de Medicina en Barcelona en 1951, licenciándose en 1957. Su curriculum en la Universidad fue muy brillante (6 matrículas, 11 sobresalientes, 12 notables...), en su Tesis Doctoral, Exploraciones del campo visual y estudio semiológico de sus alteraciones en los tumores intracraniales, siguió la misma tónica, siendo calificada con sobresaliente y premio extraordinario.

Su actividad profesional y científica, influenciada por su padre el Dr. Palomar Collado, también oftalmólogo, la dedicó en gran parte al cultivo de la neurooftalmología, especialidad poco común en aquellos años. Colaboró con su padre, en la elaboración de un tratado de neurooftalmología, Exploración y sintomatología neurooftalmológicas -1963-, que debe considerarse como pionero en España.

Esta vertiente neurooftalmológica, así como su formación como internista, fueron el motivo de que su opinión fuese consultada con regularidad por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico del Dr. Ley y por la Cátedra de Clínica Medica A, del profesor Pedro Pons, dado que el Dr. Palomar podía interpretar con el estudio de fondo de ojo y la campimetría alteraciones mínimas y presumir la existencia de un tumor cerebral en fase relativamente precoz. Entre los años 1950-1965, no existía la TAC ni la RMN y el estudio de fondo de ojo era de capital importancia para el diagnóstico de múltiples enfermedades neurológicas, así como de enfermedades sistémicas con repercusión neurológica. Al mismo tiempo, en aquellos años, los especialistas tenían que dominar todos los capítulos de su especialidad, no había compartimentación o exclusividad como ocurre hoy en día. El Dr. Palomar dominaba su especialidad y además conocía perfectamente las relaciones de la misma, con la Neurología y la Medicina Interna.

La dedicación a la neurooftalmología, se tradujo por numerosas publicaciones sobre este tema y por su relación con la Asociación de Oto-Neuro-Oftalmología de la Academia de las Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, de la cual fue secretario desde 1958-1965 y posteriormente en 1978 presidente. En 1958 fue nombrado miembro numerario de la Sociedad Espa-

ñola de Neurología y en el mismo año miembro asociado de la Federación Mundial de Neurología.

Una aportación muy importante fue la del Estudio Angiográfico con Fluoresceína (Fluoresceingrafía) técnica de la que fue pionero en nuestra patria.

Su dedicación a la docencia fue muy notable. Fue médico ayudante por concurso oposición de la Cátedra de Oftalmología desde 1963-1970. Profesor agregado de la Escuela Profesional de Oftalmología, desde 1962-1969.

En Abril de 1975 fue nombrado profesor extraordinario de Oftalmología, de la Escuela Profesional de la Universidad Complutense de Madrid.

Igualmente, fue profesor docente del Instituto Barraquer en varios cursos académicos. En 1972, fue fundador de la Sociedad Española de Estrabología y miembro numerario de la Sociedad Española de Esgoroftalmología.

Su prestigio científico fue reconocido internacionalmente, siendo nombrado miembro titular de la Sociedad Francesa de Oftalmología en 1965 y miembro honorario de la Sociedad Brasileña de Oftalmología en 1979.

Su actividad investigadora fue también, contabilizándose 68 publicaciones científicas, así como la colaboración en dos tratados de gran prestigio " Head Injuries " (Livingstone Edimburg London 1971), escribiendo el capítulo correspondiente a la compresión externa de la órbita. Igualmente, colaboró con el capítulo Fluorescein Angiography en el tratado de P. Almebrich (Kajer Bassel 1973).

En Barcelona su actividad fue reconocida, siendo Académico numerario de la Academia de Doctores del Distrito Universitario de Barcelona. En 1971 fue galardonado con el premio "Arruga", por la Sociedad Española de Oftalmología. En 1972 fue nombrado amigo predilecto de la Ciudad de Barcelona.

En 1971 ganó la plaza de Jefe de Servicio del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, permaneciendo como tal hasta 1994. Durante estos 23 años, realizó una importante labor asistencial y docente, organizando cursos entre los cuales destacamos: Manifestaciones oculares en las enfermedades desmielinizantes, Semiología de la motilidad intrínseca y problemática ante las neuropatías ópticas.

Dentro del Hospital, fue nombrado secretario de la

Junta Facultativa, cargo en el que permaneció durante 10 años. Su meticulosidad y perfeccionismo quedaron plasmados en las Actas de dicha Junta, que escurpulosamente remitía a todos los miembros para su aprobación.

El Servicio de Oftalmología, bajo su dirección, cumplía un ritmo horario en la consulta externa que rayaba a la perfección. El Servicio estaba bajo una organización meticulosa y la programación determinaba la ausencia de aglomeraciones en las salas de espera. El Dr. Palomar guardaba casi un "culto" a sus maestros y colegas, con los que había tenido relación. Prueba de ello, era la multitud de fotografías de sus profesores y otros colegas, que dedicadas a su persona, adornaban la antesala y su despacho.

La relación con sus colegas era extremadamente cortés. Siempre que remitía un enfermo, lo hacía con una carta autógrafa, exponiendo con letra clara y menuda,

su presunción diagnóstica y lo que deseaba que el consultor estudiase. Igualmente, la contestación a consultas de enfermos a él dirigidos, se acompañaba de una nota de idénticas características.

El trato con los Facultativos, enfermeras, personal auxiliar y enfermos era muy cortés. En ocasiones parecía algo "distante" pero ésta actitud no era más que una pequeña máscara, que escondía su timidez. En los últimos años, su salud le creó problemas mermando su capacidad de trabajo pero no su calidad.

El Dr. Palomar, fue el prototipo del médico de una época que está desapareciendo, pero que ha dejado una profunda huella como médico y persona. Descanse en paz.



**Dr. Fernando PALOMAR PETIT**

## La Medicina del Treball en els darrers 10 anys

Àngel Plans Cañamares

*Servei de Prevenció de Riscos Laborals*

Podríem dir que la Medicina del Treball a Catalunya comença a mitjans del segle XVIII. Tot just abans d'iniciar-se tot el moviment de la Revolució Industrial, els doctors Josep Parés (1720-1798) i Vicens Mitjavilla (1759-1805) descriuen respectivament l'hidargirisme i el saturnisme avançant-se, en més de dos segles, als conceptes actual de medicina del treball com a part integrada de la medicina ambiental comunitària.

Malgrat aquests brillants estudis científics, caldrà esperar tot un segle per tal que a Espanya s'aprovi la primera regulació de les condicions de treball amb una llei de 24 de juliol de 1873 que regula el treball de les dones i els infants de menys de 10 anys. Molts pocs anys després (1878) es signa una segona llei de treballs perillosos per a menors.

Segurament, aquests antecedents tan llunyans, ens poden servir per fer-nos reflexionar respecte a l'espai relativament curt de temps que suposa un període de 10 anys a l'esdevenir d'una especialitat mèdica. De tota manera, el període de temps que va des de l'any 1993 al 2003 ha estat, pel que fa a la medicina del treball, tan extraordinàriament intens que ha provocat que molts dels conceptes de gestió sedimentats al llarg del 100 anys, s'han vist modificats en els darrers 10.

A l'any 1993, i en el marc de la indefinició que s'havia provocat amb el Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo i la progressiva assumptió de competències per part de la Generalitat de Catalunya aplicant els criteris de l'Estatut de Catalunya, la publicació del Pla de Salut de Catalunya va facilitar la integració de les incipients Unitats de Salut Laboral que havien creat diversos ajuntaments dins de la xarxa assistencial pública. Aquestes unitats, veritables dinamitzadores en el nostre medi de l'estudi de les malalties professionals, van néixer amb l'idea de donar el suport necessari de l'assistència pública a les nombroses consultes que rebia l'assistència primària relacionades amb els factors de risc laborals.

Al mateix temps, i ja a nivell estatal, els antics Serveis Mèdics d'Empresa, obligatoris a Espanya des dels anys 60, seguien demostrant la seva manca de capacitat per ajustar-se a les exigències de les empreses modernes, fonamentalment per la seva poca integració en aspectes pluridisciplinats com la seguretat en el treball, la ergonomia o la higiene industrial.

Davant d'aquest panorama, el 31 de novembre de 1995, seguint els dictats de la Unió Europea, i després

de molts esborranys rebutjats per les diverses forces polítiques del moment, es promulga la Llei de Prevenció de Riscos Laborals, que obliga a les empreses a una cobertura pluridisciplinada de la patologia del treball i a integrar la Medicina del Treball en els Serveis de Prevenció de Riscos.

El Reglament de funcionament d'aquests Serveis de Prevenció, publicat el mes de gener de 1997, consolidaria aquesta pluridisciplinarietat dels equips de gestió de riscos laborals en les empreses perdent, d'alguna manera, la Medicina del Treball la seva condició "d'empresa" al mateix temps que el monopoli de la prevenció.

A Catalunya, aquesta integració no es viu amb el mateix dramatisme que en altres parts d'Espanya. Ja sigui perquè el grau d'implantació de la Medicina del Treball en el nostre país és important, o bé perquè els metges del treball s'han encarregat, en gran part, de liderar aquesta transició, el fet és que el grau d'implantació de la especialitat mèdica en els Serveis de Prevenció al nostre país és prou important.

En aquest punt, el marc de referència que ha suposat la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball amb la publicació de la revista "Archivos de Prevenció" i la organització anual de les "Díades" ha ajudat de forma important a tots els professionals a trobar un marc de referència prou concret per a la gestió del dia a dia de les empreses.

D'altra banda la presència de grups de treball, com el format entorn als serveis de prevenció dels hospitals de Catalunya, han contribuït a la creació d'estàndards de treball, prou necessaris per afrontar les problemàtiques laborals més freqüents. Aquest grup de treball, nascut a partir d'una enquesta realitzada a l'any 1994 pels hospitals Parc Taulí i General de Vic, ha constituït un referent permanent per a moltes actuacions posteriors realitzades en aquest àmbit de treball.

Tota aquesta revolució legislativa, així com les inquietuds expressades en el camp empresarial, han comportat una autèntica revolució de la Medicina del Treball en la última dècada. Cal destacar la redefinició de la especialitat com a part integrant dels nous Serveis de Prevenció de Riscos Laborals, amb responsabilitats específiques pel que fa a l'àmbit de la Vigilància de la Salut Laboral, però amb requeriments d'integració en les tasques d'avaluació, gestió, investigació, formació i prevenció.

En aquest marc, l'activitat sanitària dels Serveis de Prevenció s'ha convertit en un instrument fonamental per a garantir la seguretat i la salut dels treballadors i la millora contínua de les condicions de treball a les empreses i els seus recursos s'han de dimensionar i organitzar seguint la estructura pròpia del seu marc de actuació.

En el nostre àmbit directe, la constitució, el mes d'octubre de 1997 del Servei de Prevenció de Riscos Laborals del grup L'Aliança, va suposar el primer pas per a l'actualització de l'Hospital del Sagrat Cor a la reglamentació actual. Posteriorment, la creació de la Unitat de Salut Laboral de l'hospital i la constitució del Comitè de Seguretat i Salut han constituït fites molt importants en la modernització de les estructures de gestió de la prevenció en el nostre àmbit.

En els darrers anys, la progressiva implantació de

protocols de gestió de la prevenció en temes com els reconeixements mèdics específics, les noves contractacions, les avaluacions de risc, els programes de vacunació laboral i la investigació dels accidents suposen la creació d'un marc de treball, encara no suficientment aplicat que ha de millorar, a curt termini, la forma de treballar de tots nosaltres i, per conseqüència, la nostra salut.

Per últim, la definitiva conscienciació social de la problemàtica que representen les patologies laborals dins del conjunt general de les malalties farà que, en el futur, se segueixin consolidant les estructures de prevenció i salut laboral en el nostre marc de treball fins arribar als nivells d'evolució, adaptació, desenvolupament i perfeccionament que està caracteritzant a la Medicina del Treball en tot el món occidental.



## Llibres rebuts a la biblioteca el 1r semestre de 2004

·Martí i Vilalta JL (ed). El Doctor Robert. Barcelona: Fundació Uriach, 2004.

[Donatiu Dr. Balcells]

·Valero AL. Manual de Rinomanometria. Barcelona: MRA mèdica; AstraZeneca, 2001.

·Vocabulario de Otorrinolaringología: Español-Inglés, Inglés-Español. Barcelona: Editorial Glosa, 2002.

·Salman SD. An atlas of diagnostic nasal endoscopy. Boca Raton: Parthenon Publishing, 2004.

·Quesada Marín R, Pereló Scherdel E, Lorente Guerrero J. Roncopatía crónica. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Madrid: Editorial Garsi, 1998.

[Donatius del Servei d'ORL]

·Gálvez Mateos R. Abordaje actual del dolor neuropático. Madrid: Pfizer, 2003 [Donatiu Dr. De Sanctis]

·Locutura J. De la idea a la palabra. Cómo preparar, elaborar y difundir una comunicación biomédica. Barcelona: Publicaciones Permanyer, 2003.

·Fraile JR. Manual de Medicina Preoperatoria. Madrid: CIRSA, 1999.

[Donatius Dr. Delás]

·Epilepsia. Madrid: Sociedad Española de Neurología; Liga Española contra la epilepsia, 2003.

[Donatiu Dr. Comes]

·Speroff L, Galss RH, Kase NG. Endocrinología ginecológica e infertilidad. (6ª ed. Inglés; 1ª ed. Castellano). Madrid: Waverly Hispánica, 2000.

[Donatiu Dr. Urgell]

·Debré B, Teyssier P. Traité d'urologie. Toulouse : Éditions Médicales Pierre Fabre, 1988.

·Leiva Galvis O, Resel Estévez L. Patologías excepcionales en urología. Madrid: Asociación Española de Urología, 1998.

[Donatiu Dr. Sacristán]

·Guardiola E, Baños JE (coord.) Eponimia mèdica catalana. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve, 2004. (Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve; nº 1)

·Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R (coord.) Terapias no farmacológicas en atención primaria. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 2004. (Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve; nº 3)

[Donatius Fundació Dr. Antoni Esteve]

DONATIUS DE PUBLICACIONES PERIÓDIQUES 2004

-British Journal of Urology [Dr. J. Sacristán]

-Pain [Dr. De Sanctis]

-The Surgeon [Dr. Bardavío]

## Agenda

### **Sessions Científiques del Centre Sociosanitari Palau (Aula de docència. C/ Sant Antoni M<sup>a</sup>Claret, 135 )Programa del Curs 2004**

Dijous 15 d'abril. 18:30h

Trastorns Psiquiàtrics en pacients majors

Dr. Jorge Cervilla. Coordinador CSM Hosp. Sant Antoni 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. Barcelona