

Annals del Sagrat Cor

Volum 14. Número 3. Desembre 2007

Editorial. *Enric Gil de Bernabé* 81

Originals 82-98

– Resultados de la encuesta para la mejora de la seguridad en la utilización de los medicamentos. *Comisión de Farmacia y Terapeutica* 82-90

– Análisis comparativo de la calidad analgésica del bloqueo paravertebral con bupivacaina versus ropivacaina. *J. Fibla, J. M. Mier, L. Molins, G. Vidal y A. Sierra* 91-92

– Influencia de la edad en el dímero-D para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. *R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, F. Fernández, M. Gago, N. Parra y F. Rosell* 93

– Influencia de la edad en la escala de probabilidad clínica de Wells para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. *R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, J. Delàs, F. Fernández, N. Parra y F. Rosell* 94

– Escala de Wells y Dímero D: ¿Útiles en el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar del paciente geriátrico? *R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, P. Torras, J. Delàs, N. Parra y F. Rosell* 95-96

– 25 años de punción torácica con aguja fina: de la radioscopia al TC multicorte (900 casos). *E. Mauri, V. Querol, E. Mundt, C. Montull, S. Llaverias, M. J. Conde, A. Gallart y D. Casas* 97-98

Revisió 99-102

– Anestesia en pacientes consumidores de cocaína. *M. R. Junchaya* 99-102

Articles 103-116

– Factor d'impacte i avaluació científica. *M. José Sánchez* 103-104

– 2007-2008 Any mundial contra el dolor en les dones. *V. De Sanctis e I. Arias* 105-106

– Vertigo posicional paroxístico benigno. Nuestra experiencia con la maniobra de reposición de Epley. *M. Alfonso, O. Bravo, R. Ramírez, G. Arias, M. Vela, L. Encina, D. Dinares y E. Cánovas* 107-109

– 30 informes clínicos en busca del lector. *J. Delàs, J. Bel y L. Fumadó* 110-112

– Series médicas televisivas. *M. Campillo Ajenjo* 113-116

Agenda 117

Calendari de sessions generals 118



Consell editorial

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

L'Acadèmia dels Annals

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

Coordinació

M^a José Sánchez

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell Editor:

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

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

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

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

Editorial

És per a mi un plaer escriure l'editorial d'aquesta revista, que és la del nostre estimat Hospital. Des de ja fa uns quinze anys es ve publicant amb més o menys entrebancs i, jo diria, és quasi l'única font de comunicació i informació escrita que tenim per assabentar-nos del que passa al nostre centre. Com ja comentàvem a l'editorial del nº 2 de l'abril de 2003. Annals vol ser la continuació de "El Boletín del Hospital del Sagrado Corazón", que és d'una època aproximada a la de la foto que veieu més amunt (any 1939). En aquests anys és evident que les coses han canviat molt. Als Annals del Sagrat Cor s'hi ha escrit de tot, articles científics i articles de caire més social-humà, incloent-hi viatges i experiències viscudes de la professió; ha servit per orientar als alumnes de la nostra o d'altres universitats i donar-los una sensació de caliu i acolliment. Ha servit per a que molts de nosaltres sabéssim quines activitats porten a terme el nostres veïns de consulta o de pis d'una especialitat diferent a la nostra; i sobretot, penso que ha servit per a que tot això plegat, reflecteixi una manera de ser i de fer, es a dir, el segell distintiu HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR.

En aquest número trobareu articles diversos: La Comissió de Farmàcia publica un treball que ens ha de fer reflexionar en les nostres actuacions de cada dia com a font d'errors i, especialment, en la forma de veure'ls si es jutgen des de diferents òptiques: infermeria, farmàcia i medicina. Altres articles ens parlaran de coses tan diverses com saber la manera de calcular el factor d'impacte d'una revista, tractaments de diversos aspectes del dolor, dels vertígens paroxístmics benignes, del diagnòstic del TEP i de les tumoracions pulmonars. El Servei de Medicina Interna, amb un estil inconfusible, aporta unes refle-

xions sobre els informes mèdics, informes que tots nosaltres fem cada dia sense ser conscients del valor que tenen, i unes armes per mirar de millorar-los i humanitzar-los, tenint en compte que en gran manera aquests documents són l'expressió de qualitat dels mètodes de treball de qualsevol hospital i que tenen un gran valor humà, de comunicació professional i inclús d'educació sanitària. I per trencar la monotonia, un simpàtic article sobre les series de metges a la televisió, fenomen de masses per la gran difusió que tenen i com a manera d'influir en l'educació sanitària del país.

Com veureu, els temes són variats i amens, la qual cosa caracteritza el nostre Hospital. Precisament per això, penso que tots plegats hem d'impulsar aquesta revista per tal de que no deixi de publicar-se. Els Annals han passat per moments més fàcils i més difícils, en ocasions amb problemes de finançament i de desànim, però, tot s'ha de dir, gràcies a l'empenta i capacitat de treball de l'amic Jordi Delàs i a la nostra eficient bibliotecària M^a José Sánchez, tot s'ha anat superant. Actualment s'està intentant donar un nou impuls a la publicació, per un costat mirant d'aprofitar al màxim les activitats i publicacions del nostre centre, i d'altre banda, mirant d'aconseguir una vinculació amb la Institució que comporti un millor finançament i per tant una millora en la producció i en la qualitat. És per això que contem amb la col·laboració de tot el personal de l'hospital, aportant el màxim d'escrits possible. Totes les aportacions són sempre ben rebudes. Hem d'aconseguir que L'HOSPITAL UNIVERSITARI DEL SAGRAT COR n'estigui orgullós dels seus ANNALS DEL SAGRAT COR.

Enric Gil de Bernabé



Resultados de la encuesta para la mejora de la seguridad en la utilización de los medicamentos

Comisión de Farmacia y Terapéutica

Uno de los objetivos de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital, es la gestión de riesgos aplicados a la prevención de los errores de medicación. Con el fin de conocer la percepción sobre el tema que se tiene en el Centro, se elaboró una encuesta que se envió a todo el personal sanitario.

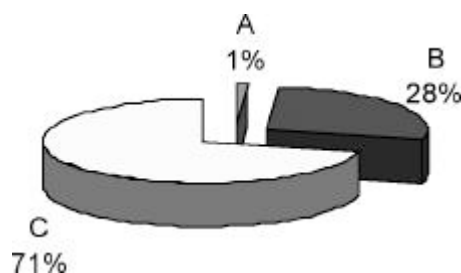
A continuación se presentan los resultados obtenidos de la encuesta y que fueron presentados en la Sesión General Hospitalaria del Sagrat Cor el 24 de mayo 2007.

Se han recogido un total de 170 encuestas:

13 de Personal de Farmacia
89 Personal Médico
68 Personal de Enfermería

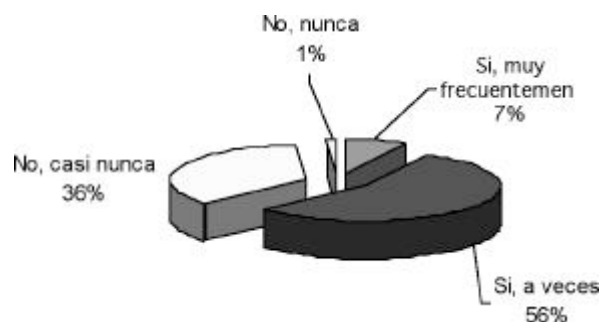
¿Que consideras que es un error de medicación? (Contesta una opción)

- A.- Un riesgo inherente de los medicamentos
- B.- Cualquier incidente que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos (incluidas reacciones adversas)
- C.- Cualquier incidente prevenible que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos

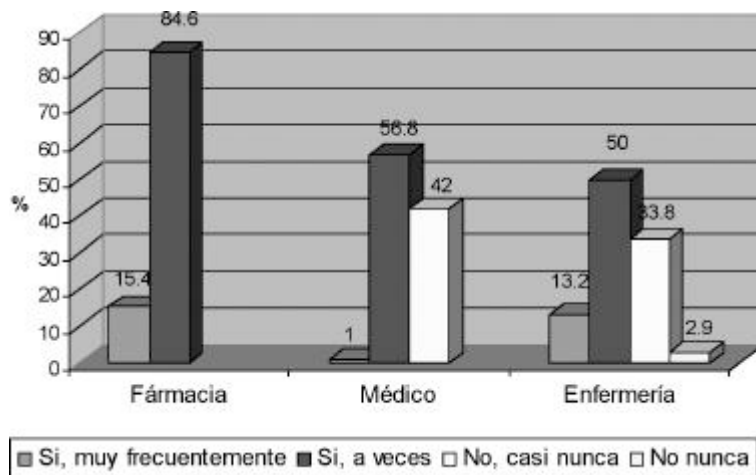


Un 29% de los encuestados no saben que es un error de medicación. El 69,2% del personal de Farmacia, el 83% de lo Médicos y el 55,4% del personal de Enfermería contestaron correctamente que era un error de medicación.

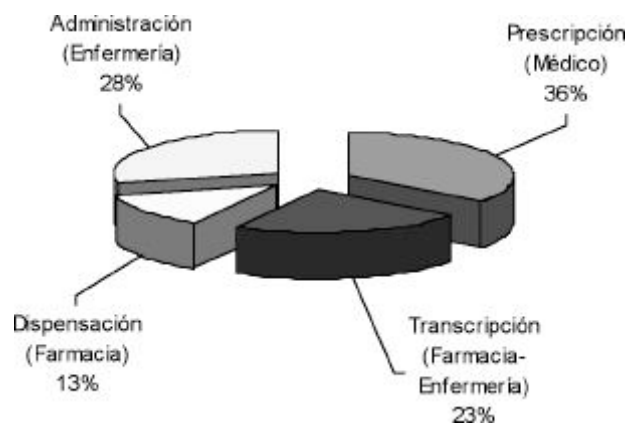
¿Crees que en el ámbito que desarrollas tu trabajo diario se produce algún tipo de error relacionado con el medicamento?



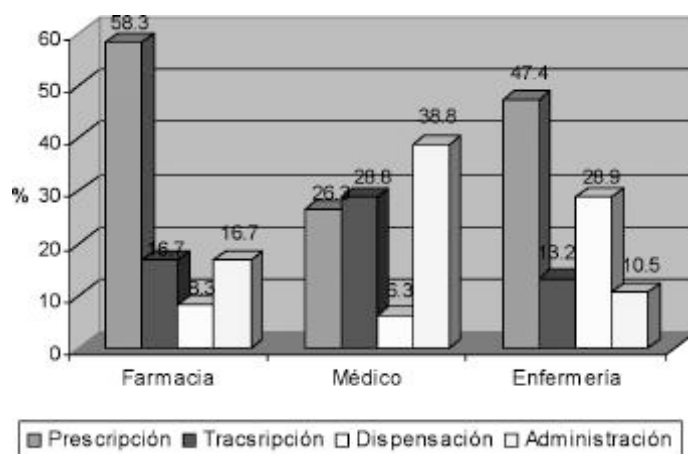
La mayoría (63%) consideran que si se produce algún tipo de error. Al estudiarlo según el estamento se observa que: todos los encuestados del Servicio de Farmacia, el 58% de los Médicos y el 63.2% del personal de Enfermería, consideran que cuando desarrollan su trabajo diario se produce algún tipo de error.



¿En qué parte del proceso piensas que se originan mayoritariamente los errores?

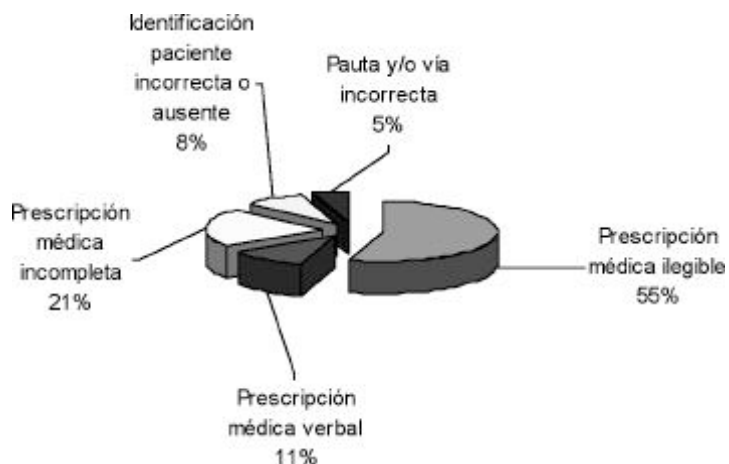


Para Farmacia y Enfermería la mayoría de los errores se producen en el proceso de prescripción. Para el Médico, la administración es la principal causa de error. El proceso de dispensación solo es considerado por Enfermería como un proceso importante donde se originan los errores.

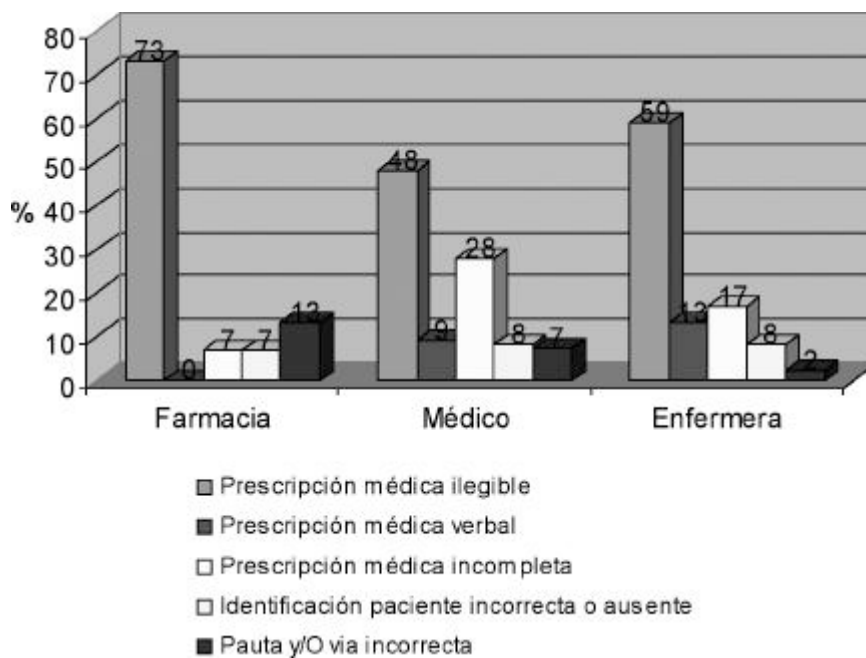


Dentro de cada proceso señala la causa más frecuente de error.

Prescripción

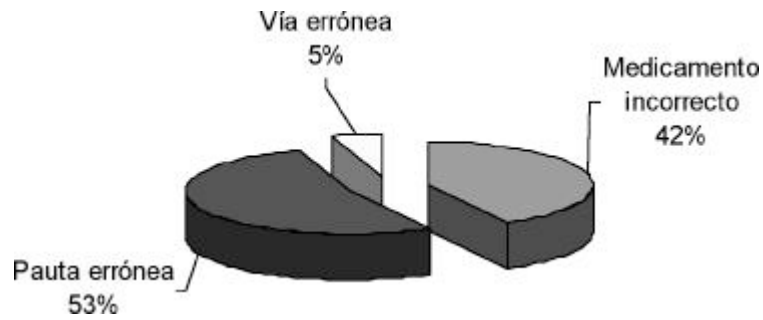


La prescripción Médica ilegible es la causa más frecuente de error en este proceso.

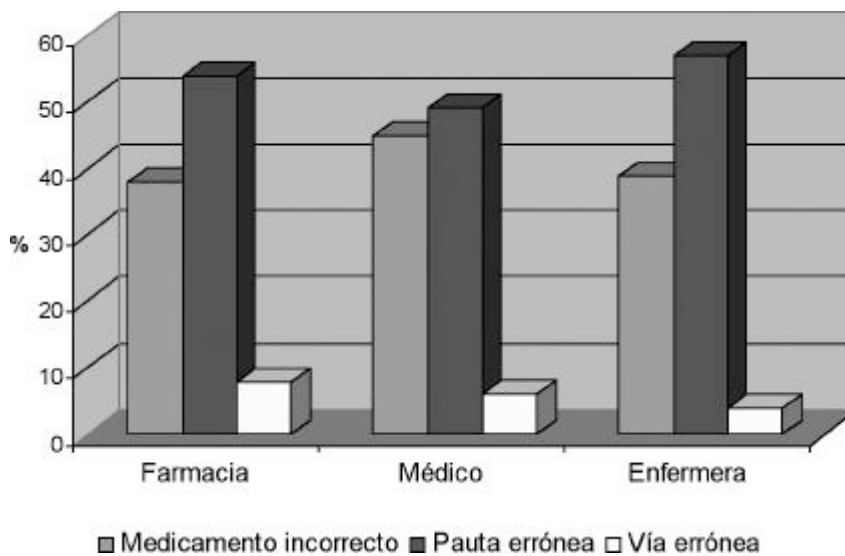


Todos los estamentos consideran que la causa más frecuente de error en el proceso de la prescripción es la “prescripción médica ilegible”.

Trascripción

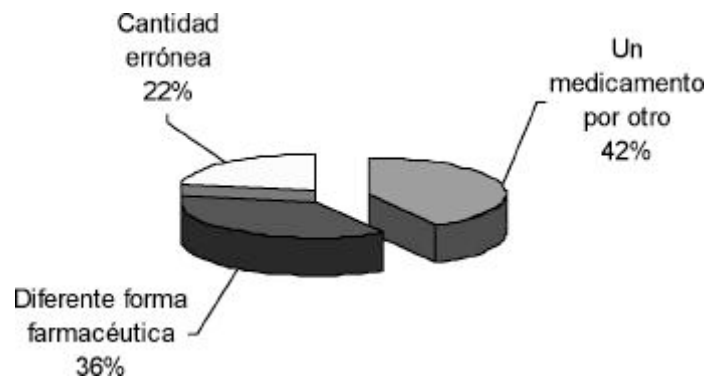


La pauta errónea es la causa más frecuente de error en la transcripción que realiza la Enfermera al Cardex de medicación y el Farmacéutico al programa informático de Unidosis.

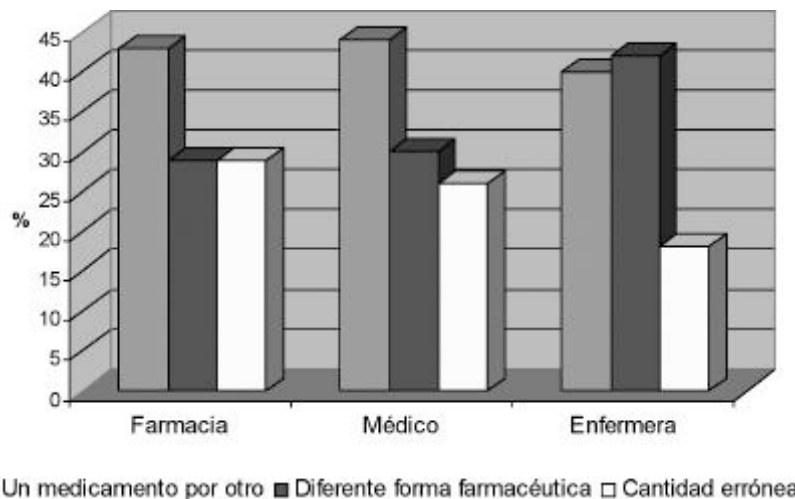


Los tres estamentos consideran que la pauta errónea es la causa más frecuente de error en el proceso de transcripción

Dispensación

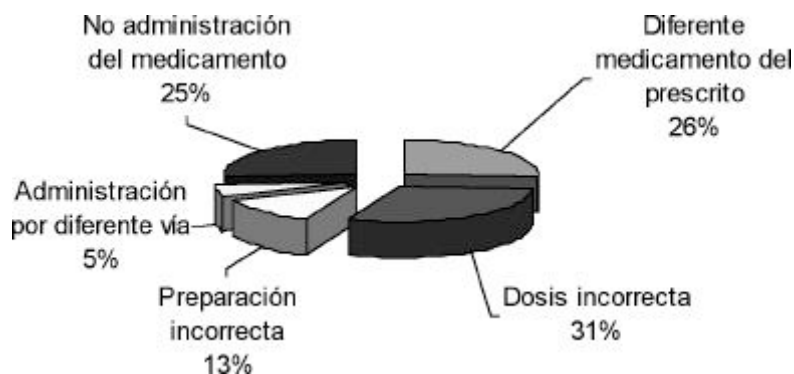


No está claramente establecido cual es el error más frecuente que comete el Servicio de Farmacia en la dispensación.

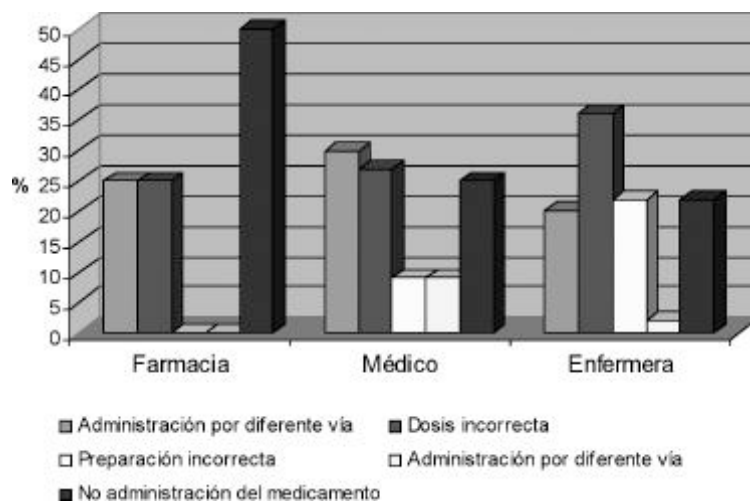


El personal de Farmacia y los Médicos consideran que “dispensar un medicamento por otro” es el error más frecuente en el proceso de la dispensación.

Administración

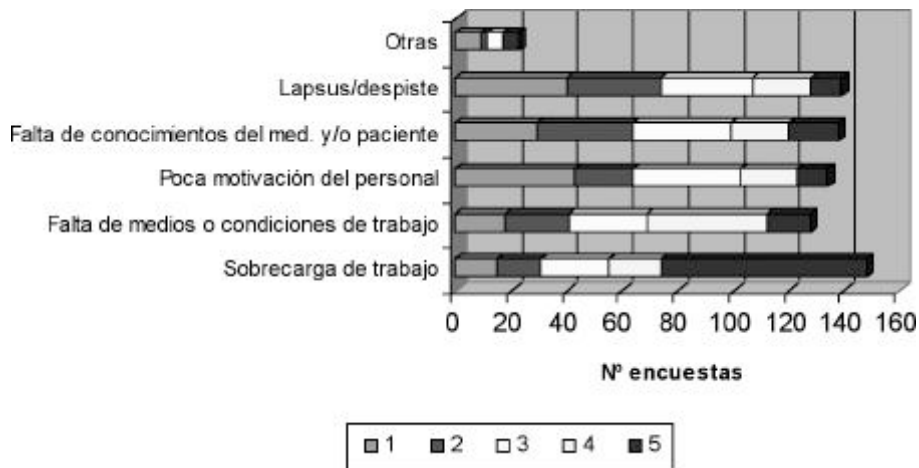


Las causas de error en el proceso de administración están muy dispersas.



La causa de error considerada como más frecuente en el proceso de administración varía según el estamento. El personal de Farmacia considera que es la no administración de un medicamento, el personal de Enfermería la dosis incorrecta y para el Médico no hay una causa clara de error en este proceso.

Puntúa del 1 al 5 los factores que piensas pueden propiciar que se produzca un error de medicación (1 menor; 5 mayor).



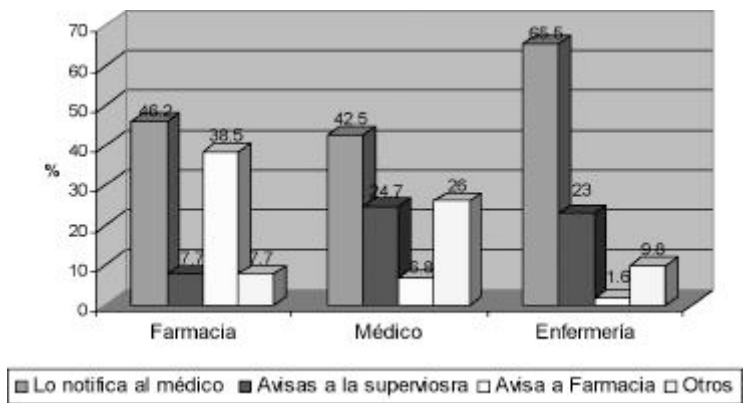
Los factores principales que pueden propiciar un error son la sobrecarga de trabajo (565 puntos) y la falta de medios o de malas condiciones de trabajo (400 puntos).

Entre los factores que han sido descritos como otros figuran:

- Similitud en las presentaciones de medicamentos.
- Letra no visible en los medicamentos
- Error de ubicación
- Mucha manipulación desde casillero al paciente
- Mala dispensación
- Falta de comunicación Médico-Enfermería
- Letra ilegible
- Muchos Médicos estudiantes

¿Cuál es la primera medida que tomas cuando detectas un error?

El 52,4% de los encuestados consideran que la primera medida a tomar cuando se detecta un error es avisar al médico responsable del enfermo o al de guardia. Un 22,2% avisan a la supervisora de planta o de guardia y un 17,7% a Farmacia.

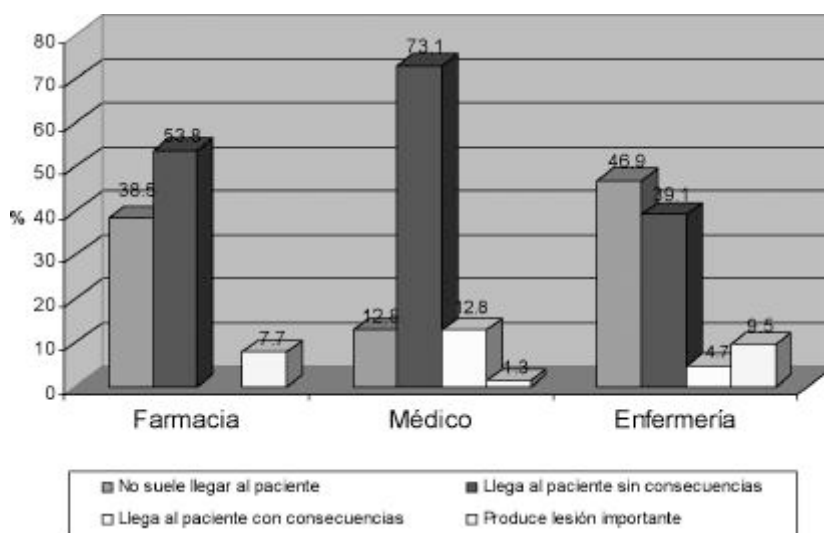


Todos los estamentos encuestados consideran que cuando se produce un error la primera medida a tomar es avisar al médico. La segunda posibilidad varía según el estamento: para Farmacia es avisar a Farmacia y para el médico y Enfermería es avisar a la supervisora de planta.

La falta de unificación en la actuación que se debe realizar por el personal cuando se produce un error hace necesario la elaboración de unas normas de procedimiento.

Quando se produce un error, ¿cual crees que es el nivel de gravedad más frecuente?

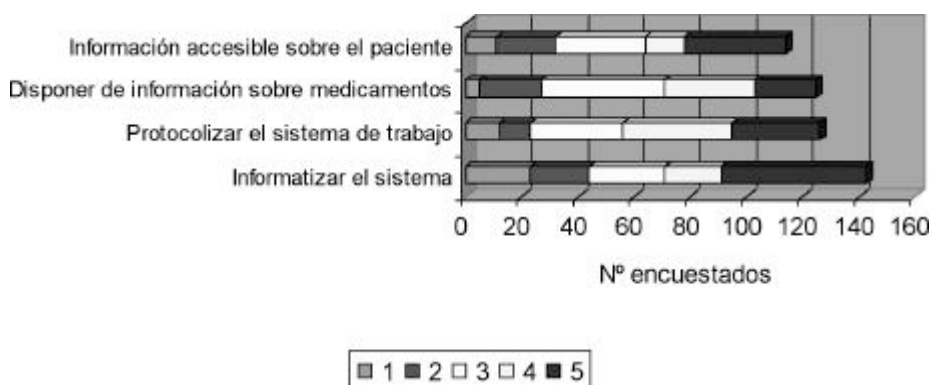
La mayoría de los encuestados (57.4%) consideran que lo más frecuente al producirse un error, es que llega al paciente pero sin consecuencias importantes. El 29% considera que normalmente no llega al paciente y el 13,6% considera que llega al paciente y necesita tratamiento y/o monitorización o bien se produce una lesión importante o una situación cercana a la muerte.



La mayoría del personal de Farmacia (53,8%) y los Médicos (73,1%) consideran que el error sí llega al paciente pero sin consecuencias importantes. En cambio, la mayoría del personal de Enfermería (46,9%) considera que lo que ocurre más frecuentemente es que el error no llega al enfermo.

Puntúa las medidas que sugieres para la prevención del error de mayor (5) a menor importancia (1)

Los encuestados consideran que la informatización del sistema es la medida de mayor importancia para prevenir el error (496 puntos en total), seguido de protocolizar el sistema de trabajo.



Hay que destacar que aunque en la encuesta no aparecía como posible medida para prevenir el error, varios de los encuestados consideran que una de las medidas más importantes sería el disponer de más tiempo para realizar su trabajo.

Entre las medidas que han sido descritas por los encuestados figuran

- Personal

Aumentar la comunicación entre todas las personas que participan en el proceso del medicamento (Fomentar el trabajo en equipo).

Pase de visita Médico – Enfermera.

Motivar al personal

Más controles en el proceso

Más tiempo para visitar

Menos sobrecarga de trabajo

No cambiar constantemente al personal

No dejar a personal inexperto solo (siempre acompañado de una veterana)

Solo autorización para prescribir el médico responsable del paciente

- Medicamentos

Diferenciar las presentaciones de los medicamentos

Letra más grande en los medicamentos y en caso de fármacos con peligro (si se confunden), colores llamativos.

Evitar errores de ubicación (a veces por prisa el almacenaje se realiza mal)

Leer siempre el etiquetado del medicamento antes de administrarlo

Revisar diariamente los medicamentos (tratamientos completos)

Preparar los medicamentos al lado del paciente

Organizar medicación domiciliaria.

Mejorar el sistema de unidosis

Farmacia abierta los festivos (Farmacéutica de guardia)

Resumen:

El 71% de los encuestados conocen que es un error de medicación. .

La mayoría consideran que en el ámbito de su trabajo diario se produce algún tipo de error relacionado con el medicamento y que aunque suele llegar al paciente no tiene consecuencias importantes.

La prescripción esta considerada como la parte del proceso donde se originan mayoritariamente los errores y la prescripción médica ilegible como la causa más frecuente de error en este proceso.

En el proceso de transcripción el error más frecuente que se produce es la pauta errónea.

En el proceso de dispensación que realiza el Servicio de Farmacia no esta claramente establecido cual es la causa más frecuente de error.

En el proceso de administración tanto la administración de un fármaco por otro diferente del prescrito, como la dosis incorrecta de fármaco y la no administración de un medicamento prescrito son las causas más frecuentes de error en la administración.

La sobrecarga de trabajo y la falta de medios o de malas condiciones de trabajo son los factores considerados como más importantes que pueden propiciar que se cometa un error de medicación.

Aunque todos los estamentos consideran que la primera medida a tomar cuando se produce un error es “avisar al Médico”, esta no es mayoritaria. Por lo que hace falta unificar criterios de actuación ante un error.

Un 13,6% de los encuestados consideran que cuando se produce un error llega al paciente y necesita tratamiento y/o monitorización o bien se produce una lesión importante o una situación cercana a la muerte,

Las medidas útiles para disminuir los errores han sido: informatización del sistema y el disponer de más tiempo para realizar la visita al enfermo y poder aumentar la comunicación entre todo el personal que participa en el proceso del medicamento.

Consideraciones:

Los errores de medicación son acontecimientos multifactoriales que se pueden producir aunque se realice una buena praxis profesional.

Numerosos estudios han demostrado la importancia de los errores de medicación por sus posibles consecuencias clínicas graves para el paciente y por los costes elevados que pueden generar

En nuestro Hospital, para poder tomar las medidas necesarias para que el error no se produzca hay que conocer donde, como y cuando se produce el error. Para ello se va crear un “sistema de notificación de errores de medicación” y así poder comunicar los errores que se producen en nuestra práctica diaria. Para que funcione el sistema de notificación hay que:

- Concienciar la importancia del error a todo el personal.
- Organización de cursos o seminarios de formación o divulgación en errores de medicación.
- Eliminar la cultura de culpabilidad para poder llegar a declarar los errores que se producen

*Comisión de Farmacia y Terapéutica
Mayo 2007*

Originals

Análisis comparativo de la calidad analgésica del bloqueo paravertebral con bupivacaina versus ropivacaina

J. FIBLA, JM. MIER, L. MOLINS, G. VIDAL, A. SIERRA

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR, BARCELONA

La toracotomía constituye un procedimiento quirúrgico muy doloroso y que favorece complicaciones postoperatorias como la retención de secreciones, la obstrucción bronquial, la atelectasia y la neumonía.

La analgesia epidural se considera el “gold standard” de la analgesia post-toracotomía.

Conlleva el riesgo de punción dural, hematoma epidural, absceso epidural y efectos secundarios como hipotensión, bradicardia e infección urinaria.

El bloqueo paravertebral constituye una alternativa eficaz a la analgesia epidural.

No existen pautas establecidas respecto a qué analgésico emplear variando las dosis y los fármacos entre los diversos grupos.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del bloqueo paravertebral comparando los dos fármacos más habitualmente empleados en este procedimiento (Ropivacaina versus Bupivacaina)

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo aleatorizado realizado en un grupo de 70 pacientes sometidos a toracotomía.

	Grupo BU (n=35)	Grupo RO (n=35)
Edad (años)	61.2	60.0
Peso (Kg)	75.3	72.0
Altura (cm)	165	167
Hombres/mujeres	26/9	22/13
ASA I/II	27	28
ASA III	8	7

BU: Bupivacaina / RO: Ropivacaina

	Grupo BU (n=35)	Grupo RO (n=35)
Toracotomía Anterior		
Lobectomía	12	14
Cuñas / otras	7	5
Toracotomía Posterolateral		
Neumonectomías	3	3
Lobectomías	12	1
Cuñas/Otras	1	3
Duración (min)	133	136
Fernando intrasp	580	540

BU: Bupivacaina / RO: Ropivacaina

	VAS medio	Bupivacaina 0.5% (15e/4h) (n=35)	Ropivacaina 0.2% (15e/8h) (n=35)
TA (n=38)	4.5	4.2 (n=19)	4.9 (n=19)
TP (n=32)	5.9	5.7 (n=16)	6.0 (n=16)
TA+TP (n=70)	5.2	4.9	5.4

VAS medios (Anestésico local)

	Grupo BU (n=35)	Grupo RO (n=35)
• VAS 1 hora	3.1	3.8
• VAS 6 horas	6.9	7.1
• VAS 24 horas	6.2	6.6
• VAS 48 horas	4.6	5.2
• VAS 72 horas	3.4	4.0

BU: Bupivacaina / RO: Ropivacaina
p<0.05

Estadística

		AT vs PT				
		VAS 1 hora	VAS 6 horas	VAS 24 horas	VAS 48 horas	VAS 72 horas
BU vs RO		0.000*	0.019*	0.001*	0.000*	0.000*
		BU vs RO				
		VAS 1 hora	VAS 6 horas	VAS 24 horas	VAS 48 horas	VAS 72 horas
AT vs PT		0.022*	0.493	0.035**	0.354	0.274

BU: Bupivacaina / RO: Ropivacaina
AT: Toracotomía Anterior / PT: Toracotomía Posterolateral

VAS medios (Tipo de toracotomía)

	Grupo TA (n=38)	Grupo TP (n=32)
• VAS 1 hora	2.9	4.3
• VAS 6 horas	6.7	7.5
• VAS 24 horas	6.0	6.8
• VAS 48 horas	4.0	6.0
• VAS 72 horas	3.0	4.7

TA: Toracotomía Anterior / TP: Toracotomía Posterolateral
p<0.01

VAS medios (Tipo de toracotomía)

	Grupo TA (n=38)	Grupo TP (n=32)
• VAS 1 hora	2.9	4.3
• VAS 6 horas	6.7	7.5
• VAS 24 horas	6.0	6.8
• VAS 48 horas	4.0	6.0
• VAS 72 horas	3.0	4.7

TA: Toracotomía Anterior / TP: Toracotomía Posterolateral
p<0.01

Analgesia de rescate (Meperidina) 15,4%

Grupo BU	Grupo RO
5 pacientes	6 pacientes

Los pacientes fueron divididos en dos grupos independientes (toracotomía anterior –TA- y toracotomía posterolateral –TP-).

La asignación de los pacientes a la técnica analgésica (ropivacaína o bupivacaína) fue aleatoria.

Bolus del anestésico asignado antes del cierre de la toracotomía.

Postoperatoriamente recibían bolus de 10 ml (bupi 0.5%) o 15 ml (ropi 0.2%) cada 6 horas alternando con 2 gr de Metamizol ev –Nolotil- (cada 6 horas)

La Meperidina (bolus de 50 mg s.c) se empleó como fármaco de rescate.

Se midió el grado de dolor mediante la Escala Visual Analógica (VAS Visual Analogic Scale), a las 1, 6, 24, 48 y 72 horas postoperatorias.

RESULTADOS

No registramos efectos secundarios atribuibles al catéter paravertebral.

Precisaron añadir Meperidina a la analgesia en algún momento 11 pacientes (15.7%).

CONCLUSIONES

La analgesia post-toracotomía empleando el catéter paravertebral y AINE alternando es un método seguro y efectivo.

Los pacientes con TA refirieron menos dolor que los de TP - $p < 0.01$ -.

La Bupivacaína obtuvo valores de EVA mejores que la Ropivacaína - $p < 0.05$ -.

Influencia de la edad en el dímero-D para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

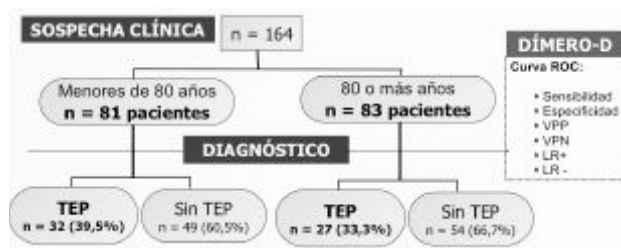
R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, F. Fernández, M. Gago¹, N. Parra, F. Rosell

Servicio de Medicina Interna.¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. 19062rsc@comb.es

OBJETIVO

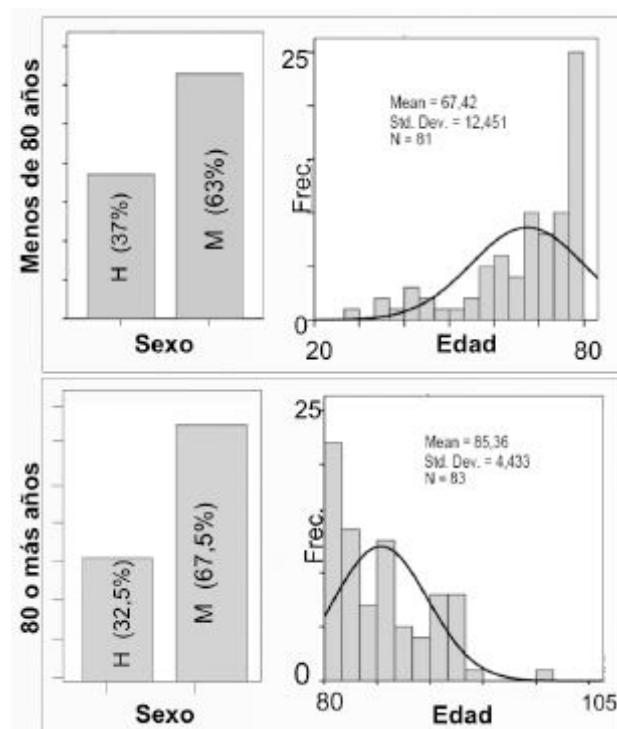
Evaluar la utilidad del dímero-D en el diagnóstico de TEP para diferentes grupos de edad y adaptar el criterio de positividad para mejorar la rentabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

Sociodemografía

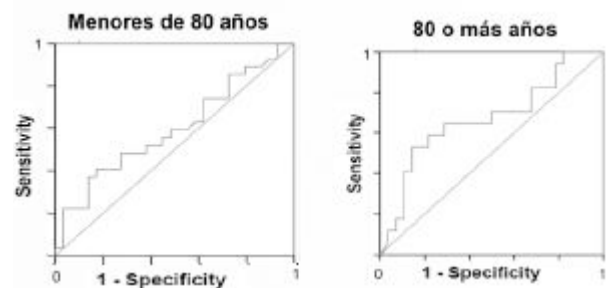


Herramientas diagnósticas

Dímero D

Grupos de edad	TEP confirmado	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Menores de 80 años	Dímero-D Si	27	3451,6744	2582,75039	467,65055
	No	29	2534,2334	1942,31906	360,67941
80 años o más	Dímero-D Si	17	4450,5718	2910,32035	705,65636
	No	28	2790,9429	2361,56008	450,07255

Curvas ROC y parámetros de validez



ABC = 0,55 (IC95% 0,36 - 0,73)

ABC = 0,74 (IC95% 0,55 - 0,88)

Punto de corte en 3880 ng/dL

S	40,7	VPP	60,7
E	82,8	VPN	68,1
	LR+	2,36	
	LR-	0,72	

Punto de corte en 4712 ng/dL

S	52,9	VPP	64,9
E	65,7	VPN	78,5
	LR+	2,36	
	LR-	0,55	

Difference between areas = 0,187
 Standard error = 0,111
 95% Confidence interval = -0,031 to 0,406
 Significance level P = 0,092

CONCLUSIONES

La rentabilidad del dímero-D para excluir diagnósticos de TEP decae con la edad. Es necesario adecuar el criterio de positividad en función de la edad, especialmente en pacientes de 80 o más años.

Influencia de la edad en la escala de probabilidad clínica de Wells para el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

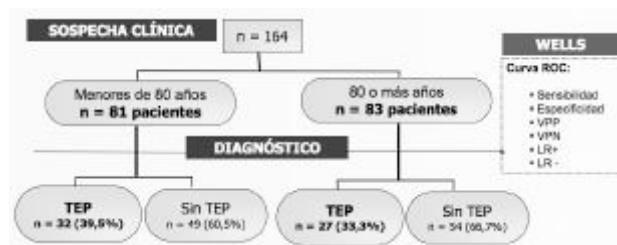
R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, J. Delás, F. Fernández, N. Parra, F. Rosell

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. 19062rsc@comb.es

OBJETIVO

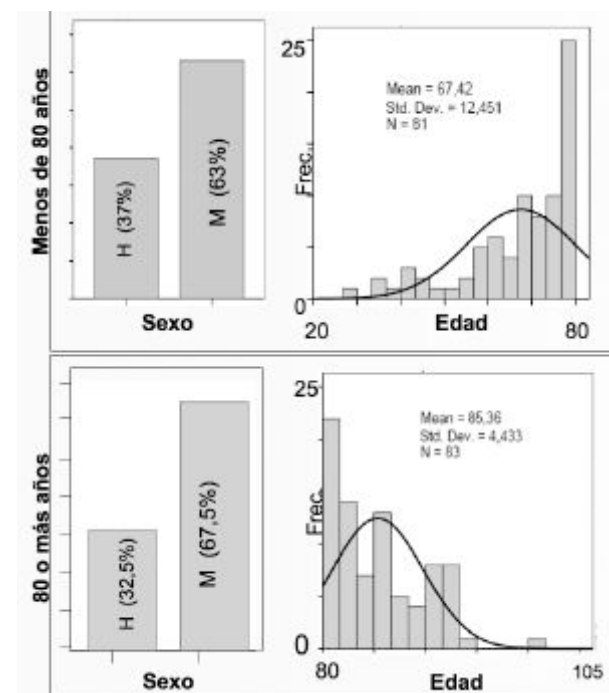
Evaluar la utilidad de la escala de probabilidad clínica de Wells en el diagnóstico de TEP para diferentes grupos de edad y adaptar el criterio de positividad para mejorar la rentabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

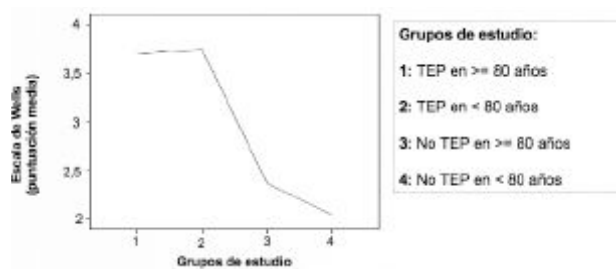


RESULTADOS

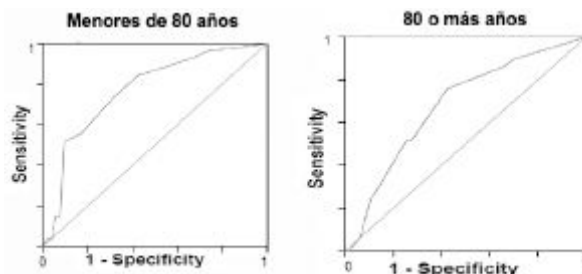
Sociodemografía



Herramientas diagnósticas



Curvas ROC y parámetros de validez



ABC = 0,77 (IC95% 0,66 - 0,88)

ABC = 0,68 (IC95% 0,56 - 0,78)

Punto de corte en 4 puntos

S	51,9	VPP	73,4
E	90,6	VPN	79,1
LR+	5,5		
LR-	0,5		

Punto de corte en 1,5 puntos

S	75,9	VPP	63,8
E	57,4	VPN	78,5
LR+	1,78		
LR-	0,42		

CONCLUSIONES

La rentabilidad de la escala de Wells para seleccionar diagnósticos de TEP decae con la edad. Es necesario adecuar el criterio de positividad en función de la edad, especialmente en pacientes de 80 o más años.

Escala de Wells y Dímero D: ¿Útiles en el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar del paciente geriátrico?

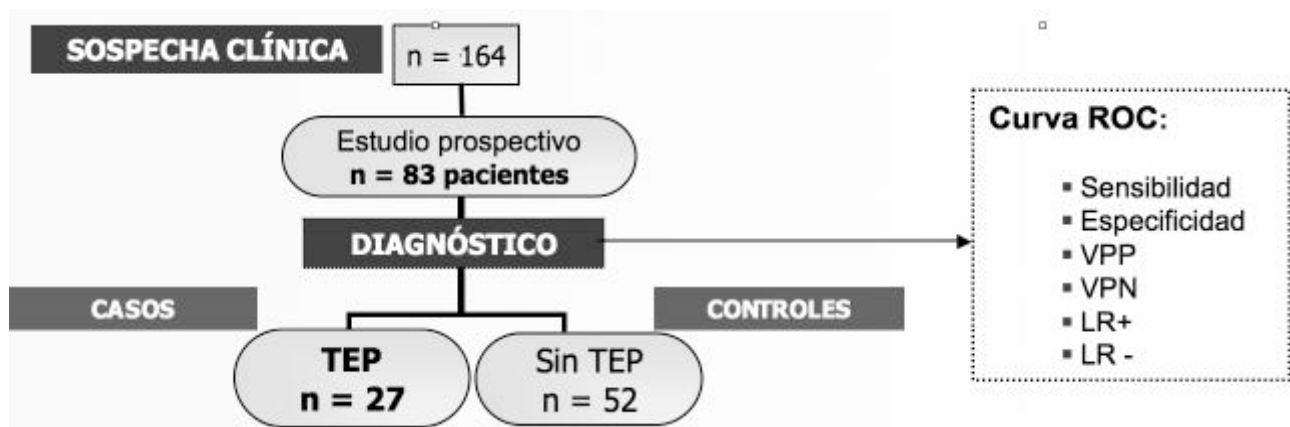
R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, P. Torras, J. Delás, N. Parra, F. Rosell.

9062rsc@comb.es

OBJETIVO

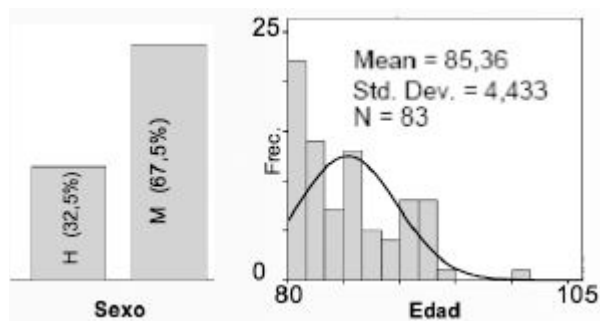
Evaluar y optimizar la validez de la escala de probabilidad clínica de Wells en combinación con la determinación de dímero D para pacientes de 80 o más años.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

Sociodemografía



Diagnóstico de TEP

TEP confirmado

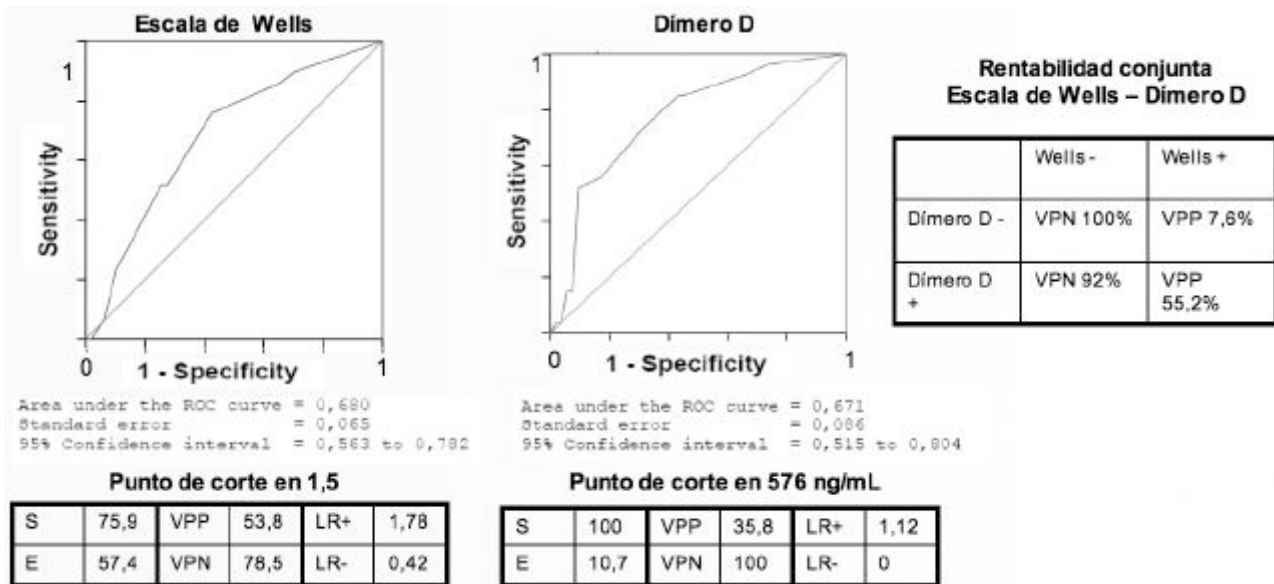
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Si	27	32,5	33,3	33,3
	No	54	65,1	66,7	100,0
	Total	81	97,6	100,0	
Missing	System	2	2,4		
Total		83	100,0		

Herramientas diagnósticas

			TEP confirmado		Total
			Sí	No	
Escala de Wells	Probabilidad Alta	Count	1	2	3
		% of Total	1,2%	2,5%	3,7%
	Baja	Count	4	29	33
		% of Total	4,9%	35,8%	40,7%
	Intermedia	Count	22	22	44
		% of Total	27,2%	27,2%	54,3%
	No se puede calcular	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	1,2%	1,2%
Total	Count	27	54	81	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Dímero D		TEP confirmado	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dímero-D	Sí		17	4459,5718	2910,32035	705,85838
	No		28	2790,9429	2381,56008	450,07255

Curvas ROC y parámetros de validez



CONCLUSIONES

En los ancianos con sospecha clínica de TEP el uso combinado de la Escala de Wells y el dímero D mejora el proceso de toma de decisiones clínicas y ayuda a racionalizar el uso de recursos en el diagnóstico de TEP.

25 años de punción torácica con aguja fina: de la radioscopia al TC multicorte (900 casos)

E.Mauri, V.Querol, E.Mundt, C.Montull, S.LLaverias, MJ Conde, A.Gallart, D.Casas

Departamento de Radiología (CRC SAGRAT COR SL). HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR.BARCELONA

INTRODUCCIÓN

Hemos querido revisar y mostrar nuestros resultados con esta técnica, remarcando su evolución histórica y el cambio que ha representado en el manejo de los pacientes oncológicos en estos 25 años, el papel actual en nuestro Hospital, la importancia que ha tenido la estrecha colaboración con los patólogos que nos animaron desde el principio, los distintos servicios del Hospital, y queremos hacer una previsión de futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS

902 procedimientos intervencionistas torácicos con aguja fina, 119 guías

dos por radioscopia (1981-1992), 648 con un equipo de TC axial (1988-2004) y 135 con un equipo de TC multicorte en los últimos tres años. El 87,5 % eran lesiones pulmonares, 4,76 % mediastínicas y el resto lesiones pleurales i/o infiltraban la pared costal. No se incluyen las punciones con aguja gruesa de estas últimas localizaciones.

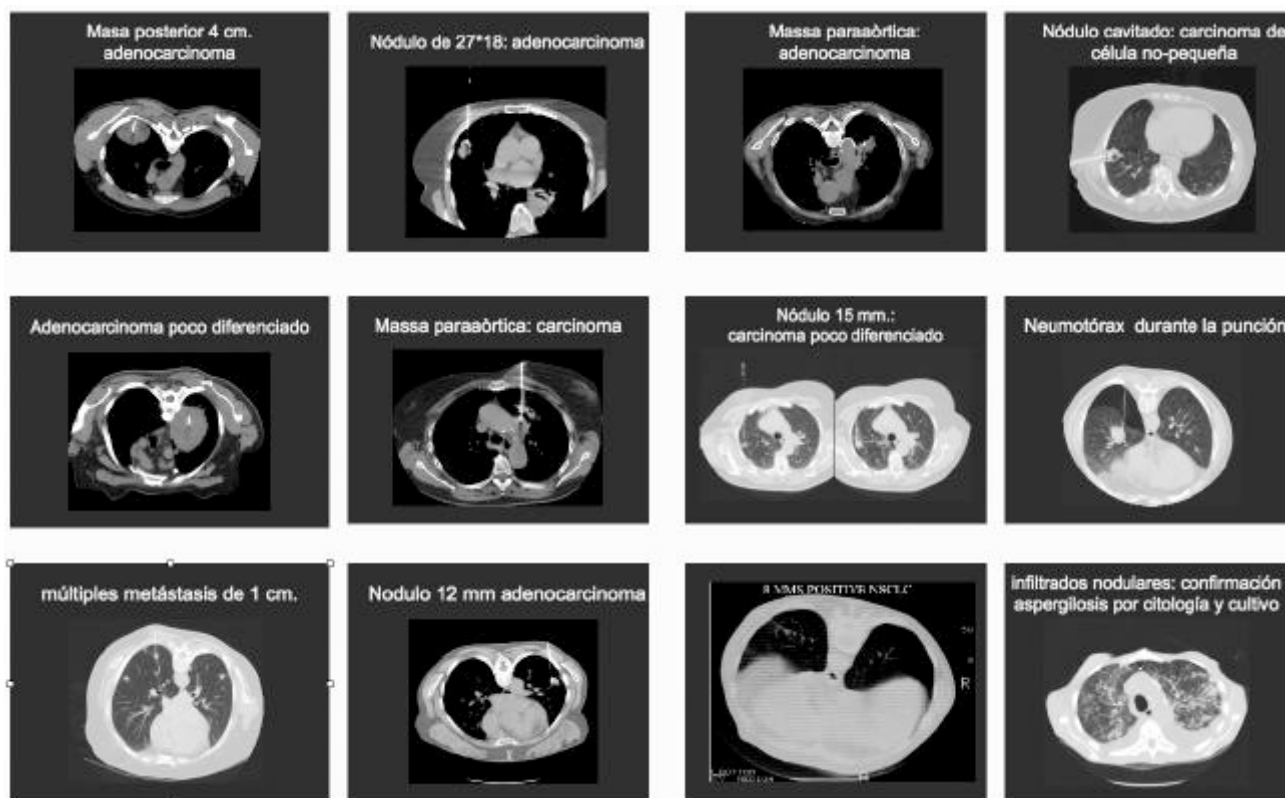
RESULTADOS

La sensibilidad se ha mantenido cada año entre el 80-90%. En los últimos tres años con un equipo de TC multicorte es de 87,23%, con una especificidad del 100%, y una precisión o exactitud de 89,38%.

En 102 nódulos pulmonares que consideramos pequeños (5-14 mm de diámetro máximo) hemos obtenido una sensibilidad de 83,05%. El tamaño dificulta la punción pero una vez alcanzada la lesión varía poco la sensibilidad.

La complicación más frecuente en todas las series, el neumotórax se ha presentado en los últimos tres años en un 7,57%, con necesidad de drenaje en <1,5% del total de procedimientos.

Los avances en TC han hecho innecesarias algunas al poderse diagnosticar mejor las lesiones benignas y falsos nódulos, aunque se encuentran muchos más nódulos pero por otro lado la PET ha reducido su necesi-



dad, sobre todo en las metástasis. La experiencia ha facilitado la colocación de arpones para su resección.

Conclusiones: 1-El estudio anatómopatológico sigue siendo la prueba definitiva diagnóstica, y su obtención es fácil, rápida y segura con la guía del TC multicorte, que facilita el que ya veníamos haciendo. 2- la introducción de nuevas técnicas, sobretodo la PET, ha reducido sus indicaciones en oncología. 3- la experiencia facilita otros procedimientos intervencionistas como el drenaje de colecciones, la colocación de arpones, y el uso de la ablación por radiofrecuencia, siendo estas dos últimas las que dibujan el futuro inmediato, en estrecha colaboración con los clínicos, cirujanos y patólogos.

2004-2005, que ha remitido parcialmente con la aparición del PET en oncología.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos del servicio y del Hospital, especialmente a aquellos que en los primeros años me animaron a iniciar y desarrollar esta técnica: Dra. M.I.Real, Dr.O.Ribera, DR. V.Querol, Dra. T.Caralt, Dr. J. J. Sopena, Dr. E. Boada Dr. L.Molins, Dr.G.Vidal, Dr. A. Lopez

Y la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica sin el cual no hubiésemos conseguido poner en marcha, implantar y conseguir tan buenos resultados. Dr.A.Palacín y colaboradores: Dres Cases, Camacho, J.Muñoz i M.Marti

TAMAÑO DE LAS LESIONES PULMONARES

Masas: > 3 cm	47,05 %
Nódulos: 15 a 29 mm	41,74 %
Nodulos pulmonares +/- 1 cm. (rango de 5,6 a 14 mm. de diámetro máximo)	
102 casos de 1995- 2006	11,19 %

1980-1981 ANTECEDENTE HISTÓRICO EN BARCELONA

- Conferencia y libro de J. Zornoza sobre punción guiada por técnicas radiológicas
- Conferencias sobre intervencionismo de Drs. C.S.Pedrosa i J.Caceres
- Dr.J.Caceres en Societat Catalana de Pneumologia
- Tras los primeros años la técnica se ha ido imponiendo y formando parte de las técnicas habituales de cualquier hospital. La radioscopia, tanto por la radiación como por la necesidad de asegurar la correcta colocación de la aguja, fue cayendo en desuso. Hubo un auge de la técnica en los 90 y con el TC multicorte en

Revisió

Anestesia en pacientes consumidores de cocaína

Dra. María Rosa Junchaya La Rosa.

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor.

El abuso de la cocaína y de otros psicoestimulantes parece estar en aumento en áreas metropolitanas y rurales en todo el mundo. El inicio y mantenimiento de la drogadicción están determinados por una interacción compleja de propiedades farmacológicas y disponibilidad relativa de cada droga, personalidad y expectativas de cada consumidor y el contexto ambiental en el que se consume. La poliadicción, o utilización concomitante de varias drogas con diferentes efectos farmacológicos, es cada vez más frecuente entre las personas de todos los estratos socioeconómicos.

Drogadicción puede definirse como el proceso a través del cual una conducta que permite obtener placer y eliminar o atenuar una sensación de malestar interno, conduce de manera característica a la imposibilidad repetida de controlar este comportamiento y a proseguirlo a pesar de sus consecuencias.

La frecuencia con que el médico anestesiólogo puede encontrarse con pacientes drogadictos cada vez es más frecuente. Es preciso conocer los problemas médicos generados por la drogodependencia así como los problemas psicológicos e incluso psiquiátricos agudos que pueden revelarse en el periodo perioperatorio, y saber que en los periodos pre y postoperatorio pueden producirse estados de agitación debidos al síndrome de abstinencia o, al contrario, sobredosis por administración de drogas en condiciones inhabituales.

COCAÍNA.

La cocaína es un estimulante y un anestésico local con potentes propiedades vasoconstrictoras. En origen es extracto cristalino y alcaloide de la hoja seca de la coca. Crack o base libre son formas de cocaína que no han sido neutralizadas con un ácido para producir la sal hidroclorehidrica.

Breve historia de su consumo.- Ya en el año 3.000 AC, los antiguos Incas, los habitantes de los Andes del Perú, masticaban hojas de coca para acelerar el ritmo del corazón y de la respiración, con el objetivo de contrarrestar los efectos del mal de altura o "soroche" (4500-5000 m. sobre el nivel del mar). En el Perú Incaico los incas masticaban hojas de coca durante sus ceremonias religio-

sas y los curanderos vigilaban que no se utilizara para ningún otro propósito. Muchos de los que utilizaron la droga se volvieron apáticos, perdieron la habilidad de concentrarse, se idiotizaron y murieron jóvenes. En el altiplano del Perú y Bolivia sus habitantes la siguen consumiendo porque así resisten el hambre, el frío y el trabajo durísimo.

Actualmente se usa clínicamente en Oftalmología y Otorrinolaringología como anestésico local y vasoconstrictor.

Forma de acción.- La cocaína es un anestésico local extremadamente adictivo que puede producir estimulación del Sistema Nervioso Simpático debido a la inhibición de la recaptación de catecolamina en la unión sináptica.

La cocaína produce una estimulación central y periférica por inhibición de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina, incrementa la liberación de dopamina en el espacio presináptico y la concentración de proteína-cinasa dependiente del monofosfato de adenosinacíclico. Tiene una semivida plasmática corta, de 45 a 60 minutos. Se metaboliza, en primer lugar, mediante las esterasas del plasma y sus metabolitos se excretan en la orina siendo detectables durante 24-36 horas siguientes al consumo.

Se puede administrar por: vía intranasal ("esnifada") los tejidos nasales absorben el polvo y pasa rápidamente a la sangre; se aprecian efectos a los 3 a 5 minutos, pico máximo de 10 a 20 minutos, si bien la duración rara vez supera 1 hora. En los tejidos mucosos se ha observado erosión o debilidad o perforación del tabique nasal.

Por vía intravenosa o inhalatoria después de la pirolisis (fumada). El crack es mucho más potente que la cocaína, llega al cerebro con gran rapidez en una sola inhalación y produce una intoxicación que puede durar 10 ó 15 minutos.

La dosis tóxica es difícil de establecer. La dosis letal se aproxima a 1gr por vía nasal, 5-10 gr por vía oral y 200 mg por vía intravenosa.

EFFECTOS CLÍNICOS ADVERSOS DE LA COCAÍNA Y CRACK.

• Cardiovasculares:

- Aumento de la frecuencia cardiaca. Taquicardia. Arritmias letales, fibrilación ventricular. Arritmias

ventriculares y atriales. Induce isquemia miocárdica como resultado de vasoespasmo.

- Miocarditis, cardiomiopatías. Endocarditis.
 - Hipertrofia ventricular izquierda y anomalías en pared del septum.
 - Riesgo de infarto de miocardio y de trastornos del ritmo (enfermedad arteriosclerótica de la arteria coronaria en jóvenes), palpitaciones, colapso cardiopulmonar.
 - Hipertensión arterial. Crisis hipertensivas graves.
 - **ECG:** Aumento del voltaje de QRS, cambios en ST-T y Q patológica. Episodios de ST elevado. Trastorno en la repolarización. Disección aórtica aguda y muerte súbita por enfermedad acelerada de las arterias coronarias, espasmo y descenso del flujo coronario.
- **Respiratorios:** Aumento de frecuencia respiratoria, edema agudo de pulmón, bronquiolitis obliterante, hemoptisis. Crisis de asma, incluso sin antecedentes respiratorios.
 - **Neuropsiquiátricos:** Temblores musculares por aumento de los reflejos espinales; episodios de amnesia, confusión mental, alucinaciones, hemorragias cerebrales, accidentes cerebrovasculares de origen isquémico, hemorragia subaracnoidea y convulsiones, incluso tras una única dosis. Crisis epilépticas.
 - **Renales:** Se ha descrito isquemias renales, e insuficiencia renal.
 - **Gastrointestinales:** Isquemia intestinal, hepatotoxicidad. Retardación de la función digestiva. Hepatitis.
 - **Hematológicas:** Trastorno de la coagulación.
 - **Trastorno Metabólico:** Aumento glucemia y adrenalina en plasma.
 - **Trastornos en la gestación:** En la madre: Sintomatología de preeclampsia asociada a edema agudo de pulmón. El diagnóstico diferencial se plantea ante la ausencia de hipertensión arterial. Así mismo puede producirse un desencadenamiento prematuro del trabajo del parto y aumenta el riesgo de hematoma retroplacentario. Se ha observado hemorragias del alumbramiento y C.I.D. después de una toma reciente de cocaína cualquiera que sea su modo de administración.
En el feto: Se ha constatado retraso del crecimiento, accidente vascular intrauterino, malformaciones genitourinarias, enterocolitis necrosante.
El recién nacido: Puede presentar una intoxicación o un síndrome de abstinencia con irritabilidad, agitación, hipertoniía, temblores, llanto, trastorno del sueño y aumento de la frecuencia cardíaca y aumento de la frecuencia respiratoria.

- **Otras:** Hipotermia, aumento de la presión ocular, atrofia de mucosa nasal, disminución del olfato y necrosis del tabique nasal. Hipertermia, que a veces puede confundir con hipertermia maligna. Sudor frío, estreñimiento, visión borrosa, tos crónica, ronquera, insomnio, midriasis, cefaleas, fatiga, pérdida de peso, trastorno de la erección y la eyaculación.

CONSULTA PREANESTÉSICA.

Es el momento clave para determinar si el consumo es crónico, esporádico y qué vía de administración es la usada para orientar la búsqueda de patologías asociadas.

Con frecuencia el paciente niega su adicción, que puede ser sospechada sobre la base de signos y síntomas inespecíficos. Debe interrogarse sistemáticamente sobre posibles antecedentes de dolor anginoso sobretodo después de consumir una dosis de cocaína o derivados de ésta. Si los datos de la historia clínica o de la exploración así lo indican será necesario solicitar evaluación cardiológica o pruebas complementarias como ecocardiografía o prueba de esfuerzo.

En la auscultación pulmonar pueden detectarse signos patentes o residuales de neumonitis. La presencia de estertores, crepitantes debidos a un subedema pulmonar, sólo se concibe después de una administración reciente de heroína o de cocaína.

Desde el punto de vista neurológico antes de administrar una anestesia locoregional es importante descartar una posible neuropatía periférica preexistente favorecida por el consumo de cocaína y sus derivados.

Sería bueno realizar un análisis toxicológico en tira reactiva de orina ya que permite detectar la presencia de cocaína u otras drogas.

Se debe indicar al paciente que es necesario suspender la droga más de 48 horas, actualmente se aconseja suspender el consumo una semana antes de la intervención debido a los severos problemas cardiovasculares y de diversa índole que se pueden presentar.

TÉCNICAS DE ANESTESIA.

La técnica elegida debe garantizar ante todo la comodidad y la seguridad del paciente. La anestesia general es a menudo la elección más sencilla y sobretodo la más segura en casos de urgencia quirúrgica o cuando el paciente drogadicto presenta un estado de agitación, trastornos psicológicos o trastornos del comportamiento.

Aunque no existe un consenso claro para la inducción de la anestesia general, los fármacos más indicados parecen ser el etomidato y el tiopental. El propofol no parece adecuado debido al riesgo de convulsiones.

Los opiáceos no parecen estar contraindicados en este contexto.

La anestesia general debe incluir barbitúricos, N₂O, y opioides, relajantes musculares tipo succinil colina y cisatracurio o atracurio.

Los agentes inhalatorios deben usarse con precaución debido al efecto depresor miocárdico. Sevoflurano agente inhalatorio de elección.

Algunos anestésicos halogenados como el halotano o el isoflurano aumentan el riesgo de arritmias al asociarse con cocaína. Además la asociación con las catecolaminas acentúa ese efecto, puesto que la cocaína bloquea la recaptación de noradrenalina y adrenalina en las terminaciones nerviosas de las fibras simpáticas y por consiguiente la adrenalina puede provocar graves trastornos del ritmo en un paciente intoxicado (atención en ORL). Por el contrario, la ausencia de respuesta a la efedrina -más frecuente en el consumidor crónico de cocaína- se explica por una disminución de la concentración de neurotransmisores en las terminaciones nerviosas. En este contexto, los tratamientos vasoactivos pueden ser difíciles de controlar.

La ketamina potencia la toxicidad cardiovascular de la cocaína y predispone a la aparición de arritmias, hipertensión arterial y edema agudo de pulmón.

La anestesia regional puede ser una buena alternativa si las coagulopatías e hipovolemia son corregidas antes del procedimiento. Descartar posible neuropatía periférica.

Debido al rápido metabolismo de la cocaína, la probabilidad de que un paciente se presente con intoxicación aguda en quirófano es poco probable.

TRATAMIENTO EN LAS COMPLICACIONES.- El tratamiento de prioridad es mantener o restablecer un estado hemodinámico.

- 1) Hipertensión arterial y taquicardia se controlan con Labetalol (Trandate) y con antagonistas del calcio. Así mismo el uso de antagonistas selectivos B1 Esmolol y vasodilatadores Nitroprusiato. La Nitroglicerina también ha sido usada en el manejo de la HTA asociada en vasoconstricción coronaria.
- 2) Arritmia con Lidocaina, asimismo se han tratado con éxito mediante administración de propanolol por vía intravenosa.
- 3) Isquemia miocárdica con Nitroglicerina. O bien con un bloqueante de los canales de calcio Verapamil. Angioplastia para trombosis o causa intensa de vasoespasmo.
- 4) Infarto de miocardio tratamiento estándar.
- 5) Asistolia. El uso de la adrenalina es controvertido en presencia de un estado de exceso de catecolaminas inducidos a la cocaína.
- 6) Temblores y convulsiones con benzodiazepinas. El fármaco de primera elección es el diazepam, se puede abtener el mismo efecto con Midazolam.
- 7) Episodios psiquiátricos agudos con neurolépticos de acción rápida como la Loxapina.
- 8) Hipertermia con las medidas habituales, pudiendose emplear Dantrolene en casos refractarios.

EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA aparece tras 24-48 horas de interrupción del consumo continuo y se caracteriza por polisomnía, sensación de hambre, trastor-

nos psíquicos depresivos, alucinaciones y delirio. La conducta a seguir depende del tipo de tóxico: a menudo es necesario utilizar neurolépticos de acción rápida como la Loxapina 50 mg vía intramuscular cada 4 horas, también asociarse con clonidina por vía intravenosa 125 mg diluidos en 100 ml de solución fisiológica, una vez al día.

La alteración en neurotransmisión de la dopamina puede ser responsable de su uso compulsivo.

SOBREDOSIS. Complicaciones cardiopulmonares que consisten en hipertensión arterial, taquicardia, trastorno del ritmo, disección de la aorta, espasmo coronario con riesgo de infarto y edema de pulmón. La cocaína deprime la actividad espontánea del marcapasos y posee un efecto inotrópico negativo. Las propiedades simpaticomiméticas propias de la cocaína enmascaran este efecto depresor cardíaco.

Las complicaciones neurológicas consisten en convulsiones, vasoespasmo cerebral e hipertermia pueden confundirse con una hipertermia maligna.

CASO 1.- Excitación al despertar y temblores musculares importantes que cedieron con administración de 5mg de diazepam endovenoso, en paciente joven operado de septoplastia, consumidor esporádico de cocaína. Había consumido cocaína, dos días antes de la intervención quirúrgica.

CASO 2.- Paciente joven la cual se intervino de amigdalectomía realizando intubación nasotraqueal a través de fosa nasal izquierda sin problema. Previamente se había intentado intubación nasotraqueal por fosa nasal derecha por donde la paciente había referido podía respirar mejor, el intento fue de forma suave sin forzar pero desistió al no pasar suavemente el tubo; al final de la intervención presentó sangrado importante a nivel de mucosa nasal derecha continuando con hemorragia profusa que precisó taponamiento posterior, no presentó ningún incidente más.

En reanimación comentó que esnifaba cocaína frecuentemente y siempre lo hacía por la fosa nasal derecha, datos que en la consulta de anestesia había omitido. Todos los resultados de pruebas de laboratorio eran normales.

CASO 3.- Paciente varón de 40 años, el cual se intervino de Microcirugía laríngea presentó cuadro hipertensivo 240 /130, se controló con administración de Urapidilo 50 mgrs, ev. Había esnifado cocaína horas antes de la intervención. Consumidor habitual de cocaína.

CONCLUSIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ANESTÉSICO.

Debemos estar preparados para solucionar los problemas de pacientes que no han referido en la consulta el uso de esta droga. Se debe interrogar al paciente de forma exhaustiva sin meternos en la libertad de consumir o no, pero sí señalando los problemas de diferente índole que puede presentar.

Algunos autores proponen suspender el procedimiento anestésico para la intervención quirúrgica hasta que haya pasado el tiempo necesario sin haber consumido para evitar todo riesgo. Se habla de 48 horas. En los EE.UU. recomiendan suprimir el consumo de la droga al menos una semana antes del procedimiento quirúrgico.

Actualmente existe una recrudescencia de la politoxicomanía, más difícil cuanto más importante es la comorbilidad. El protocolo de anestesia debe ser especialmente preciso en caso de adicción a la cocaína.

Es preciso realizar una vigilancia especial en el periodo postoperatorio, durante el cual el tratamiento del dolor constituye un problema complejo.

Después de un acto de cirugía que priva al paciente de su autonomía de movimiento existe un alto riesgo de un síndrome de abstinencia.

El periodo que rodea al acto anestésico no es el menos adecuado para proponer una desintoxicación definitiva. En todo caso, la actitud del anestesiólogo debe ser firme pero a la vez empática.

Concluir diciendo que pese a la disminución de la incidencia de cuadros de intoxicación por cocaína en estos pacientes es fundamental:

- 1) Conocer los efectos de la droga, su tratamiento y manejo perioperatorio.
- 2) Pueden darse implicaciones forenses y médico legales por lo que sería necesario incluir en el consentimiento informado una referencia a casos especiales.
- 3) Acordar una actuación conjunta sobre este problema con relación al paciente y a la familia, puesto que muchas veces la familia no tiene conocimiento de dicho problema.
- 4) ¿Sería conveniente incluir control en orina en pacientes en los que se sospeche hayan consumido recientemente?

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Herandez M, Birnbach DJ, Van Zundert AA. Anesthetic management of the illicit-substance-using patient. *Curr Opin Anesthesiol* 2005; 18: 315-24
- 2.- Skerman JH. The cocaine-using patient: perioperative concerns. *Middle East J Anaesthesiol* 2005; 18 (1): 107-22
- 3.- Brownlow HA, Pappachan J. Pathophysiology of cocaine abuse. *Eur J Anaesthesiol* 2002; 19: 395-414.
- 4.- Voigt L. Anesthetic management of the cocaine abuse patient. *AANA J* 1995; 63(5): 438-53
- 5.- Pham Torreau, V. Nizard, JL Pourriat. Anestesia en pacientes drogadictos. *Encyclopédie Médico Chirurgicale-E-36-659-A-10*
- 6.- Fernandez Quero, Cabrerizo P, Canal MI, Frias I. Intoxicación mortal por rotura de bolsas intestinales de cocaína. *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación* 1992;39:121-122.

Article

Factor d'impacte i avaluació científica

M^a José Sánchez.

Biblioteca.

El factor d'impacte pretén mesurar la repercussió que ha obtingut una revista en la comunitat científica mitjançant el nombre de cites que ha rebut. Ajuda a avaluar la importància relativa que ha adquirit una revista dins de la comunitat científica.

És un indicador que cada any es calcula des de l'Institut d'Informació Científica (ISI o Institute for Scientific Information) per a aquelles publicacions a les que es fa seguiment. Els resultats són publicats en un informe anomenat el Journal Citation Report.

Càlcul.- El factor d'impacte es calcula generalment amb base en un període de 2 anys. Per exemple, el factor d'impacte de l'any 2007 per a una determinada publicació pot calcular-se de la següent manera:

- A = Nombre de vegades en què els articles publicats en el període 2005-2006 han estat citats per les publicacions a què se'ls dona seguiment al llarg de l'any 2007.
- B = Nombre d'articles publicats en el període 2005-2006.
- El factor d'impacte de l'any 2007 = A/B

Vegem-ho en l'exemple següent:

Factor d'impacte 2007 = Cites rebudes l'any 2007 pels articles publicats el 2005 i 2006 / Total d'articles publicats el 2005 i 2006

Existeixen alguns matisos. L'Institut d'informació Científica exclou cert tipus d'articles del denominador: articles de notícies, cartes a l'editor, fe d'errates. Per a les publicacions noves, l'institut calcula en ocasions un factor d'impacte amb només 2 anys d'informació.

PER A QUÈ EL NECESSITO?

Actualment, l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya i el Ministerio de Educación y Ciencia utilitzen el factor d'impacte que dona el Journal Citation Reports (JCR) per a la valoració de les publicacions i de l'activitat investigadora. Per aquest motiu, hi ha investigadors que prioritzen la publicació en revistes amb una bona posició en les llistes de categories temàtiques ordenades pel factor d'impacte del JCR i obtenir així un reconeixement més gran.

COM PODEM TROBAR EL FACTOR D'IMPACTE D'UNA REVISTA?

Per trobar el factor d'impacte d'una revista hem de seguir l'itinerari següent:

- Haurem d'accedir des d'un punt autoritzat (Biblioteca universitària, per exemple) a la pàgina web: <http://www.accesowok.fecyt.es/jcr/>

- Des d'aquí anirem a: Journal Citation Reports **JCR** I triarem l'edició (Science Edition o Social Sciences) i l'any del que volem saber el factor d'impacte:

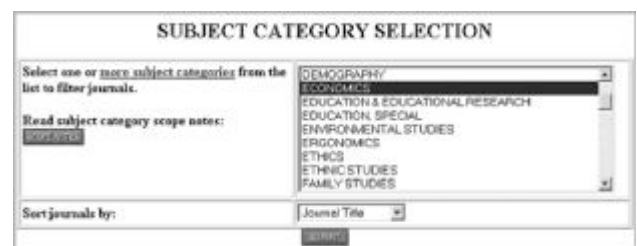


Select a JCR edition and year: JCR Science Edition 2003 JCR Social Sciences Edition 2003

Select an option: View a group of journals by Subject Category Search for a specific journal View all journals

SEARCH

- Seleccionem un grup de revistes o un títol concret: Si **busqueu revistes d'una temàtica, marqueu View a group of journals by Subject Category**, i trieu la disciplina. Si voleu buscar un títol concret, marqueu **Search for a specific journal**



SUBJECT CATEGORY SELECTION

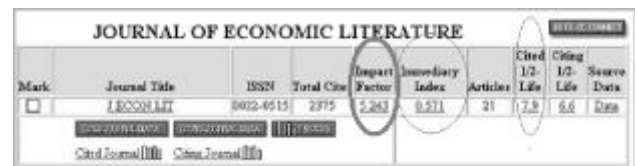
Select one or more subject categories from the list to filter journals.

Read subject category scope notes: [Subject](#)

Sort journals by: SEARCH

- DEMOGRAPHY
- ECONOMICS
- EDUCATION & EDUCATIONAL RESEARCH
- EDUCATION, SPECIAL
- ENVIRONMENTAL STUDIES
- ERGONOMICS
- ETHICS
- ETHNIC STUDIES
- FAMILY STUDIES

- Mireu el factor d'impacte



Mark	Journal Title	ISSN	Total Cite	Impact Factor	Immediacy Index	Articles	Cited 1/2-Life	Citing 1/2-Life	Source Data
<input type="checkbox"/>	JECON LIT	0022-4615	2375	2.262	0.571	21	7.0	5.0	Data

Cal tenir en compte que:

1. El factor d'impacte obté el seu valor si es compara amb altres del mateix camp científic.
2. El factor d'impacte avalua revistes, no articles ni autors.

3. El factor d'impacte no és l'única dada que dona el JCR, també ofereix d'altres com el *factor d'immediatesa* o la *vida mitjana quan es citada*.

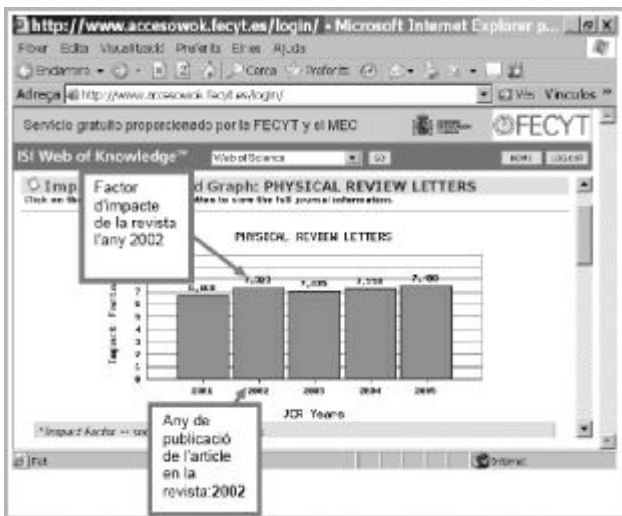
A ESPANYA han sorgit iniciatives similars, que compten amb el finançament del Ministerio de Educación y Ciencia:

- Factor de Impacto Potencial de las Revistas Médicas Españolas, per a revistes biomèdiques espanyoles. Està elaborat per l'Institut de Història de la Ciència y Documentación López Piñero.
- IN-RECS (Índice de impacto de las Revistas Españolas de Ciencias Sociales), per a revistes de l'àmbit de les ciències socials publicades a l'estat. Està elaborat pel Departamento de Biblioteconomía y Documentación de la Universidad de Granada.
- RESH (Revistas españolas de Ciencias Sociales y Humanas: Valoración integrada e índice de citas), per a revistes de ciències socials i humanitats espanyoles. Està elaborat pel Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC), organisme del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- La proposta de les llistes CARHUS del DURSI, per a Catalunya.

AVALUAR LES NOSTRES PUBLICACIONS

Sempre hem de consultar el factor d'impacte de la revista, segons l'any de publicació del nostre article.

Si el nostre article es va publicar el 2002 aquest és l'any a anotar:



QUÈ ÉS L'ÀREA?

L'àrea es refereix a la matèria o "Subject category" que és com apareix al JCR



QUÈ ÉS EL QUARTIL?

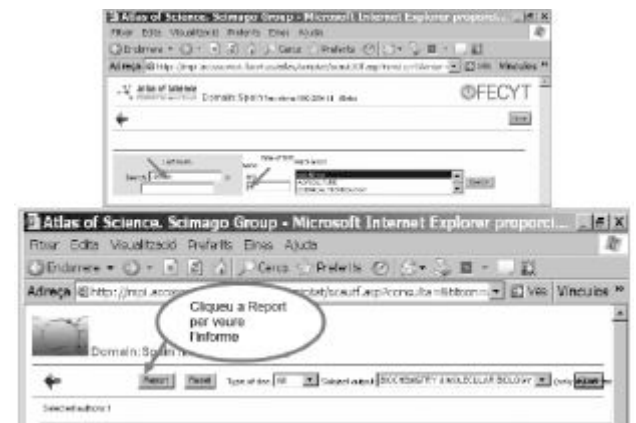
Si un llistat de revistes ordenades de major a menor factor d'impacte es divideix en quatre parts iguals, cadascuna d'elles és un quartil. Les revistes amb el factor d'impacte més alt estan en el primer quartil, els quartils mitjos seran el segon i tercer, i el quartil més baix el quart.

Ex.: en un llistat de 100 títols, el primer quartil seran els 25 primers títols i aquests seran els més valorats pels investigadors.

En el JCR caldrà mirar el nombre de títols del llistat desitjat, dividir-lo entre 4 i buscar en quina de les particions es troba la revista que busquem. En l'IN-RECS els quartils ja apareixen delimitats en els llistats.

COM OBTENIR INFORMACIÓ SOBRE LA PRODUCCIÓ CIENTÍFICA D'UN INVESTIGADOR/A?

- Aneu a: El Meu Perfil d'Investigador: MPI. Nou servei de valor afegit del JCR que permet l'usuari realitzar informes sobre la producció científica dels investigadors.
- Busqueu pel cognom i nom de l'investigador:



Bibliografia

Factor de impacto [en línia]. Wikipedia. La enciclopedia libre. [consultada: 7-10-2007]. Disponible a: http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Factor_de_impacto&oldid=11879309

Science Gateway. Journal and academic rankings [en línia]. Disponible a: <http://www.sciencegateway.org/rank/index.html>

2007-2008 Any mundial contra el dolor en les dones

Dr. Vicente De Sanctis Briggs, Dra. Isabel Arias

Unitat del Dolor

Sota el títol “Dones de veritat, dolor de veritat”, la Societat Internacional per a l'Estudi del dolor (IASP) ha posat en marxa una campanya per tal de cridar l'atenció sobre l'impacte del dolor crònic en dones, la seva significació i la manca d'atenció envers aquest problema global.

El fet és que el dolor crònic afecta a una proporció major de dones que d'homes en el món però, desafortunadament, les dones tenen menys possibilitats de rebre tractament. Això es degut a diversos factors entre d'altres: el fet que històricament la recerca mèdica s'hagi basat en poblacions masculines i les condicions que els afecten. El resultat d'aquesta investigació centrada en el mascle és que les dones continuen essent tractades en base a estudis en els quals no han estat representades adequadament. La dificultat en l'accés a determinats serveis, sobretot en àrees de pobresa dels països en vies de desenvolupament actua de barrera que impedeix les dones demanar ajuda enfront el dolor. No hem d'oblidar tampoc els factors culturals, ja que a moltes cultures, les dones creuen que el seu patiment forma part del seu paper en la societat i si, a més, ha de ser tractada per un metge home, pot comportar una vergonya familiar que forci a abandonar el tractament. Per no comentar el fet que moltes vegades els metges no creuen que el dolor femení sigui real.

El dolor és un ens complex i la influència de diferents factors explica com s'experimenta aquest dolor:

- Factors físics i mecanismes biològics
- Factors psicològics com l'ansietat o la depressió juguen un paper important per tal d'interpretar el dolor
- Normes socials i culturals també influeixen la manera d'interpretar i comunicar el dolor.

Diferències de dolor entre homes i dones

Evidències relacionades amb el sexe

- Generalment les dones experimenten més dolor recurrent, més intens i més persistent en el temps que els homes.
- Estudis experimentals mostren que les dones tenen uns límits de dolor més baixos que els homes i menys tolerància al dolor davant la presència de diversos estímuls.
- Hi ha estudis que suggereixen que les variants hormonals i les diferències anatòmiques del cervell poden explicar aquesta diferència:
 - Diferències hormonals:

- L'analgèsia induïda per l'estrès (el que podríem dir la manera del nostre cos d'enfrontar el dolor) pot restar suprimida pels estrògens.

- Els canvis en les hormones sexuals moderen el dolor: menstruació, embaràs

- Diferències del cervell:

- Les diferències estructurals poden afectar la manera de processar el dolor: biològicament la dona reacciona als estímuls dolorosos a un llinar més baix que l'home.

- Existeixen diferències relacionades amb el sexe en els efectes secundaris associats amb els fàrmacs, inclús els analgèsics. També s'han trobat diferències en els tractaments no farmacològics pel dolor crònic.

Prevalença del dolor

- Existeixen diferències de prevalença relacionades amb el sexe.
 - Més prevalença femenina: fibromiàlgia, síndrome de l'intestí irritable, artritis tèmpero-maxil·lar, artritis reumatoide, òsteoartritis, migranya...
 - Major prevalença masculina: cefalea en brots, gota, malaltia cardíaca coronària, espondil·artritis anquilosant, úlcera duodenal, malaltia pancreàtica...
- Les dones tenen més probabilitats que els homes d'experimentar dolors múltiples en forma simultània. Tenir condicions de dolors múltiples està associat amb nivells més alts d'incapacitat i molèsties psicològiques.

Factors de risc

- L'estrogen sembla representar un paper fonamental en algunes condicions doloroses: migranya i dolor associat al trastorn tèmpero-mandibular.
- L'evidència del compromís hormonal en condicions de dolor comunes evidencia que les taxes de les nenes augmenten a mesura que transiten vers la pubertat mentre que els adolescents barons són estables o augmenten en una proporció molt menor.
- Opioides: homes i dones responen de manera diferent als opioides: això pot suggerir que el sistema opioide endogen pot diferir entre els sexes i això incidir en els coeficients de dolor
- Les dones tenen més risc de depressió que el homes i també més comorbiditats.

Epidemiologia específica de les dones

- La dismenorrea (o menstruació dolorosa) és molt comú i afecta entre el 40%-90% de les dones (15% el descriuen com insuportable). La seva prevalença i gravetat augmenten a la darrera etapa de l'adolescència i la joventut.
- El dolor pelvià crònic (no menstrual) afectaria un 15% de les dones en edat de concebre segons un estudi als EUA. Aquest dolor pot ser provocat per condicions ginecològiques -com ara l'endometriosis o infeccions- o bé no ginecològiques, relacionat amb altres condicions doloroses: bufeta, intestí irritable...
- La vulvodinia, dolor crònic a l'àrea vulvar sense causa infecciosa, dermatològica, metabòlica, autoimmunitària o neoplàsica, és referit per més del 18% de dones, d'entre elles 12% refereix dolor al tacte o punxant i més del 6% refereix sensacions persistent de picor o ardor.
- L'embaràs suposa dolor a la zona lumbar/cintura pelviana en el 45% de les dones (aprox. El 25% d'elles requereix atenció mèdica pel dolor). Després del part, la prevalença del dolor és del 25% i el 5% experimenta dolor intens.
- El dolor en el part és quasi universal i s'experimenta en més del 95% dels parts.

Accions

- Aquesta campanya neix per tal d'educar el públic, els professionals de la sanitat i les agències governamentals sobre la manca de diagnosi i tractament del dolor crònic en dones.
- Aquesta conscienciació ha de servir per a:
 - Augmentar el coneixement de les condicions doloroses que afecten les dones per tal que aquestes i els professionals sanitaris puguin reconèixer signes i símptomes.
 - Adonar-nos de les disparitats entre homes i dones quan parlem de dolor
 - Encoratjar les dones per tal que defensin la certesa del seu dolor, la realitat de la situació dolorosa i exigeixen la recerca del tractament apropiat.
 - Augmentar la recerca específica en el sexe femení
 - Encoratjar opcions terapèutiques específicament femenines.

Podeu trobar molta informació –en espanyol– a les pàgines de la IASP

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Real_Women_Real_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=4448



BIBLIOGRAFIA

1. Berkley K. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci* 1997; 20:371-80.
2. Fillingim RB, Gear RW. Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. *Eur J Pain* 2004; 8:413-25.
3. Miaskowski C, Gear RW, Levine JD. Sex related differences in analgesic responses. In: Fillingim RB (Ed.) *Sex, Gender and Pain, Progress in Pain Research and Management*. Seattle: IASP Press, 2000; pp. 209-30.
4. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996; 65:123-67.
5. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health related quality of life and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87:321-7.
6. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:545-50.
7. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K et al. Pregnancy related pelvic girdle pain (PPP): Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004; 3:575-89.
8. Holdcroft A, Berkley KJ. Sex and gender differences in pain. In: Wall and Melzack's *Textbook of Pain* (5th ed.). Edinburgh: Elsevier, 2005; pp. 1181-97.

Vertigo posicional paroxístico benigno. Nuestra experiencia con la maniobra de reposición de Epley

Drs. M. Alfonso, O. Bravo, R. Ramírez, G. Arias, M. Vela, L. Encina, D. Dinares, E. Cánovas

Servicio de Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Hospital Universitari "Sagrats Cor". Barcelona

INTRODUCCIÓN

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es una entidad con características periféricas vestibulares y su principal sintomatología es su aparición a los cambios posturales. Se define como una entidad benigna que causa ataques de vértigo de minutos de duración. Fue descrita por Barány en 1921, reconociéndose en 1952 después de los resultados publicados por Dix y Hallpike. (1)(2).

En la etiopatogenia de VPPB se admite es causado por cristales de carbonato de calcio llamados otolitos que normalmente se encuentran en la otoconia ubicada en la macula del utrículo, recordamos que le utrículo detecta aceleraciones y inclinaciones lineales de la cabeza formado parte de la porción vestibular del laberinto donde también encontramos el saculo y los conductos semicirculares anterior, horizontal y posterior que detectan aceleraciones angulares.

La etiopatogenia del VPPB esta basada en dos principales teorías: Cana litiasis descrita por Parnes and McClure, 1991; Epley, 1992; Brandt and Steddin, 1994.(3)(4)(5) teoria mas aceptada y que explica las características del VPPB (Cuadro 1) donde las otolitos se encuentran libres en el conducto semicircular y la Cupulolitiasis descrita por Schuknecht ; 1969(6) entre otros donde plantea la teoria que los depósitos de otolitos sobre la cúpula lo trasforman de ser un trasductor de aceleración angular a linear. Se describen trabajos anatomopatológicos que relacionan una posible desinhibición neural basada en estudios anatomopatológicos. (Gacek RR 2003).

Sobre la etiología se plantean diferentes causas desde idiopáticas al no encontrar ningún antecedente previo a las relacionadas con neuritis vestibular previas, postraumáticas, post-laberintitis, post-estapedectomía y el reposo prolongado en cama entre otras descritas.

DISCUSIÓN

La incidencia del VPPB se estima entre 11- 64 casos por 100 000 habitantes, en la literatura revisada, aunque se reportan incidencias de 107 casos en algunos trabajos (7) (8) situándolo en la primera causa de vértigo. En cuanto a la relación edad-sexo se plantea puede aparecer en

cualquier grupo de edad, más frecuente entre los 50 y 70 años, la relación con el sexo las mujeres parece ser mas afectadas, aumentando en los hombres cuando la posible etiología es postraumática (9).

El diagnostico tiene dos pilares fundamentales: El clínico donde el paciente refiere a determinados movimientos cefálicos se desencadena vértigo y el cual puede explicar desde muy intenso a leve, acompañado de síntomas neurovegetativos como nauseas y vómitos e inestabilidad. La intensidad de la sintomatología parece estar en relación con el grado de compromiso del canal afectado, la duración de los síntomas parece ser desde semanas a años de evolución (10).

El diagnostico mediante las maniobras exploratorias. (Algunos autores las describen como test)

- Maniobra de Dix -Hallpike. Para el canal semicircular posterior (CSP), que es el mas frecuente y que nos va a facilitar información también del canal semicircular anterior (CSA). (FIG 1).
- Maniobra de Rotación. (McClure) Para explorar el canal semicircular horizontal (CSH).
- Maniobra de Hiperextencion cefálica.
- Maniobra de Decúbito lateral. (Semon) Se utiliza para el canal anterior y también el posterior, Nosotros lo utilizamos cuando no se obtiene información con lo dos anteriores.

En nuestro servicio se realiza la maniobra de Dix Hallpike a todos los paciente que refieren historia clínica de vértigo posicional solo se excluyen aquellos pacientes con patologías agudas de la columna cervical y aquellos que rechazan la maniobra por fobias. En un estudio preliminar en 43 pacientes con VPPB presentado a la LVIª Reunión Interhospitalaria 2002 la incidencia del CSP fue del 74% de los casos y la desaparición de los síntomas fue del 88,3% (grafica 1) de los casos tratados con maniobra de reposición de Epley coincidencia con otros trabajos publicados (10)(11).Actualmente tenemos mas de 200 pacientes tratados y la evolución en general es buena y bien aceptada por los pacientes.

Como norma general se recomienda a los pacientes mantener reposo relativo durante las primeras 48 horas (evitar movimientos verticales cefálicos y dormir con una inclinación de 30°), otros autores recomiendan usar colla-

rín cervicales y otros no encuentran beneficios en la restricciones posturales (12).

Como complicaciones a tener en cuenta se han reportado la conversión de un canal a otro y lo cual nos obliga a explorar nuevamente y plantear maniobra de reposición según el canal afectado (13). Debemos comentar que el VPPB se considera una enfermedad autolimitada y la maniobra de reposición es una buena opción terapéutica pero no preventiva, se reportan frecuencia de 21% lo cual nos obliga a hacer un seguimiento de estos enfermos. Como norma en nuestro servicio estos pacientes son controlados a los 7 días, al mes y a los 6 meses, se le recomienda ante nueva clínica acudir a consulta y de ser posible sin toma de sedantes vestibulares que nos puedan enmascarar la clínica a la exploración del paciente.

Como conclusión recomendaríamos las maniobras de reposición como primera y mejor opción terapéutica del VPPB sin olvidar que en algunos casos se puede llegar a plantear la opción quirúrgica como ultima solución.

Diagnostico Diferencial.

- . Vértigo Posicional Central.
- . Neuritis Vestibular.
- . Vértigo Ortostatico.
- . Nistagmo Central sin vértigo.
- . Fístula Peri linfática.
- . Isquemias transitorias.
- . Fobias.
- . Vestibulopatias Idiopaticas.
- . Nistagmos Vertical Hacia Abajo.
- . Nistagmos Vertical Hacia Arriba.
- . Vestibulopatía Familiar.
- . PDA.

Cuando pedimos un estudio radiológico?

- . Recidiva de los síntomas.
- . Nistagmos verticales hacia abajo.
- . Nistagmos de dirección cambiante.
- . Nistagmos atípicos.
- . Ausencia de respuesta a las maniobras terapeuticas.

Las maniobras las podemos realizar en consulta, observación directa del explorador, utilizando Lentes de Frenzel aunque preferimos realizarla siempre que es posible bajo videonistagmografía.



Cuadro 1. Características del Nistagmos.

- Nistagmos con latencia de < 30 seg.
- Fatiga de < 30 seg.
- Periodo refractario (habituaación).
- Reversibilidad al incorporarlo.
- Dirección según el lado afectado.

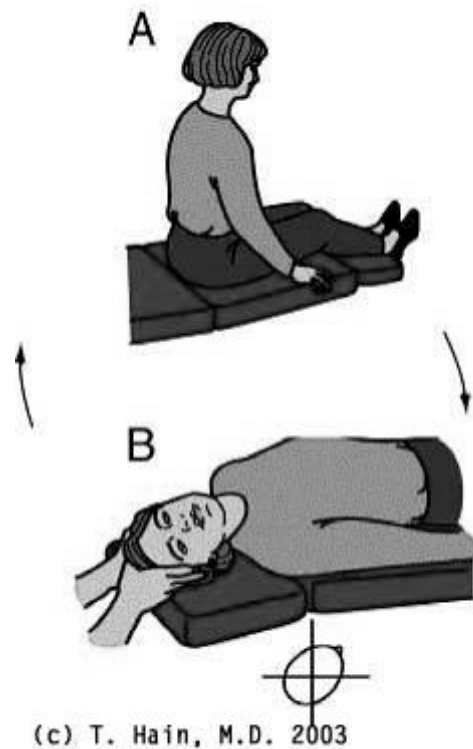
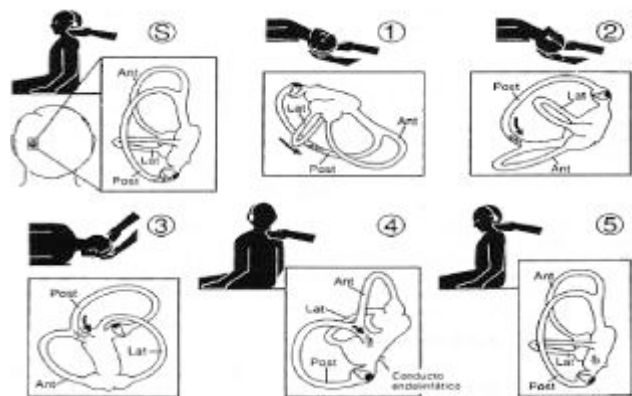
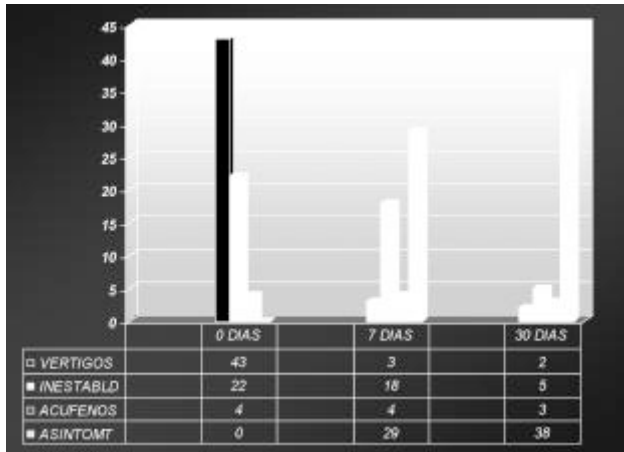


Figura 1 Maniobra de Dix Hallpike.



Maniobra liberadora de Epley. (The canalith repositioning procedure for treatment of benign paroxysmal position vertigo).

**Grafica 1. Evolución de los síntomas en los pacientes tratados con manio-
bra de Epley. Trabajo preliminar.**



12. Moo SJ, Bae SH, Kim JH, Cho YB. The effect of postural restrictions in the treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005 May;262(5):408-11.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dix R, Hallpike CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of vestibular system. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1952;61:765-777.

2. A. Denia Lafuente, El vértigo actualización en España. Grupo de vértigo SEORL; capítulo 9. 87-94.1996.

3. Parnes LS, McClure JL, Posterior semicircular canal occlusions in the normal ear. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 1991, 104:52-57.

4. Epley JM, The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positioning vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 1992, 107: 399-404.

5. Brandt Th, Steddin S, Daroff B. Therapy for benign paroxysmal positioning vertigo, revised. *Neurology*, 1994, 44:796:800.

6. Schuknech HF: Cupulolithiasis. *Arch Otolaryngol* 1969;90:765-78.

7. Mizukoshi K, Watanabe Y, Shojaku H, Okubo j; Watanabe I. Epidemiological studies on benign paroxysmal positional vertigo. *Acta Otolaryngol*, 1988 (suppl 447):67-72.

8. Froehling DA, Silverstein MD, Mohr DN, et al. Benign positional vertigo: incidence and prognosis in population based study in Olmsted County, Minnesota. *Mayo-Clin Proc* 1991;66:596-601.

9. Parnes LS, Agrawal SK Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal position vertigo (BPPV). *CMJA.* 2003 sep 30;169-93.

10. Prokospakis et al: BPPV: 10 Year experience in treating 592 patients with canalith repositioning procedure. *Laryngoscope* 115; setp 2005:1667-1671.

11. Viirre et al.: Dix-Hallpike and canalith repositioning. *Laryngoscope* 115:

January 2005:184-187.

30 informes clínicos en busca del lector

Jordi Delás, Jordi Bel, Lluís Fumadó

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari del Sagrat Cor. Departamento de Medicina.

INTRODUCCIÓN

¿Quién es el lector, al que se dirigen los informes clínicos? El informe al final de la estancia del paciente en el hospital ¿es una tarea tediosa, a encomendar, siempre que sea posible a un colaborador o un hecho de importante responsabilidad y trascendencia?

Los informes clínicos son escritos donde los médicos describen el estado de salud de sus pacientes. Tienen diferentes funciones: legal, científica, biográfica, comunicativa, de evaluación, que implican que su redacción no sea fácil. Pero, hacer informes clínicos es una habilidad, una competencia que se puede aprender y enseñar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado los aspectos comunicativos de 30 informes de distintos hospitales de Catalunya y diferentes autores, a partir de un recurso clásico de las ciencias de la comunicación, el Paradigma de Lasswell. Descrito en 1948, permite estudiar las características del proceso de la comunicación. a través de las preguntas quien dice qué, por qué, para quién, con qué efecto, que hemos agrupado en tres dimensiones, descriptiva, analítica y causal. (Tabla 1).

En la dimensión descriptiva se analiza quién es el autor y para quién está escrito el informe o, dicho de otra manera, quién es el lector. El autor se puede presentar de tres maneras diferentes yo, nosotros e indeterminada, según la forma verbal utilizada. (Tabla 2). El lector, en función de la facilidad para comprender el contenido se ha considerado que es el paciente, otro médico, el propio autor o algún médico de su entorno.

En la dimensión analítica se investiga la existencia de obstáculos para la comprensión y de indicadores del interés humano. También la presencia de figuras retóricas y tics o muletillas. Los indicadores de la estructura o la forma cómo se presenta los elementos más importantes de la información. Por último, la compaginación. (Tabla 1).

En el apartado de indicadores del interés humano se recogen referencias al paciente como persona y a la manera en que vive su proceso, con expresión de sus demandas y sentimientos. Rasgos del individuo más allá de constituir meramente el lugar donde se producen los síntomas o signos. Este indicador se registra cuantitativamente, con la anotación del número de referencias de humanización empleadas en el texto. Un segundo indicador de interés huma-

no lo constituye el hallazgo de términos o frases que dan tratamiento de objeto o cosa a las personas.

En el estudio de la compaginación se revisa si el texto está diseñado para escritura a mano (existencia de rayas y puntos), con máquina de escribir o expresamente para ordenador.

En la dimensión causal, se revisa si el informe analizado pretende además de informar, agradar, cuando en la redacción o compaginación se ha advertido algún elemento que lo hace más atractivo al lector, o instruir si aparecen frases destinada a aumentar los conocimientos del lector. (Tabla 1)

RESULTADOS

Ninguno de los informes está redactado en primera persona del singular (yo), el 20% utiliza la primera persona del plural (nosotros) y el 80% una fórmula indeterminada de tercera persona. Los informes clínicos están dirigidos a otro médico (46,6%), al propio autor o alguien de su entorno (36,6%) y en pocas ocasiones han sido diseñados para que los pueda leer el paciente (16,6%). El principal obstáculo del lenguaje es la presencia de palabras formadas por siglas (87%), que en una tercera parte de los informes pueden ser de difícil comprensión incluso para médicos. El segundo problema para la comprensión es el lenguaje técnico que en un 60% no está al alcance del paciente. En el curso de los informes no suele haber referencias al paciente más allá de ser el lugar donde ocurre la enfermedad. En una cuarta parte de los informes se da trato lingüístico al paciente más propio de cosa que de persona.

En el 66%, el cuerpo del texto comienza con la palabra paciente. Tienen estructura de pirámide invertida o de interés decreciente el 27% informes, dos áreas de mayor interés -al inicio y al final - 40% y, en un 33%, la estructura es rectangular, sin una parte más importante que la otra. La compaginación está diseñada para una máquina de escribir en un 40% y en el 60% restante la escritura con ordenador. El 33% responde a una voluntad de agradar al lector y ningún informe tiene finalidad de instruir.

DISCUSIÓN

Con el análisis de 30 informes no es posible saber cómo se realizan los informes de una colectividad, pero se reco-

gen elementos para el análisis de los informes desde la perspectiva y herramientas de la comunicación.

En el año 1985 Margaret M. van Naerssen revisó en profundidad ocho informes escritos por médicos de lengua inglesa de diversos hospitales. Estudió cuestiones de léxico, sintaxis y contenido y el diseño de los informes médicos. Concluyó que las limitaciones de espacio y tiempo conducen a utilizar abreviaturas y siglas. El lenguaje técnico a menudo reduce varias palabras a una sola, omite artículos, pronombres y verbos con poca información y utiliza ampliamente la voz pasiva. Estas conclusiones son también válidas para los informes hechos en nuestro país, en los que el idioma inglés tiene gran influencia .

La pregunta quién escribe un informe parece tener una respuesta simple: el médico que lo firma. Pero esto, en ocasiones, no es tan sencillo. En informes escritos a mano, frecuentes en el área de urgencias, saber quién ha redactado el informe es un difícil ejercicio. A veces es imposible si el autor se ha propuesto que su firma sea deliberadamente irreconocible en un informe hecho en malas condiciones físicas y ambientales, con poco tiempo y del que no se siente satisfecho.

La elección de formas persuasivas como yo o nosotros tiene indicaciones diferentes a las formas impersonales de escaso compromiso. (Tabla 1)

¿Para quién? Es la pregunta que debe hacerse todo autor antes de escribir cualquier comunicación. En ocasiones,

los informes parecen seguir el antiguo estilo de dirigirlas a quién corresponda. Pero es recomendable que el escritor de informes piense a quién van dirigidos y los redacte en consecuencia.

No es habitual encontrar en el inicio o fin de los informes una fórmula del tipo apreciado compañero o señor, señora, que permita dilucidar el destinatario. En ausencia de estas pistas, la detección del presunto lector parte de que no es lo mismo escribir para el paciente y sus familiares o para otro médico. Es diferente la utilización de elementos de complejidad del lenguaje: tecnicismos, nombres propios, clasificaciones, abreviaturas y siglas . Si no existían o se han elegido palabras del dominio público se ha considerado que el esfuerzo del autor se encamina a dirigir el informe al paciente o su familia. Si, por el contrario no eran comprensibles por parte de no profesionales, se ha considerado que el informe estaba dirigido a otro médico. Cuando se utilizan siglas o abreviaturas no habituales , se supone que el destinatario es el propio autor o un profesional de su entorno.

El informe de un médico a un paciente es una forma de comunicación interpersonal, pero el conjunto de los informes constituye un auténtico ámbito de comunicación social. Hay muchas maneras de hacer informes clínicos. Conviene enseñar esta diversidad y la posibilidad de hacer informes agradables y formativos para el lector.

TABLA I. ANÁLISIS DE LOS 30 INFORMES

I DIMENSIÓN DESCRIPTIVA	
1 .Quién es el autor:	"yo"
	"nosotros"
	"impersonal"
2. Quién es el lector	el paciente y sus familiares
	un médico
	el propio autor o un médico de su entorno
II DIMENSIÓN ANALÍTICA	
1. INDICADORES DE COMPRENSIÓN (presencia de obstáculos para la comprensión)	tecnicismos
	nombres propios
	abreviaturas
	siglas
2. INDICADORES DEL INTERÉS HUMANO	referencias al paciente como objeto o cosa referencias de humanización
3. CARACTERÍSTICAS DE LA REDACCIÓN	figuras retóricas tics o muletillas
4. INDICADORES DE LA ESTRUCTURA (forma en que se aporta la información)	en "pirámide invertida" o interés decreciente en "reloj de arena", con dos área de mayor interés al inicio y al final "rectangular", el mismo grado de interés a lo largo del texto

5. INDICADORES DE LA COMPAGINACIÓN	compaginación para escritura a mano con máquina de escribir con ordenador
DIMENSIÓN CAUSAL	
INDICADORES DE FINALIDAD	agradar
	instruir

TABLA 2.

	Yo	Nosotros	Indeterminado
Autor del informe	Bien definido	Cierta ambigüedad	Indeterminado
Actor de las acciones diagnósticas y terapéuticas	Autor	Autor	Indeterminado
Subjetividad	Amplia	Amplia	Escasa
Compromiso - responsabilidad	Amplio	Intermedio	Escaso
Modestia y pudor	Escaso	Intermedio	Amplio
Estilo de redacción	Coloquial	Solemne	Riguroso

article

Series médicas televisivas

Marta Campillo Ajenjo

Facultad de Medicina

En poco tiempo, se han multiplicado las series de televisión protagonizadas por médicos. De producción extranjera: House y Anatomía de Grey, o con factura nacional: Hospital Central y MIR. Casi todas tienen un denominador común: el favor de la audiencia. Pero: ¿Tienen el de los médicos? ¿Ilustran la realidad? ¿Coinciden con la necesidad de médicos en nuestro país?

Antes de responder a estas preguntas analizaremos las distintas series y veremos qué es lo que tiene cada una para enganchar a los telespectadores.

House

Es una serie de televisión estadounidense estrenada en 2004 por la cadena FOX. Se trata de un drama médico que gira en torno al Dr. Gregory House. Este es, seguramente, el mejor médico del Hospital, pero su carácter, rebeldía y su honestidad con los pacientes y su equipo le hacen único. Dirige el departamento de diagnóstico médico, y es el encargado de resolver los casos más complicados con la ayuda de su equipo. Prefiere evitar el contacto directo con los pacientes, le interesa por encima de todo la investigación de las enfermedades. Además de no cumplir las normas, se niega a ponerse la bata de médico. Es adicto a los calmantes y a las series de hospitales, ¿contradictorio? No, es House. Este doctor, además de apostar por métodos revolucionarios, no se deja intimidar ni por la enfermedad ni por las limitaciones de la ciencia. El personaje está inspirado en el famoso detective ficticio Sherlock Holmes.



La serie rompe barreras y se acerca a la medicina sin miedo ni complejos, está entre las diez mejores series de televisión de 2005 que eligió el American Film Institute (AFI) y junto a Anatomía de Grey bate récords desde su estreno en EEUU y son actualmente las series más vistas de la televisión americana

Galardones conseguidos

- 2005 AFI Awards — Programa del año - Selección oficial;
- 2005 BMI Film & TV Awards — BMI TV Music Award - Robert del Naja, Grant Marshall, Mushroom Vowles;
- 2005 Emmy — Guión excepcional para una serie de Drama : por el episodio, "Three Stories"; escrito por el creador, David Shore;
- 2005 Television Critics Association Awards — Logro Individual en drama - Hugh Laurie.
- 2005 Satellite Awards — Actor excepcional en una serie, Drama - Hugh Laurie;
- 2005 Satellite Awards — Actriz excepcional en un papel de soporte en una serie, Mini-Serie o película hecha para televisión - Lisa Edelstein;
- 2005 Satellite Awards — Serie de televisión excepcional - Drama;
- 2006 Golden Globe — Mejor actuación por un actor en una serie de televisión - Drama: Hugh Laurie;
- 2006 Writers Guild of America — Episodio de Drama (cualquier duración, un capítulo) - "Autopsy" escrito por Lawrence Kaplow;
- 2007 Golden Globe — Mejor actuación por un actor en una serie de televisión - Drama: Hugh Laurie;
- 2007 Screen Actors' Guild Awards — Excepcional performance por un actor en una serie de drama - Hugh Laurie;
- 2007 Premio TP de la Televisión (España) - Mejor serie extranjera

¿Por qué gusta a la gente?

La serie combina la genialidad de su protagonista con la tensión de las situaciones a las que se enfrenta y los problemas personales de pacientes y protagonistas.

House cumple con todos los requisitos de personaje malvado pero carismático. Es un médico impertinente, déspota y maleducado que sin embargo consigue resultar atractivo y todo el mundo espera que diga alguno de sus comentarios sarcásticos. No sólo resuelve casos médicos sino que también hace el papel de detective y psicoanalisis.

ta. Refleja la perseverancia, no se conforma con las cosas simples.

La mayoría de la gente que ve esta serie lo hace porque ha quedado prendida de la personalidad del Señor Gregory House. Todos tenemos un House dentro que desearíamos poder expresar sin importar lo que puedan pensar de nosotros, sin preocuparnos, cada segundo de nuestra vida, de cumplir las pautas que nos marca la sociedad actual y que aún haciéndolo la gente que nos rodea nos siga apreciando y valorando como lo hace el equipo del buen Doctor.

Anatomía de Grey

Grey's Anatomy es una serie de televisión estadounidense emitida en España por la cadena de televisión Cuatro, centrada en los cirujanos de un hospital y cuyo episodio piloto fue emitido el 27 de marzo de 2005. El título proviene de "Anatomía de Gray", un famoso manual de anatomía. La protagonista de la serie es Ellen Pompeo con el papel de la Dra. Meredith Grey, una cirujana interna del ficticio hospital Seattle Grace en Seattle. La serie se centra en ella y sus compañeros de trabajo, tratando las vidas sentimentales de cada uno compaginándolas con el trabajo. En este escenario se narran las vidas de cinco jóvenes recién licenciados en medicina que comienzan un exigente periodo de pruebas en el hospital. Además de los casos médicos, la serie también narra las experiencias de los protagonistas dentro y fuera del estresante mundo laboral y las divertidas intrigas amorosas que se desencadenan.

Meredith se nos presenta como una mujer que intenta compaginar una vida normal con un trabajo que le impide llevar a cabo una vida normal. Ella y sus compañeros Cristina Yang, Izzie Stevens, George O'Malley y Alex Karev eran estudiantes, ahora son médicos; y, en un mundo donde la vida y la muerte puede depender de una sola persona: uno mismo, intentan salir adelante.

Operaciones, relaciones, complicaciones; sin concesiones; a corazón abierto. Porque todo aquí está impregnado de realidad. Pero como en la vida, también hay tiempo para reír y para amar... amar y mucho. Es la medicina de la vida.

En el año 2006 fue el programa más visto en los Estados Unidos. A continuación se listan los premios ganados:

Globos de Oro:

- Mejor actriz secundaria de TV: Sandra Oh (2006)
- Mejor serie de televisión - drama: Anatomía de Grey (2007)

Gremio de actores:

- Mejor actriz en una serie de drama: Sandra Oh (2006)
- Mejor actriz en una serie de drama: Chandra Wilson (2007)



- Mejor elenco de actores: Anatomía de Grey (2007)

People's Choice:

- Mejor actor en TV: Patrick Dempsey (2006)
- Mejor serie: Anatomía de Grey (2006)

Anatomía de Grey se ha consolidado como una de las mejores producciones de la historia en Estados Unidos. Su tercera temporada ha tenido de una media de 22 millones de espectadores y, contando con las emisiones de episodios repetidos, la audiencia media ha sido de 19,2 millones. Además, el estreno de esta temporada obtuvo 24,5 millones y el episodio más visto logró 27,4 millones de espectadores (episodio 17, Una especie de milagro, en el que Meredith lucha por salvar su vida tras el accidente del ferry).

¿Por qué gusta a la gente?

En mi opinión, Anatomía de Grey trata sobre los esfuerzos de un grupo de gente joven por ser médicos, y aun así seguir siendo ellos mismos y no ser menos humanos.

La intensidad del drama y los momentos divertidos los que hacen que millones de fans sigan la serie. Algo que llamó la atención desde el principio de la serie, es la gran variedad de estilos, ritmos y artistas que han integrado su banda sonora. Además, cada capítulo de la serie tiene por nombre el título de una canción.

Quien a vivido las experiencias en un hospital como médico ya sea interno, residente o especialista sabe que muchas de las historias que se presentan en esta serie son o pueden ser reales y tienen un soporte médico muy bueno. Del mismo modo que se presentan los casos de los pacientes también se habla de las historias s entre sus empleados: como apostar entre médicos por conquistar una enfermera o doctora, apostar que paciente va a morir, cotillear acerca de quien anda con quien a pesar de mantener una relación formal, discutir sobre quien vive en el cuarto de internos por no tener donde quedarse, en fin tiene mucha realidad

Cada capítulo es fresco y divertido, los personajes tienen la bastante fuerza para que nos interesemos por ellos, las interpretaciones de los actores son buenas (personal-

mente me encanta Sandra Oh), y como no, los enredos y giros argumentales están a la orden del día, y algunos de ellos son deliciosos.

Su principal virtud es que indaga más que ninguna serie en los médicos protagonistas, siendo más humana, y los pacientes por lo general suelen ser vehículos para el indagamiento en los protagonistas. Las tensiones sexuales están a la orden del día, y también las situaciones dramáticas, que se resuelven con frescura, sin caer nunca en lo melodramático, algo que personalmente agradezco. Aquí las situaciones difíciles no se resuelven como dramones, sino que la chispa y el ingenio están siempre presentes, otorgándole muchísima frescura. Ahora bien, no es una comedia propiamente dicha, provoca sonrisas, que no risas.

Hospital Central

Es una serie de televisión española que sigue las vidas personales y profesionales del ficticio Hospital Central en Madrid. Todas las historias y tramas de Hospital Central están basadas en hechos reales, muchos de ellos aparecidos en prensa y en revistas especializadas. Además, Estudios Picasso ha logrado un convenio de colaboración con el SAMUR de Madrid por lo que algunas de las imágenes son reales o reproducciones exactas de los más inverosímiles casos médicos. Del mismo modo, junto a los profesionales de Protección Civil y SAMUR contratados para este efecto, un equipo de enfermeras y médicos asesora a los guionistas acerca de todas las situaciones previstas en la trama. Los actores, tras más de 2 años de continuo estudio de términos, manejo de instrumental, movimientos y vocablos, bajo la supervisión continua de un equipo médico, han logrado que escenas de una operación, de un parto, de una cura de primeros auxilios o una atención psicológica parezcan tan reales como las llevadas a cabo en cualquier hospital de una gran ciudad.

La serie empezó su andadura en 2000 y aún continúa hoy en día con sus mejores índices de audiencia. Algunos dicen que es la versión española de Urgencias (ER). Su record de audiencia es de 6.527.000 espectadores. (35,3 % share).

En marzo de 2007, a punto de comenzar la emisión su decimotercera temporada, la serie recibió su primer TP de oro a la mejor serie española, galardón al que ya había estado nominada anteriormente.

¿Por qué gusta a la gente?

Sin duda, temporada a temporada la serie ha ganado en realismo, espectacularidad y humor y las tramas personales han ganado importancia, lo que ha provocado que el público (especialmente joven) se haya volcado con la serie.

"Hospital Central" es la prueba de que si se tiene confianza y paciencia con un buen espacio puede llegar a consolidarse y llegar tarde o temprano a la cima del éxito.

En la actualidad, las tramas se basan tanto en las relaciones personales de los médicos y enfermeras del Central como en las tramas profesionales con casos dramáticos, grabaciones en exteriores de gran calidad y un toque de humor proveniente de algunos de los personajes secundarios.

El éxito de la serie radica tanto en la verosimilitud y realismo médico, como en la transmisión de los sentimientos y las emociones propias de una situación de riesgo y tensión en un hospital cualquiera. En definitiva, se trata de humanizar la profesión sanitaria mostrando a los médicos como personas de carne y hueso, capaces de ofrecer lo mejor y lo peor de sí mismos en un momento determinado.



Premios y nominaciones

- 2001. Premio Zapping a la mejor serie.
- 2003
 - Premio Zapping al mejor actor para Jordi Rebellón (Vilches).
 - Nominación al premio de la ATV al mejor programa de ficción.
 - Nominación al premio TP de oro a la mejor serie nacional.
- 2005
 - Premio Ondas a la mejor serie española.
 - Nominación al premio de la Unión de Actores a la mejor actriz protagonista de televisión para Alicia Borrachero (Cruz)
 - Nominación al premio de la Unión de Actores a la mejor actriz secundaria de televisión para Fátima Baeza (Esther)
 - Nominación al premio Fotogramas de Plata a la mejor actriz de televisión para Patricia Vico (Maca)
 - Nominación al Premio Zapping al mejor actor para Roberto Drago (Héctor)
- 2006
 - Nominación al premio TP de oro a la mejor serie nacional.
 - Nominación al premio Fotogramas de Plata al mejor actor protagonista para Jordi Rebellón (Vilches)

• 2007

- Premio TP de oro a la mejor serie nacional.
- Nominación al premio TP de oro al mejor actor para Jordi Rebellón (Vilches)
- Nominación al premio Fotogramas de Plata a la mejor actriz de televisión para Diana Palazón (Laura)
- Nominación al premio Fotogramas de Plata al mejor actor de televisión para Jordi Rebellón (Vilches)

MIR

'MIR' cuenta la historia de cinco residentes que se encuentran en una situación en la que empiezan a enfrentarse al comienzo de su vida profesional en el ámbito de la Medicina y afrontan un proceso de aprendizaje también humano y de asunción de responsabilidades.

Los protagonistas de 'MIR' son cinco médicos residentes con una pasión en común: la Medicina. Día a día luchan por ser los mejores, se ilusionan con cada nuevo caso que cae en sus manos, duermen poco, estudian mucho y comen mal. Todos ellos mantienen una relación de amistad no exenta de rivalidad, en la que los celos profesionales, los desencuentros, las traiciones y el desamor están a la orden del día.

La puesta en práctica de sus conocimientos médicos; sus relaciones con los pacientes, familiares y personal sanitario; sus dificultades y éxitos en los diagnósticos; sus reacciones en situaciones de urgencia; sus primeras operaciones; su aplomo a la hora de certificar los fallecimientos; y sus progresos como facultativos, son seguidos de cerca por un estricto plantel de médicos adjuntos.

A pesar de los miedos e inseguridades que les embargan, los protagonistas de esta serie, toman decisiones clave para salvar la vida de sus pacientes, al tiempo que conocen el peso de la responsabilidad, maduran personalmente y dan un nuevo giro a su existencia.



¿Por qué gusta a la gente?

Después de que la serie haya conseguido sumar cerca de 3,5 millones de seguidores en la noche de los jueves, después de que la serie se haya convertido en líder de su franja horaria, después de que la serie haya renovado por una segunda temporada... aún se oyen demasiadas voces que acusan a la serie de ser una copia de "Anatomía de Grey".

Por consiguiente es una de las series de médicos de los últimos días con menos agrado para los telespectadores y con menos audiencia.

CONCLUSIÓN FINAL

Este aumento de las series en las que los protagonistas son médicos, puede reflejar una carencia de sistema sanitario actual: la falta de personal médico. Es por eso que estas series intentan involucrar a los espectadores con sus historias y hacerles partícipes de ellas, haciéndoles conocer mejor el mundo dentro y fuera de un hospital. ¿Pero realmente estas series son un reflejo del mundo real? Existen opiniones opuestas al respecto: por una parte, existen series como House, donde no se muestra de manera real la relación médico-paciente, aunque por otro lado, series como Hospital Central son más fieles a la realidad en cuanto a este aspecto. En otro caso, como la serie de Anatomía de Grey, pienso que las relaciones personales no reflejan el día a día de esta profesión. Aún así, las tramas de estas series mantienen enganchado a la pantalla al espectador, ya que los personajes suelen ser bastante elaborados.

Para más información

www.cuatro.com/microsites/house/

www.mir.telecinco.es/

www.foxtv.es/anatomia_de_grey/

Agenda

X sessions de formació mèdica continuada en Medicina Clínica de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona i sessions per als Residents de Medicina Familiar i Comunitària

ACTIVITATS del PRIMER TRIMESTRE. Sala d'actes 8.30h.

Activitat acreditada amb 4.6 crèdits pel Consell Català de Formació Mèdica Continuada

OCTUBRE de 2007

DIA 9: Benvinguda del Nou Curs acadèmic 2007-8 (Dr. A Arboix). Sessió Inaugural: Trombolisi i tractament de l'infart cerebral agut (Dr. A Arboix)

DIA 16: ABC en el tractament de la diabetes mellitus. (Dra. C Fornós).

DIA 23: Patologia bàsica del sistema nervios perifèric (Dra M Oliveres).

DIA 24 (dimecres 14.00h): Genètica Neurovascular. (Dr. Joan Montaner).

DIA 30: Avenços i controvèrsies en el maneig de les pneumònies. (Dra R Salas)

NOVEMBRE de 2007

DIA 7 (dimecres): Dietes Terapèutiques (Dr N Roca)

DIA 9 (divendres 8.30h). Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

DIA 13: SIDA: aspectes pràctics per al metge de família. (Dra Coll)

DIA 20: Epilepsia: aspectes clínics pràctics (Dr Comes).

Dia 27: La malaltia de Parkinson (Dr Balcells)

DESEMBRE de 2007

DIA 11: Dermatologia pràctica I (Dr Umbert i Sánchez-Regaña)

DIA 18: Dermatologia pràctica II (Dr Umbert i Sánchez-Regaña)

XIII sessions de la unitat de malalties vasculars cerebrals de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

AULA 7ª PLANTA de 13h A 15h.

Director Responsable Dr. Adrià Arboix Damunt (Cap Clínic del Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona. Professor Associat de Neurologia de la Universitat de Barcelona).

"XIII Sessions DE LA UNITAT DE MALALTIES VASCULARS CEREBRALS de l'HOSPITAL UNIVERSITARI del SAGRAT COR de BARCELONA". Constitueix un curs integrat per Sessions de periodicitat bimensual, interdisciplinàries, amb finalitat de formació continuada.

OCTUBRE de 2007

DIA 24: Presentació. Dr A Arboix. Conferència d'inauguració: "Genètica Neurovascular". Dr. Joan Montaner. Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

- Informació d'aspectes singulars, clínics o d'imatge.
- Programació de protocols
- Programació d'estudis cooperatius multicèntrics

MARÇ de 2008

DIA 12: "Neurointervencionisme en les MVC. Hipòtesis i realitats". Dr. Marc Ribó. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

NOVEMBRE de 2007

DIA 9: Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.
- Presentació d'un cas clínic inhabitual.
- Plantejament de problemes de la pràctica assistencial diària.

GENER de 2008

DIA 16: "Avenços i controvèrsies en la Investigació experimental i bàsica de les MVC".
Dra. Anna Planas.
Hospital Clínic de Barcelona.

MAIG de 2008

DIA 7: Cloenda: Dr A Arboix
Conferència de Cloenda:
"Carga ateroescleròtica i factors predictors de mortalitat en l'infart cerebral".
Dr. Jaume Roquer.
Hospital del Mar. Barcelona

Calendari

Calendari de sessions generals hospitalàries Curs 2007-2008

11-10-07

Tema: Avanços en l'estudi per RM de la patologia pèlvica
Moderador: Dr. Mauri

08-11-07

Sessió "in memoriam" Prof. José Jurado
Tema: Cirurgia Vasculard: evolució d'una especialitat
Moderador: Dr. Miquel

13-12-07

Tema: Requisits mínims d'una unitat de mama
Moderador: Dr. Segade

10-01-08

Tema: Confidencialitat
Moderador: Dr. Irache

14-02-08

Sessió "in memoriam" Prof. José M^a Puigdollers
Tema: Com podem contribuir a disminuir la infecció hospitalària
Moderador: Dr. Rosell

13-03-08

Tema: Presentació del nostre codi de dietes hospitalari
Moderador: Dra. Roca

10-04-08

Tema: Novetats tècniques en el tractament de la diabetes
Moderador: Dra. Surroca

08-05-08

Tema: Comfort postoperatori: un repte per a l'hospital del futur
Moderador V. de Sanctis

12-06-08

Tema: Diagnòstic i tractament del càncer de pròstata
Moderador: Dr. Sacristán

10-07-08

Tema: Gestió Mèdica
Moderador: Dr. Carbó

Comissió de Docència