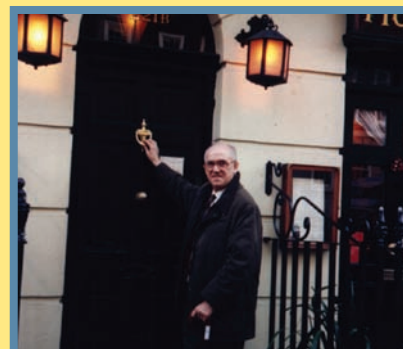


Annals del Sagrat Cor

Volum 15. Número 2. Juny 2008

Editorial	41
Originals	42-46
– Cirugía bariátrica revisional. <i>J. Foncillas, N. Roca, M. A. Blasco</i>	42-43
– Patología benigna y maligna en la mama masculina: hallazgos radiológicos. <i>S. Llaverias, M. J. Conde, A. Gallart, A. Martínez, V. Querol, C. Mauri, E. Montull, T. Maristany</i>	44-46
Caso clínico	47
– Hernias discales lumbares recidivadas. Fijación dinámica lumbar. <i>L. Hernández, L. M. Pérez</i>	47
Monogràfic	48-53
– Proyecto de calidad. Disminución de los riesgos derivados de las contenciones físicas en pacientes críticos postquirúrgicos en fase de destete del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona. <i>M. J. Gimeno, R. Ángeles, R. Mir, A. Márquez, J. Salvador, S. Tor, A. Gómez</i>	48-50
– Proyecto de calidad. Proyecto del riesgo derivado de la no identificación de los pacientes ingresados en unidades asistenciales del Hosp. Univ. Sagrado Corazón. <i>P. Civit, A. Fleta, M. Flores, E. López, C. López, R. Mesas, J. Remón, Y. Roca, A. Román, M. Ruiz, M. Vilà</i>	51-53
Article Especial	54-60
– Campaña d'higiene: “la solució és a les teves mans”. <i>F. Rosell, M. R. Coll, R. García, M. Pons, N. Miserachs, Boada, Solans, A. Isidre</i>	54-56
– El mundo de Sherlock Holmes. <i>M. Blacells</i>	57-60
Redacció mèdica	61-63
– Comunicaciones en póster. <i>M. J. Sánchez</i>	61-63
Sessions científiques	64-73
– Confort postoperatorio. Un reto para el hospital del futuro. <i>V. Sanctis, E. Carral, G. Rosales, M. Aguas</i>	64-65
– Confort postoperatorio. Un reto para el hospital del futuro. <i>V. Sanctis</i>	66-68
– Tratamiento del dolor postoperatorio. <i>G. Rosales</i>	69
– Dolor postoperatorio. <i>M. Aguas</i>	70-71
– El dolor postoperatorio. El confort postquirúrgico como objetivo. <i>E. Carral</i>	72-73
Notícies mèdiques	74
– Recurs “Cuidados de salud basados en la evidencia: recursos del Instituto Joanna Briggs”.	74
Docència	75-79
– Docència a l'HUSC. <i>E. Gil de Bernabé</i>	74-79
L'hospital és història	80-81
– El comité d'ètica assistencial fa 10 anys. <i>S. Barba, M. J. Garcia, T. Nerin, R. Batet, C. Puertas, J. Vicente, E. Irache</i>	80-81



Consell editorial

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

L'Acadèmia dels Annals

Cayetano Alegre Marquet, 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

Director

Jordi Delás

Redactora en cap

Lucía Montobbio

Consell de Redacció

Jaume Carbó
Jordi Delás
Enric Gil de Bernabé
Lucía Mata
M^a José Sánchez

Maquetació i disseny

Sònia Poch

Consell Editorial:

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
Eleuterio Cánovas, otorinolaringol
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, otorinolaringologia
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
Marta Grau, neuropsicologia
Luis Hemández, 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 Zárata, digestiu
Carles Martínez, pneumologia
Joan Massons, neurologia
M. Mateo, anestèsia
Eduard Mauri, radiologia.
Ignasi Machengs, oncologia
Juan Carlos Martín, cirurgia pediàtrica
Luis Medina, medicina interna
Núria Miserachs, microbiologia
Carles Miquel, cirurgia vascular

Laure Molins, cirurgia toràcica
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
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, otorinolaringologia
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 toràcica

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

Editorial

15 ANYS D'ANNALS DEL SAGRAT COR 1993 - 2008

És reconegut que per una publicació, el 15 aniversari és una data molt respectable. Implica que s'han superat molts canvis i evolucions. La primera tecnològica. Vàrem començar amb un llavors innovador i complicat processador de textos que manegava estupendament la primera bibliotecària, Mila Montalbán. Es feia un original a la biblioteca del Sagrat i es reproduïa amb fotocòpies. La M^a José Sánchez va seguir amb la biblioteca i va rebre l'heretatge dels Annals.

Va ser també determinant la col·laboració del Dr. Jordi Bel, que va tenir molt clar que calia una edició més professionalitzada. I es va recórrer al nostre editor, Pere Marco, que ha entès perfectament la combinació d'una voluntat rigurosa i científica amb uns mitjans voluntariosos i limitats.

Paral·lelament s'ha responsabilitzat del disseny de la revista Sònia Poch. Podem dir que de les publicacions científiques actualment els nostres *Annals* són els que tenen més fresc disseny. Sota la idea que la comunicació científica ha de ser accessible, entenedora i entrar també pels ulls. Estem convençuts que en els propers anys en el món de l'edició científica haurem de veure el recorregut de moltes publicacions cap aquest concepte atractiu i visual, com no pot ser d'altra manera a l'era de la imatge i de la publicació electrònica.

Molts directius de les nostres institucions han passat de puntetes o a la vora d'aquesta publicació. Però el Dr. Jaume Carbó des de la direcció de l'Hospital ha aconseguit donar-li una necessària estabilitat. L'ha dotat de recursos i d'una estructura que pot permetre la publicació trimestral i la coordinació editorial de l'empresa editora de la prestigiosa revista *El Ciervo*. Amb Jordi Llisterra com a coordinador i Lucía Montobbio com a redactora en cap.

Els resultats no s'han fet esperar. Es van acomplir els terminis trimestrals i ja tenim una programació del contingut, amb una cada vegada més cuidada selecció del material.

Té sentit aquesta publicació? Potser algun dia no, però avui ens és vital. Tenim una extraordinària capacitat de fer feina i el pas del temps ha dotat els nostres cabells de color blanc i la nostra activitat de profunda experiència professional. Però això no ho pot ser tot. Se'ns fa necessari parar a pensar. Preguntar-nos què estem fent, què fan els nostres companys, què vol la nova gent que s'acosta a nosaltres amb il·lusió.

Ens hem fet metges per atendre a la gent malalta i prevenir la salut de la gent sana. Així de senzill. Però la nostra experiència, la nostra reflexió cal expressar-la i un dels canals són els *Annals del Sagrat Cor*. Potser algun dia el debat, la recerca, el concepte humanista de la medicina, el respecte per la història, els podrem expressar per altres vies i aquesta publicació no ens serà necessària. Podrà variar o desaparèixer, però encara no.

Ara ens cal com una mostra de cohesió en les tasques científiques. En la distribució del treball. Hi ha qui predominantment fa una feina assistencial –sens dubte la raó del nostre servei a la comunitat– i d'altres assoleixen projectes de docència i formació per a qui demà ens cuidarà. Alguns companys fan una recerca responsable i adequada a les nostres necessitats i possibilitats.

Dintre dels reptes, seguir recollint i expressant la nostra producció científica. Del Sagrat Cor i la xarxa d'hospitals de l'Aliança. Afavorir treballs multicèntrics, debats i noves perspectives a Tremp, Girona, Lleida, Barcelona, Sabadell, Tortosa i tantes altres comarques on hi ha un metge del nostre grup.

L'idea del Dr. Puigdollers, el relleu per part de l'equip docent, els habituals motors de la recerca i la comunicació completen el panorama d'aquest aniversari que tots, sense excepció, podem celebrar. Per molts anys.



Cirugía bariátrica revisional

J. Foncillas Corvinos, N. Roca Rossellini, M. A. Blasco Blanco

Unidad de Cirugía Metabólica y de la Obesidad Mórbida. S. Cirugía General. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. Mayo 2008

INTRODUCCIÓN

Actualmente la cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida y sus comorbilidades. Una pérdida importante de peso es posible con las distintas técnicas que hoy se realizan y los mejores resultados dependen de que el paciente esté bien informado de la técnica, de los riesgos que implica y de que el seguimiento se lleve a cabo por un equipo especializado.

Se utilizan criterios de selección estrictos, que hacen referencia a: la edad, la magnitud de la obesidad, la existencia de comorbilidades, y los hábitos alimentarios.

La valoración preoperatoria es fundamental para la detección de posibles comorbilidades asociadas como enfermedades cardiovasculares, apneas del sueño, alteraciones metabólicas y psiquiátricas que pueden complicar la evolución intra y postoperatoria.

Las complicaciones tardías que ocurren después de la cirugía bariátrica y que necesitan reoperaciones no son infrecuentes. Estas reoperaciones son particularmente complejas y plantean un desafío quirúrgico debido a las alteraciones anatómicas y adherencias secundarias a la primera operación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de nuestra experiencia en cirugía bariátrica revisional en los últimos 13 años.

RESULTADOS

En nuestra Unidad de Cirugía Metabólica y de la Obesidad Mórbida, desde 1984 y hasta Diciembre de 2007, se han realizado 1.022 intervenciones de Cirugía Bariátrica, de ellas han sido 74 las reintervenciones, lo que representa un 7,24 % de las intervenciones realizadas.

Estas 74 reintervenciones se reparten en 66 pacientes, siendo 58 los enfermos reintervenidos sólo una vez, 7 enfermos precisaron 2 reintervenciones y un solo enfermo precisó tres reintervenciones.

Las reintervenciones se han realizado después de 63 intervenciones de cirugía restrictiva, 44 gastroplastias y 19 bandas gástricas, y de 11 cirugías mixtas.

Las causas que han indicado las reintervenciones, así como las técnicas quirúrgicas empleadas, se pueden ver en los gráficos 1, 2, 3 y 4.

Gráfico 1: Reintervenciones tras gastroplastia vertical anillada

Causas		Técnicas	
Vómitos	12	Retirada de la anilla	8
Aumento de peso	28	Regrapado	2
Disminución insuficiente de peso	2	By-pass	32
Inclusión de la anilla	1	Scopinaro	2
Desgrapado	1		

Gráfico 2: Reintervenciones tras banda gástrica

Causas		Técnicas	
Aumento de peso	10	Retirada de la banda	4
Pérdida insuficiente de peso	3	G.V.A	1
Rotura de la banda	2	Gastric Sleeve	1
Inclusión de la banda	2	By-pass	9
Deslizamiento de la banda	1	By-pass distal	4
Fístulas esófago-cutáneas	1		

Gráfico 3: Reintervenciones tras técnica mixta (Intervención de Salmon)

Causas		Técnicas	
Diarreas	1	Reconstrucción	
HDA. Ulcus	1	Gastrectomía parcial	
Aumento de peso	4	By-pass distal	

Gráfico 4: Reintervenciones tras técnica mixta (Intervención de Capella)

Causas		Técnicas	
Estenosis anilla	1	Sección anilla	
Inclusión anilla	1	Reconstrucción G-Y	
Aumento de peso	3	By-pass distal	

DISCUSIÓN

Tras revisar los resultados obtenidos en cuanto a pérdida de peso de estos pacientes, observamos que en aquellos pacientes a los que se les ha realizado una técnica quirúrgica conservadora (retirada de anilla o banda), el 83% de ellos han presentado un aumento de peso. En cambio a los que se les realizó un By-pass gástrico, un 89% han conseguido una pérdida de peso significativa. Tras el By-pass distal un 87,5% han perdido peso y después de una intervención malabsortiva el 100% pierden peso.

Además hay que remarcar que no se ha realizado ninguna intervención por poca o mala pérdida de peso en el primer año de la intervención y que no hemos tenido mortalidad en la serie.

Revisada la literatura no hay consenso sobre la actitud a tomar en estos pacientes. Tras este estudio hemos hecho un diagrama de actuación a seguir para la cirugía revisional, tras el fracaso en la pérdida de peso después de una cirugía restrictiva o mixta, que se ilustran en los gráficos 5 y 6.



Gráfico 5: Actuación en las reintervenciones tras cirugía restrictiva.

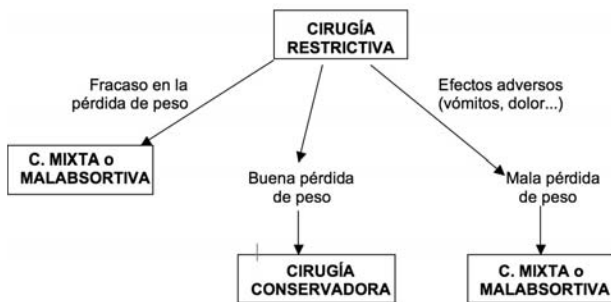


Gráfico 6: Actuación en las reintervenciones tras cirugía mixta.



BIBLIOGRAFÍA

1. NIH. Consensus development conference panel. Gastrointestinal surgery for sever obesity. *Ann Intern Med* 1991;115:956-61.
2. Brolin RE. Gastric bypass. *Surg Clin N Am* 2001;81:1077-95.
3. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin N Am* 2001;81:1001-24.
4. SEEDO. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:587-97.
5. Schauer PR, Ikramuddin S. Laparoscopic surgery for morbid obesity. *Surg Clin N Am* 2001;81:1145-79.
6. Sweet WA. Routine GI series before bariatric surgery? *Obes Surg* 1998;8:314.
7. Domínguez-Cherit G, González R, Borunda D, Pedroza J, González-Barranco J, Herrera MF. Anesthesia for morbidly obese patients. *World J Surg* 1998;22:969-73.
8. Charuzi I, Lavie P, Peiser J, Peled R. Bariatric surgery in morbidly obese sleep-apnea patients: short- and long-term follow up. *Am J Clin Nutr* 1992;55:594S-6S.
9. Greenway FL. Surgery for obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996;25:1005-27.
10. Alastrue A, Rull M, Casas D, et al. Obesidad Mórbi-da. Reflexiones sobre un protocolo quirúrgico (I). Protocolo clínico y perioperatorio. *Nutr Hosp* 1995;10:307-20.113.

Patología benigna y maligna en la mama masculina: hallazgos radiológicos

S. Llaverias, M. J. Conde, A. Gallart, A. Martínez, V. Querol, C. Mauri, E. Montull, T. Maristany

Servei de Radiodiagnòstic CRC-Sagrat Cor. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

El propósito de este trabajo es describir los hallazgos radiológicos y la conducta a seguir en diversas patologías de la mama masculina, mucho menos conocidas por ser poco frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos 16 casos de diversas patologías, con mamografías (Mx), ecografías y en algún caso con TC realizados en nuestro servicio, obtenidos mediante un mamógrafo Philips Mammodiagnost, dos ecógrafos Philips HDI-5000 y 4000, y un TC multicorte de 6 coronas Philips Brilliance.

De lesiones benignas mostramos tres ejemplos de ginecomastias asimétricas (fig1) y nodulares, una mastopatía fibrosa diabética, una mastitis, dos quistes de inclusión epidérmica (fig.2), un miofibroblastoma (fig.3), un hamartoma y dos lipomas (fig.4)

De las lesiones malignas dos casos son carcinomas ductales infiltrantes (CDI) (fig.5), un papilar infiltrante, y un condrosarcoma costal (que se presentó como una tumoración mamaria) (fig.6)

Finalmente se presenta una variante anatómica de la normalidad correspondiente al Músculo Esternalis (fig.7), que si no se conoce puede inducir a error.

DISCUSIÓN:

La *mama masculina normal* se caracteriza histológicamente porque contiene conductos galactóforos sub-areolares similares a las niñas en edad prepuberal. Cuando por diversos motivos se estimulan, pueden elongarse y ramificarse, pero la formación de lóbulos es extremadamente rara (de ahí la extraordinaria rareza de los fibroadenomas en el hombre, al contrario de lo que sucede en la mama femenina; y los quistes puros también son muy poco frecuentes).

El motivo habitual de consulta es el aumento nodular o no, de una o ambas mamas, a veces asociado a dolor. Más raro es la retracción y/o la secreción por el pezón. El rango de edades de presentación es muy amplio.

La patología de la mama del varón la podemos clasificar según el lugar en el que se origina (tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de la patología según el lugar donde se origina.

1. Ginecomastia y otras entidades benignas que se originan en los ductos y estroma periductal:

fibrosis, mastopatía fibrosa diabética, ectasia ductal y complejo mastitis periductal (abscesos subareolares).

2. Cáncer primario de mama:

carcinomas ductales infiltrantes y carcinomas intraductales. Los carcinomas lobulillares son rarísimos. Se ha descrito la enfermedad Paget del pezón en el hombre.

3. Patología que se origina fuera del ducto o del estroma periductal:

- Piel y tejido subcutáneo: Lipomas, quistes sebáceos, quistes de inclusión, esteatonecrosis y hamartomas.
- Vasos: hemangiomas capilares, malformaciones A-V, pseudoaneurismas, trombosis venosas superficiales.
- Linfáticos: adenopatías intramamarias y axilares normales o reactivas, linfangiomas.
- Nervios: neurofibromas y tumores de células granulares.

Ginecomastia

La ginecomastia consiste en un aumento no neoplásico de la mama del varón y es la causa más común de masa palpable, con una prevalencia bimodal: adolescencia y edad avanzada. Histológicamente traduce una proliferación del tejido fibroglandular que evoluciona en tres fases que se pueden solapar: una *fase inicial o florida*, que es la proliferativa y todavía puede regresar; una *fase mixta*; y finalmente la *fase fibrosa o de reposo*.

La ginecomastia se asocia a un desbalance hormonal con aumento de la relación estradiol/testosterona, que puede ser debido a diversas causas: cambios fisiológicos propios de la edad: recién nacido, pubertad y senectud; enfermedades endocrinas, hormonales, sistémicas, neoplásicas y en determinados tratamientos farmacológicos.

Generalmente es bilateral aunque asimétrica (fig.1), y es raro que sea unilateral. Hay que distinguirla de la adipo-

mastia o pseudoginecomastia, en la cual el aumento de la mama es sólo debido a la presencia de tejido adiposo.

En la mayoría de casos es suficiente la mamografía, a veces con ecografía complementaria, para confirmar el diagnóstico de ginecomastia y descartar la neoplasia. En muy pocos casos se plantea la biopsia.

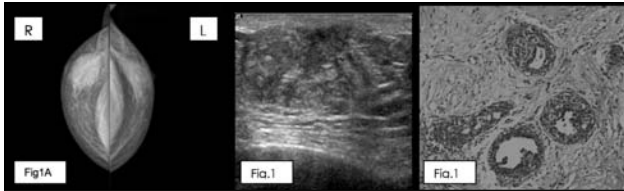


Fig. 1: Ginecomastia bilateral asimétrica y nodular. Ambas proyecciones craneo-caudales de la mamografía bilateral (fig.1A) revelan la presencia de una moderada densidad fibroglandular retroareolar bilateral, más prominente y nodular en la mama derecha (MD). El estudio ecográfico de la MD (fig.1B) muestra este componente fibroglandular como un patrón mixto hipo e hiperecótico, y sirvió de guía para la biopsia con aguja gruesa (BAG) de la MD. La histología (fig.1C) demostró una importante fibrosis del estroma e hiperplasia del epitelio ductal sin atipias, confirmando que se trataba de una ginecomastia benigna.

Otras entidades benignas

Después de la ginecomastia, la segunda causa más común de nódulo benigno en la mama masculina son los lipomas, que tienen características similares a los del resto del cuerpo, y en general son fácilmente diagnosticables por las técnicas de imagen convencionales.

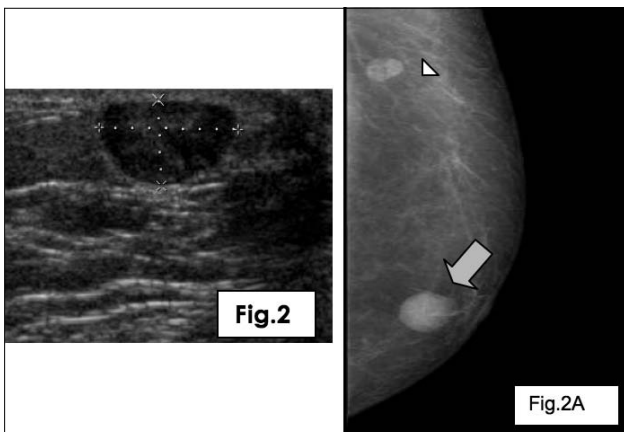


Fig. 2: Quiste de inclusión epidérmico. La mamografía (fig.2A): proyección MLO de la mama izquierda, muestra la presencia de dos nódulos de características benignas, el más superior (punta de flecha) contiene pequeña hipodensidad (grasa) en su interior, típico de una adenopatía intramamaria inespecífica. El nódulo más grande (flecha) corresponde a la lesión que se palpa en un varón de edad media, y que la ecografía realizada simultáneamente (fig.2B) confirma que se trata de un nódulo bien delimitado, subcutáneo, sin criterios ecográficos de quiste. La punción-biopsia en este caso resultó ser un quiste de inclusión epidérmico.

Si exceptuamos las ginecomastias y los lipomas típicos, en el resto de lesiones nodulares de la mama masculina, aunque cumplan criterios radiológicos sugestivos de benignidad, será necesario siempre su confirmación citológica o histológica con BAG, ya que por un lado son lesiones muy poco habituales, y por otro lado sólo con la apariencia radiológica de benignidad no se puede excluir con certeza la malignidad. Por tanto, incluso para lesiones quísticas o con componente quístico, será obligatorio en el varón realizar una punción citológica o una biopsia, a diferencia de lo que ocurre en la mama femenina.

De esta serie que presentamos, sólo en dos casos fue el TC quién estableció el diagnóstico: (1) el *condrosarcoma costal*, que había acudido a nuestro servicio por sospecha de tumor mamario realizándose una Mx y ecografía como primeras pruebas de imagen que ya orientaron el diagnóstico; (2) el *Músculo Esternalis* que simulaba un nódulo en la mamografía y que debemos conocer su existencia para evitar posibles errores.

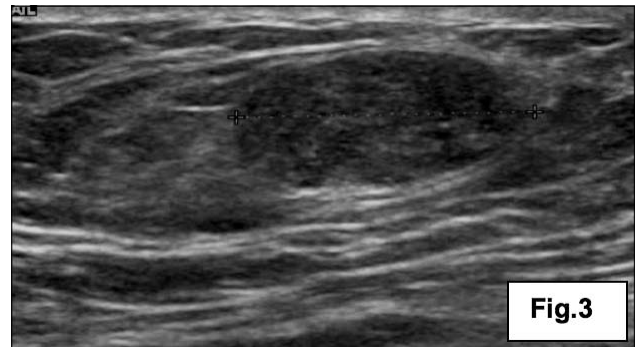


Fig. 3 Miofibroblastoma. En el estudio ecográfico de la mama izquierda se observa un nódulo sólido bien delimitado y homogéneo, que se palpaba en un varón con antecedentes familiares de cáncer de mama. El estudio histológico e inmunohistoquímico tras la tumorectomía concluyó que se trataba de un miofibroblastoma, tumor benigno mesenquimal muy raro.

Lesiones malignas

El carcinoma ductal representa 0.17% de todos los cánceres del varón y el 0.5-1% de todos los cánceres de mama. Entre los factores de riesgo que se han descrito están la historia familiar de cáncer de mama, la edad avanzada, la exposición a radiaciones ionizantes o a campos de radiación electromagnética, la criptorquidia, el Sd. de Klinefelter, el traumatismo testicular, el traumatismo torácico previo y la disfunción hepática.

Clínicamente se presenta como un nódulo o masa subareolar excéntrica al pezón, dura, adherida, indolora y puede acompañarse de secreción por el pezón. Histológicamente el 85% corresponde a carcinomas ductales infiltrantes (CDI) y el resto son carcinomas *in situ* (CDIS) aunque raramente son puramente intraductales.

Existen otras entidades malignas pero son aún mucho más raras, como sarcomas, linfomas y metástasis.



Fig. 4: Lipoma. La ecografía de mama derecha sobre lesión palpable no detectada en la Mx: nódulo sólido subcutáneo, homogéneo discretamente hiperecoico, típico de lipoma (a veces en la Mx se observa como nódulo hipodenso con fina cápsula). Sus características tan típicas hacen que no sea necesaria la punción.

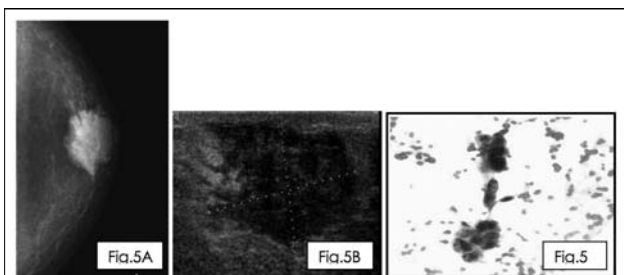


Fig. 5: Carcinoma ductal infiltrante. En la Mx proyección C-C (fig. 5A) se observa un nódulo denso irregular de márgenes espiculados, característico de una lesión maligna (BI-RADS 5). El estudio ecográfico (fig. 5B) confirma que se trata de un nódulo sólido irregular y sirve de guía para realizar en este caso una PAAF citológica (Fig. 5C), que en este caso fue suficiente para su diagnóstico, mostrando un grupo de células epiteliales atípicas, con núcleos hiper cromáticos y una alteración en la proporción núcleo-citoplasma sobre un fondo hemático.

CONCLUSIONES:

La mamografía y la ecografía son esenciales en el diagnóstico de la patología de la mama masculina, menos conocida por ser poco habitual. En algún caso puntual el TC puede aportar información diagnóstica. La ecografía tiene doble utilidad ya que sirve también de guía para realizar punciones.

A excepción de la ginecomastia y de los lipomas típicos, el resto de patologías requerirán punciones citológicas o histológicas para realizar un diagnóstico etiológico.

Dada la baja incidencia de cáncer en adultos jóvenes, y menos aún que cursen radiológicamente con microcalcificaciones (detectables básicamente por Mx), se podría realizar únicamente un estudio ecográfico para esta franja de edad, evitando así una radiación innecesaria.

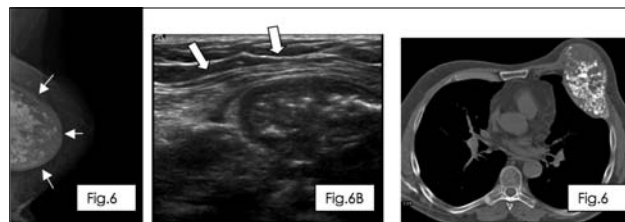


Fig. 6: Condrosarcoma costal. Paciente de 65 años que acude por tumoración dura y adherida en la mama izquierda (MI). La proyección MLO de la Mx de la MI (fig. 6A) muestra que no existe ginecomastia y en cambio se visualiza una masa bien delimitada con calcificaciones grumosas que depende del pectoral o de la región retro-pectoral (flechas). En la ecografía (fig. 6B) se demuestra que la masa comprime y desplaza el músculo pectoral. Un corte de TC en región torácica media (fig. 6C) demuestra que se trata de una masa con calcificaciones localizada en la pared costal (6° y 7° arcos costales anteriores), con crecimiento anterior hacia partes blandas (MI) y extensión intra-torácica extra-pleuraral. La anatomía patológica post-resección quirúrgica fue de condrosarcoma bien diferenciado.

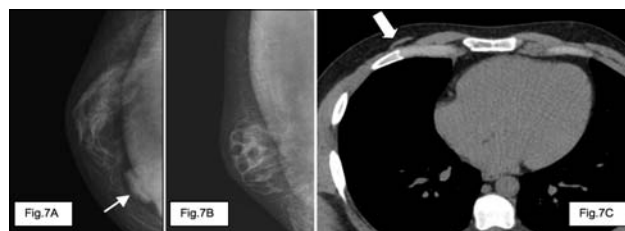


Fig. 7: Músculo Esternalis. Variante anatómica de la normalidad poco frecuente. Las proyecciones cráneo-caudal (fig. 7A) y oblicua (fig. 7B) de la mama derecha muestran la existencia de una moderada densidad fibro-glandular concordante con una ginecomastia benigna, pero en la C-C (fig. 7A) se observa una densidad pseudo-nodular en el cuadrante interno (flecha), que no se aprecia en la proyección oblicua. La sospecha de que se trata de un Músculo Esternalis se confirma mediante el estudio TC (fig. 7C), observando este pequeño músculo de localización para-esternal, en este caso sólo en el lado derecho (flecha), aunque puede ser bilateral.

BIBLIOGRAFÍA:

- Stavros AT. Evaluation of male breast. En: McAllister L, Donnellan K, Martin SP, Rothschild R, editors. *Breast Ultrasound*. Philadelphia: LWW; 2004. p. 712-741. Bradley *et al*.
- The Sternalis Muscle: An unusual normal finding seen on Mammography. *AJR* 1996; 166: 33-36.
- Appelbaum AH, Evans GF, Levy KR, Amirkhan RH, Schumpert TD. Mammographic appearances of male disease. *Radiographics* 1999; 19:559-568.
- Wensinstein SP, Conant EF, Orel SG, Lawton TJ, Acs G. Diabetic mastopathy in men: Imaging findings in two patients. *Radiology* 2001; 219: 707-799.
- Yang WT, Whitman GJ, Yuen EH, Tse GM, Stelling CB. Sonographic Features of Primary Breast Cancer in Men. *AJR* 2001; 176: 413-416.
- Meguerditchian A-N, Falardeau M, Martin G. Male breast carcinoma. *J can chir* 2002, vol.45, N°4.
- Caruso G, Ienzi R, Piovana G, Cirino A, Salvaggio G, Lagalla R. High-

Caso clínico

Hernias discales lumbares recidivadas

Fijación dinámica lumbar

III Jornadas Internacionales de Cirugía de Columna

L. Hernández Pascual, L. M. Pérez Varela

Servicio de Neurocirugía. HGU Sagrat Cor Barcelona. 23 de Febrero de 2008, Sevilla

CASO CLÍNICO

- Paciente varón de 40 años de edad.
- Intervenido en otro centro de repetidas lumbociáticas L_V izquierdas secundarias a hernia discal L_{IV-V} izquierda y sus recidivas en los años 1994, 2001 y 2004.
- En los intervalos de esas cirugías: no ciatalgia; pero sí lumbalgia persistente e intensa.

HISTORIA ACTUAL (abril de 2006)

Lumbociática L_V izquierda de 2 meses de evolución tras esfuerzo.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- ROT aquileo izquierdo abolido.
- Hipoalgesia en dermatomas L_V-S₁ izquierdos.
- Laségue + a 40° en EII.

ICONOGRAFÍA



TRATAMIENTO

Opciones terapéuticas

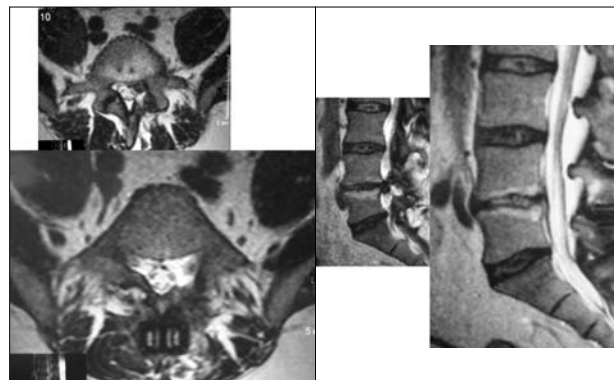
- Nueva resección de la recidiva herniaria.
- Resección HD + Discectomía.
- Resección HD + Estabilización Interespinal Dinámica.
- Resección HD + Artrodesis Transpedicular.
- Recalibrado receso L_{IV-V} izquierdo y resección Hernia Discal extruída recidivada

- Estabilización Dinámica Interespinal con dispositivo Wallis nº 12.

Curso y seguimiento

- Desaparición de la ciatalgia izquierda
- No lumbalgia
- Seguimiento: 21 meses

ICONOGRAFÍA POSTCIRUGÍA



Proyecto de calidad

Disminución de los riesgos derivados de las contenciones físicas en pacientes críticos post-quirúrgicos en fase de destete del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona

M. J. Gimeno Toribio, R. Angeles, R. Mir, A. Marquez, J. Salvador, S. Tor, A. Gómez

Infermería

Justificación

Minimizar riesgos de contención física en pacientes intervenidos de cirugía mayor, ingresados en la UCI bajo sedación e intubados, en fase de destete. Riesgos tanto físicos como psicológicos.

Cuantificación basal (valoración de la situación)

En la Unidad de Cuidados Intensivos estudiada, durante el período de un año ha habido:

- 1% de extubaciones accidentales.
- 3% de pacientes se arrancaron catéteres, sondas...
- un 10% de los pacientes presentan la zona de la muñeca enrojecida, por incorrecta contención de las extremidades superiores.
- 30% de los pacientes presentaban agitación y un estado de ansiedad moderada.
- 5% un estado de ansiedad severa.

OBJETIVOS DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE CALIDAD	ESTÁNDAR
1. Todos los pacientes post-operados, intubados en fase de “destete”, tendrán una adecuada contención.	
Contención en extremidades superiores.	95%
Medio habitual: Gasa grande + esparadrapo + venda.	95%
Sujeción a la cama.	90%
Margen +/- 1cm de separación respecto a la extremidad.	95%
2. Todos los pacientes que requieran intubación y ventilación mecánica habrán de ser informados sobre la contención:	
Pre quirúrgico	90%
Pre “destete”	98%
Durante el “destete”	95%

CRITERIOS DE CALIDAD	ESTÁNDAR
Post “destete”	95%
3. La contención se retira después de la extubación.	95%
4. Los pacientes post operados intubados en fase de “destete” no llevarán vías venosas o arteriales, localizadas en las manos o muñecas.	80%
5. La enfermera responsable del paciente revisará como mínimo dos veces durante su turno el estado de las contenciones.	90%
6. La enfermera dejará constancia de la evaluación del riesgo por las contenciones en la Historia Clínica	95%

DISEÑO DEL ESTUDIO

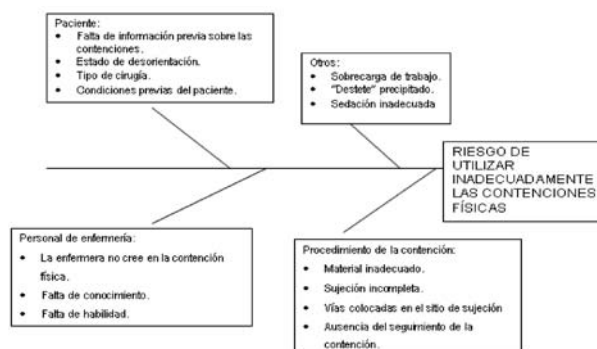
Población

Criterios de selección:

- Pacientes ingresados en la UCI del Hosp. Sagrat Cor.
- Pacientes críticos, post IQ de Cirugía mayor.
- Pacientes intubados en fase de destete.

Análisis de causa

Análisis causal cualitativo (espina de pescado).



Recogida de datos

PACIENTE	Total	Estàndar
ZONA DE CONTENCIÓN		
Contención EESS	100%	95%
Contención EEII		
Contención tronco		
MATERIAL DE CONTENCIÓN		95%
Gasa grande + esparadrappo + cinta	70%	
Segufix®	10%	
Venda de gasa	10%	
Venda de crep	10%	
Tensoplast®		
LUGAR DE SUJECIÓN		
Cama	90%	90%
Barandilla	10%	
Sin sujetar		
CARACTERÍSTICAS SUJECIÓN		
No comprime	100%	95%
Comprime		
INFORMACIÓN SOBRE LA SUJECIÓN		
No informa	30%	
Pre quirúrgica	50%	90%
Durante destete	60%	95%
Post destete	60%	95%
RETIRADA DE LA CONTENCIÓN		
A los 15 min.	100%	95%
A los 30 min.		
A los 60 min.		
LOCALIZACIÓN VIAS VENOSAS		
No lleva vías venosas en mano o muñeca	80%	80%
Lleva vías venosas en mano o muñeca	20%	
REVISIÓN CONTENCIÓNES		
Una vez por turno	70%	90%
Dos veces por turno	20%	
Ninguna	10%	
REGISTRO INCIDENCIAS CONTENCIÓN		
Si	100%	
No		

Análisis de recogida de datos:

- El 10% de las contenciones se han realizado en las EESS.
- 70% material adecuado: Gasa grande + esparadrappo + cinta
- 90% sujeción de las contenciones: a la cama.
- 30 % de los pacientes sometidos cirugía NO informados
- 100% retirada a los 15 minutos del destete.
- 80% de los pacientes no llevaban vías venosas en las manos o muñecas.
- 70% revisiones realizada por la enfermera, una vez por turno.

Descripción	Acciones de mejora	Ponderación				
		Efectividad	Costes	Factibilidad	Aceptación	Total
No utilización del medio habitual de realizar una contención	Protocolización del método e implantación con talleres.	5	5	5	4	500
	Preparación de un equipo de sujeción estandarizado de fácil acceso.	5	4	5	5	500
El paciente tiene escasa información sobre las contenciones.	Crear la figura de la DE de acogida.	5	2	3	5	150
	Sesiones de sensibilización al personal de enfermería de UCI	5	5	5	4	500
Las contenciones no se revisan 2 veces por turno.	Planificar en el Registro de Enfermería: 2 revisiones por turno.	4	5	5	4	400

PROPUESTAS DE SOLUCIONES

Protocolización del método y implantación con talleres.

- Elaboración del protocolo y procedimiento sobre contenciones.
- Difusión mediante talleres teórico prácticos para el personal de UCI.

Preparación de un equipo de sujeción estandarizado de fácil acceso.

- Diseño del equipo de sujeción según el procedimiento.
- Nuevo circuito para abastecimiento de la UCI por el personal de almacén.

Sesiones de sensibilización al personal de enfermería de UCI sobre la necesidad de informar a las

personas intubadas con contenciones: pre intervención, pre-destete, durante el destete y post-destete.

• La supervisora y coordinadoras de la unidad se encargarán de informar de los resultados de la recogida de datos y propuestas de soluciones, de manera particular y grupal.

Planificar en el Registro de Enfermería realizar dos revisiones por turno.

- Reestructuración de las hojas de registros.
- Seguimiento del cumplimiento.

ANÁLISIS DE RESISTENCIAS

RESISTENCIA	CAUSAS	Nº PROF	INTENSIDAD	ACCIONES PROPUESTAS
SOLUCIÓN: Protocolización del método y implantación con talleres.				
Miedo al aumento de carga de trabajo	Falta de concienciación sobre la necesidad de trabajar minimizando riesgos	4	2	Dar información adecuada y pertinente, mediante talleres.
SOLUCIÓN: Preparación de un equipo de sujeción estandarizado de fácil acceso.				
Incremento trabajo personal de almacén	Aumento del stock de almacén.	5	2	Motivar, informando.
SOLUCIÓN: Sesiones de sensibilización al personal de enfermería de UCI sobre la necesidad de informar a las personas intubadas con contenciones: pre-intervención, pre-destete, durante el destete y post-destete.				
Falta de tiempo para acudir a la sesión propuesta.	Falta de implicación	4	2	Aumentar el personal el día de la sesión.
SOLUCIÓN: Planificar en el Registro de Enfermería, y realizar, dos revisiones por turno.				
Falta de cultura sobre prevención de riesgos: alta tecnicidad de la unidad	Falta de valoración del riesgo potencial.	3	3	Mostrar resultados de la recogida de datos a todo el personal.

BIBLIOGRAFÍA:

- Castell C, Martínez A, Alvarado D. Extubación no programada. Consultado en: <http://www.encolombia.com/medicina>
- Gordo F. Seguimiento prospectivo de la tasa de incidencia media de extubaciones accidentales. Consultado en www.uninad.edu.
- Centro de investigación para la seguridad clínica del paciente. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

Proyecto de calidad

Proyecto del riesgo derivado de la no identificación de los pacientes ingresados en unidades asistenciales del Hospital Universitario Sagrado Corazón

P. Civit Fraile, A. Fleta Nebot, M. Flores Calero, E. López Colomer, C. López Fernández, R. Mesas Company, J. Remón Jiménez, Y. Roca García, A. Román Roy, M. Ruíz Gutierrez, M. Vilà Sánchez

Ingermeria

DIMENSIÓN

Pacientes ingresados en unidades de hospitalización.

JUSTIFICACIÓN

La no identificación de los pacientes es una causa importante de problemas y complicaciones asociados a errores en la asistencia, tales como duplicidad de pruebas, equivocación en la dispensación y administración de medicación, problemas en la movilización por los diferentes circuitos interno.

Con una correcta identificación, tendremos una mayor seguridad tanto para el paciente como para el personal del centro.

OBJETIVOS

- Reducir los riesgos derivados de la no identificación.
- Sensibilizar al personal de la necesidad de la identificación de los pacientes.
- Disminuir el tiempo empleado en identificar a los pacientes.
- Reducir los costes derivados de la no identificación.

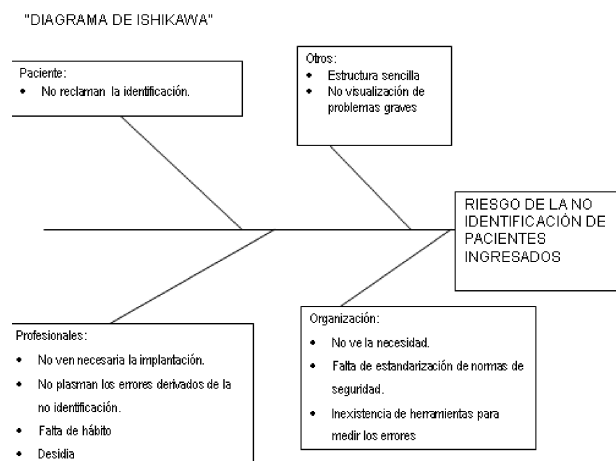
CUANTIFICACIÓN BASAL Y/O VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

Actualmente en nuestro hospital no existe ningún sistema de identificación para los pacientes ingresados, por lo tanto no disponemos de valoración cuantitativa.

Tampoco disponemos de la información que podrían darnos los profesionales, ya que el principal problema que se plantea es que no se culpabilice la realización de éste. Sería preciso un cambio cultural para poder tener una valoración de riesgos.

Debido a lo anterior y dada la imposibilidad descrita de realizar la cuantificación basal, se ha realizado una cualificación basal para saber que está pasando.

ANÁLISIS CAUSAL



PRINCIPALES CAUSAS DE LA NO IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

- 1º. La dirección del centro no ve la necesidad.
- 2º. No hay herramientas para medir el total de errores.
- 3º. Desidia de los profesionales.
- 4º. Los profesionales no plasman los errores derivados de la no identificación.
- 5º. Falta de hábito en identificar.
- 6º. Falta de estandarización de normas de seguridad.
- 7º. No visualización de problemas graves, no repercusión mediática.
- 8º. Los pacientes no reclaman identificarse.
- 9º. Estructura hospitalaria sencilla.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS CAUSAS

- 1º. La Dirección del centro utiliza medidas para priorizar la identificación de pacientes:
 - Cotejar los datos con el D.N.I.
 - Colocar pulsera identificativa.
- 2º. Los profesionales utilizan las herramientas para medir los errores derivados de la no identificación:
 - Escala de valoración que identifique los errores.
- 3º. Cumplimiento por parte del personal del protocolo de identificación:
 - Realización del protocolo.
 - Seguimiento y evaluación.
- 4º. Los profesionales registran los errores derivados de la no identificación:
 - Complimentan la escala de identificación de errores.
- 5º. Todos los pacientes ingresados en el centro están debidamente identificados desde su llegada:
 - Pulsera identificativa.
- 6º. Existencia de estandarización de normas de seguridad:
 - Existencia de protocolo de identificación.
 - Existencia de pulsera identificativa.
- 7º. Visualización y reconocimiento de los problemas derivados de la no identificación:
 - Desubicación de los pacientes.
 - Errores en pruebas diagnósticas.
 - Errores en administración y dispensación de medicación.
- 8º. Los pacientes aceptan la identificación dentro del centro:
 - Reciben de buen grado la información referente al porque de la identificación.

ANÁLISIS DE CAUSAS

- La organización no ve la necesidad de la identificación.
- Los profesionales no plasman los errores derivados de la no identificación por falta de herramientas.
- Falta de estandarización de normas de seguridad.

PROPUESTA DE SOLUCIONES

Según la tabla de análisis de soluciones hemos priorizado las cuatro propuestas que han obtenido mayor puntuación son:

1. Información de los riesgos de la no identificación

- Reunión con la Dirección del hospital para informar y concienciar sobre los riesgos de la no identificación de los pacientes, así como los efectos ventajosos de su implantación.

2. Creación de una hoja de registro de incidencias

- Diseño de una hoja de registro donde poder plasmar las incidencias.
 - Errores en pruebas diagnósticas y terapéuticas.
 - Errores en administración y dispensación de medicación.
 - Desubicación de pacientes.
- Recogida de hojas de incidencias una vez al año, la primera vez a los tres meses de la implantación.

3. Sesiones de sensibilización al personal sobre los riesgos de la no identificación de pacientes ingresados en las unidades de hospitalización

- Las supervisoras y profesionales encargadas de la elaboración del protocolo y de su implantación organizarán las sesiones informativas dirigidas a los diferentes colectivos del centro: personal de enfermería, médicos, administrativos y seguridad.

DESCRIPCIÓN		PONDERACIÓN				
CAUSAS	ACCIONES DE MEJORA	EFFECTIVIDAD	COSTES	FACTIBILIDAD	ACEPTACIÓN	TOTAL
La organización no ve la necesidad de la identificación	Jornadas sobre la identificación	3	4	4	4	192
	Información sobre los riesgos de la no identificación	5	4	4	5	400
	Disminución de costes por la no repetición de pruebas	5	3	3	3	135
	Crear una Dirección de Seguridad	1	5	1	1	5
Los profesionales no plasman los errores derivados de la no identificación por falta de herramientas	Creación de hoja de registro de incidencias	4	5	4	5	400
	Implantación de un programa informático	4	1	1	4	16
	Jornada de sensibilización sobre los riesgos de la no identificación	5	4	4	5	400
Falta de estandarización de normas de seguridad	Creación de protocolo de identificación del paciente	4	4	4	4	256
	Sesión informativa del protocolo	4	4	4	3	192

ANÁLISIS DE RESISTENCIAS

RESISTENCIA	CAUSAS	Nº PROF	INTENSIDAD	ACCIONES PROPUESTAS
SOLUCIÓN PREVISTA: Información a la Dirección sobre los riesgos de la no identificación.				
Dificultad para hacer llegar la información a la dirección del centro	- No objetivo prioritario - Gasto innecesario - Propuesta de otro status	3	2	- La identificación es un indicador de calidad. - A largo plazo disminuye costes.
SOLUCIÓN PREVISTA: Creación de una hoja de Registro de incidencias.				
Dificultad en introducir nuevos registros	- Se cuestiona la profesionalidad. - Aumenta la carga de trabajo. - Dificultad para admitir equivocación - No ven la importancia del registro	4	4	- Registro ágil. - Admitir equivocación no comporta represalia. - Registrar es la manera de actuar sobre el riesgo
SOLUCIÓN PREVISTA: Elaboración de un protocolo de identificación.				
Dificultad en implantar nuevos protocolos	- Poco interés en los mismos - Desconocimiento - Pérdida de autonomía	3	2	Información del protocolo: - Ubicación - Contenidos
SOLUCIONES PREVISTAS: Jornadas sobre la implantación de la identificación de pacientes.				
Resistencia al cambio	- Falta de interés por asistir - Aumento de la carga de trabajo. - No percepción de los beneficios. - Gasto innecesario	2	2	- Horarios accesibles. - Facilitar la asistencia. - Implicarlos en el cambio. - Agilización del trabajo. - Disminución del riesgo de errores

4. Creación de un protocolo de identificación de pacientes

- Establecer los criterios para la elaboración de un protocolo de identificación de pacientes.
- Elaboración del protocolo que deberá contener:
 - Sistema de identificación.
 - Momento de la identificación.
 - Ubicación de la identificación.
 - Quien identificará.
- Se hará constar en el manual para el personal de nueva incorporación este protocolo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alerta de seguridad en atención sanitario. Consultado en 01/07, en www.aaeds.org.
- At4 wireless . Consultado en 01/07 en www.at4-wireless.com.
- Wristband identification error reporting in 712 hospitals (1993)
- The status of bar codes in hospitals: a survey report (1989).

Campanya d'higiene

“la solució és a les teves mans”

F. Rosell, M. R. Coll, R. Garcia-Penche, M. Pons, N. Miserachs, Boada Port, Solans, A. Isidre

Equip Control d'infecció HUSC

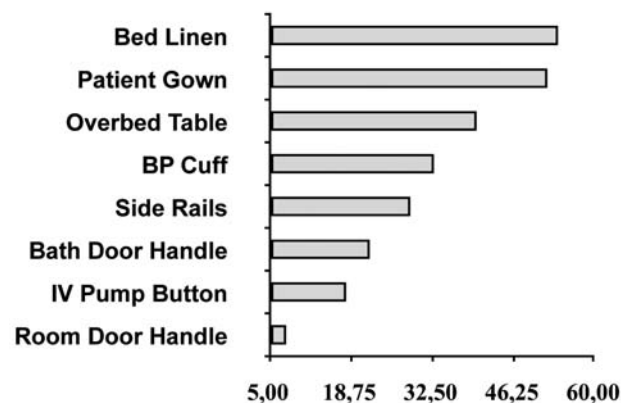
LA HIGIENE DE MANS ÉS IMPORTANT

- La infecció nosocomial afecta entre un 5-10% de tots els pacients ingressats i d'un 15-40% a les UCI.
- Les mans dels professionals sanitaris són la principal via de transmissió de microorganismes.
- La higiene de mans és la mesura més simple i efectiva per a prevenir les infeccions nosocomials.
- Els nivells d'adherència a la pràctica de higiene de mans entre els professionals sanitaris és < 40%.

Com se'ns contaminen les mans?

El personal sanitari pot embrutar-se les mans tocant superfícies contaminades per bacteries procedents de la pell o del tracte gastrointestinal dels malats.

% Superfícies contaminades per MARSa a l'habitació d'un malat



Les nostres mans són riques en microbis!

Flora resident:

- És pròpia de cada individu.
- Habita a les capes més profundes de la pell.
- Necessita un rentat quirúrgic.

Flora transitòria:

- És exògena a l'individu.
- Es troba a les capes més superficials de la pell.
- S'adquireix per contacte amb els pacients i superfícies contaminades.

Com eliminar la flora transitòria?

Rentat amb sabó antisèptic:

- Eliminació de la brutícia (acció mecànica) i dels microorganismes (acció antisèptica).

Fricció amb preparats amb alcohol:

- Eliminació dels microorganismes (acció antisèptica). Equival al rentat de mans amb sabó antisèptic quan les mans NO estan visiblement brutes.

Els preparats amb alcohol han aportat una important millora en la higiene de les mans.

1. Per la seva eficàcia.
2. Per la seva tolerància.
3. Perquè en faciliten l'acompliment.

Primera elecció en l'última guia dels CDC. *Guideline for Hand and Hygiene in Health-care settings MMWR oct 25,2002(51)*

1. Major eficàcia bactericida

	G(+)	G(-)	Micro-bacterias	Fongs	Virus	Actuació
Alcohols	+++	+++	+++	+++	+++	Ràpida
Clorhexidina	+++	++	+	+	+++	Intermitja
Iodòfors	+++	+++	+	++	++	Intermitja

CDC. *Guideline for Hand Hygiene in Health-care settings. Oct 2002*

2. Millor tolerància cutània

Contenen emol·lients que eviten l'efecte ressecant de l'alcohol.

Nombrosa bibliografia demostra que el risc de dermatitis és menor respecte al rentat de mans amb sabó antisèptic i higiènic.

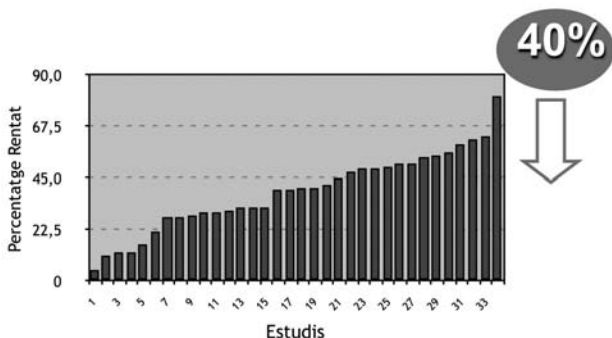
3. Major compliment

Per què és difícil rentar-se les mans?

- Punts de rentat de mans insuficients i poc accessibles.

- Manca de temps si hi ha càrrega excessiva de treball.
- Problemes dermatològics.
- Les mans no semblen estar brutes.
- No cal. Porto guants.

Higiene de mans del personal sanitari: acompliment mig en 34 estudis



Les nostres mans poden estar contaminades encara que no estiguin visiblement brutes!!!

Els guants també poden transmetre infeccions! A més, cal fer un ús adequat dels guants!!!

Avantatges dels preparats amb alcohol

Els preparats amb alcohol són molt més accessibles que les piques per rentar-se les mans i no necessiten instal·lacions específiques.

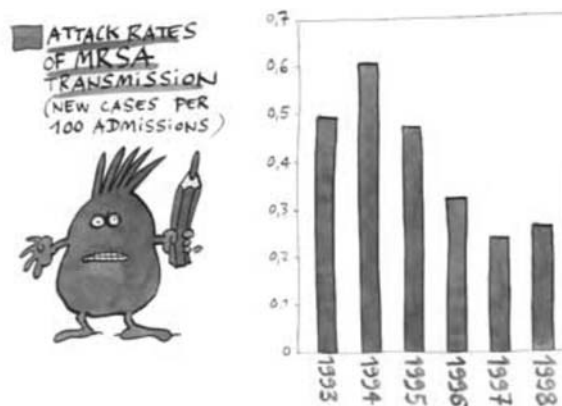
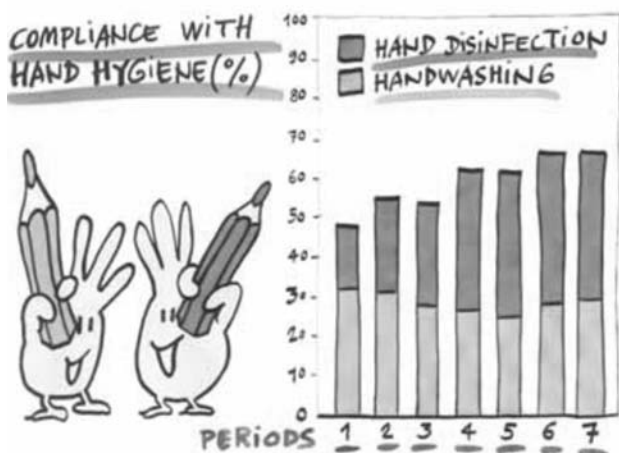
Presentació en diferents formats que permeten disposar-los a prop del llit del pacient incrementant la probabilitat que el personal sanitari es renti les mans en el moment més adequat i més freqüentment.

L'antisèpsia amb preparats amb alcohol és més ràpida (en 15 segons es poden eliminar el 99,9% dels microorganismes).

Necessita la meitat de temps que el rentat de mans convencional amb aigua i sabó.

I ... funcionen !!!

Pittet D, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000; 356:1307-12



Quan s'ha d'utilitzar els preparats d'alcohol?

1. Abans i després del contacte directe amb pacients, incloent procediments "nets" (pols, temperatura, pressió arterial, etc.).
2. Després de treure's els guants estèrils o no estèrils.
3. Després d'entrar en contacte amb líquids o excrecions corporals, mucoses, pell no intacta o embenats de ferides.
4. Abans de manipular un dispositiu invasiu (s'usin guants o no) com a part de l'assistència al pacient.
5. En atendre al pacient, quan es passi d'una àrea del cos contaminada a una altra de neta.
6. Després d'entrar en contacte amb objectes inanimats (fins i tot equip mèdic) en la immediata proximitat al pacient.

Però si les mans estan visiblement brutes cal fer sempre abans un rentat de mans amb sabó higiènic.

Com es fa la higiene amb preparats amb alcohol?

- Aplicar una dosi de producte suficient (3 ml).
- Fregar fins al canell.
- Repartir el producte pels palmells, dors, espais interdigitals i periungueals.
- Deixar assecar totalment.
- No eixugar amb paper.

Octubre del 2004, l'OMS va posar en marxa la World Alliance for Patient Safety amb l'objectiu de reduir els esdeveniments adversos i les seves conseqüències per a una salut més segura.

L'any 2005 l'OMS va llançar la campanya Clean Care is Safer Care, un repte mundial per a una millora en la seguretat dels pacients, basada en la integració de diferents estratègies i accions per promoure, entre d'altres, la HIGIENE DE MANS.

ALIANÇA PER A LA SEGURETAT DELS PACIENTS

Objectiu prioritari: millora en la prevenció de les infeccions nosocomials a través de la higiene de mans del personal sanitari.

Projecte estrella: higiene de mans amb preparats d'alcohol.

“La solució és a les teves mans”

L'estratègia de la campanya està basada en les metodologies definides per :

- CDC (center for disease control).
- OMS.
- Pittet, hospitals de Ginebra.
- NPSA, Anglaterra i Gàl·lia.

Estratègia multimodal:

- Implicar a la direcció del centre per fer d'aquesta iniciativa una prioritat a nivell local.
- Provisió de dispensadors en l'entorn immediat del pacient.

• Avaluació de nivell d'acompliment de la pràctica d'higiene de mans i provisió de *feedback* amb els resultats obtinguts.

- Reforç visual amb pòsters.
- Programa de formació i conscienciació.

Únicament amb una aproximació multifactorial i amb programes sostinguts s'aconseguirà una reducció de les infeccions nosocomials.

Per tant, cal:

- Educació específica del personal.
- *Feedback* sobre els resultats obtinguts.
- Cultura institucional.
- Suport actiu de l'equip directiu.



Una solució



La solució correcta

El mundo de Sherlock Holmes

Miguel Balcells Riba

Servei de neurologia

Justo en 2006 se cumplió el centenario de la publicación *Study in Scarlet*, novela que en 1886 un médico falto de pacientes había escrito y remitido a la revista *Cornhill* siéndole rechazada. Posteriormente envió su manuscrito a la editorial *Ward Lock and Co* que la incluyó en un almanaque del año 1887. Nació así Sherlock Holmes, uno de los personajes más famosos de la literatura de “evasión”.

El creador del rey de los detectives, Arhtur Conan Doyle, fue un médico con problemas en su trayectoria profesional. Tenía aficiones literarias y con ellas, además de ocupar su tiempo libre, intentaba recomponer su maltrecha economía.

Conan Doyle nació el 22 de mayo de 1859 en Edimburgo, estudiando medicina en su famosa Facultad. Al crear a Sherlock Holmes se inspiró en el Dr. Joseph Bell, profesor de la Universidad de Edimburgo, famoso por su “ojo clínico” que infundía a sus alumnos la virtud de la observación. El autor realizó dos viajes como médico de barco: al Ártico y a África Occidental. Fue miembro del cuerpo médico voluntario en la guerra anglo-boer, resaltando su actuación en un hospital de campaña, combatiendo una epidemia de fiebre tifoidea. De regreso a Inglaterra se estableció en Southsea, cerca de Portsmouth, donde comenzó a escribir las aventuras de Sherlock Holmes.

En 1889 presentó su tesis doctoral sobre el tema Tabes dorsales y en 1890 decidió especializarse en oftalmología, trasladándose a Viena, donde residió unos meses. Posteriormente abandonó el ejercicio de la medicina y se dedicó completamente a la creación literaria.

Es indudable que la condición de médico del autor, determinó que el compañero de aventuras y cronista del detective, James Watson, fuese un profesional de la medicina.

– **Conan Doyle relató las aventuras de Sherlock Holmes** y su amigo Watson a través de cuatro novelas: *Estudio en escarlata*, *El sabueso de los Baskerville*, *La marca de los cuatro*, *El valle del terror* y 56 relatos cortos. Del estudio de estas obras podemos deducir la “anatomía” del mítico personaje de Backer Street.

En el primer capítulo de *Estudio en escarlata*, el Dr. Watson tiene un encuentro casual en el bar del Criterion con un

alumno de prácticas del Hospital St. Bartolomé que, tras saber que busca aposento a compartir, le prepara una cita con un tal Sherlock Holmes que desea compartir habitaciones en el 221B de Backer Street. En ambos lugares se han colocado placas conmemorativas de estos encuentros.

Morfológicamente Holmes es alto y delgado “su estatura sobrepasaba los 6 pies y era tan extraordinariamente enjuto que producía la impresión de ser aun más alto”. Esta descripción dada por Watson equivale a 1,83 metros.

Holmes se nos describe con mirada aguileña, barbilla prominente y cuadrada y manos delicadas. El cráneo es dolicocefalo según expresión del doctor Mortymer, personaje de *El sabueso de los Baskerville*: “No me esperaba un cráneo tan dolicocefalo ni un desarrollo supraorbital tan pronunciado...”

El timbre de la voz es alto y algo estridente aunque muchas veces lánguido. Se nos presenta poco comunicativo, lacónico y de temperamento dominador, de carácter poco efusivo e indiferente ante los demás, aunque poseedor de una inteligencia fría, equilibrada y precisa.

Doyle nos presenta a su personaje como sumamente vanidoso, y así cuando el doctor Mortymer dice refiriéndose a Holmes: “Usted es el segundo de los grandes especialistas que hay en Europa. ¿Y podría yo preguntar-dice Holmes- quién tiene el honor de ser el primero?”. Y esta faceta culmina cuando él mismo afirma: “En el campo de la investigación criminal soy el más alto y supremo tribunal de apelación”.

La minuciosidad y el método son característicos del personaje así como la facultad de observación que Holmes cree necesaria para su profesión.

Sin embargo su estado de ánimo es cíclico, con rasgos maníaco-depresivos. Posiblemente su ciclotimia le impulsa al consumo de la morfina. Esta “necesidad” provoca el único enfrentamiento entre Watson y Holmes en *El signo de los cuatro*, donde el problema alcanza proporciones dramáticas: “Sus ojos se pararon pensativos por breves momentos en el musculoso antebrazo y en la muñeca, cubiertos ambos de puntitos y cicatrices de innumerables punciones... Presionó hacia abajo el minúsculo émbolo y se dejó caer hacia atrás, hundiéndose en el sillón forrado de terciopelo y exhalando un largo suspiro de satisfacción... Tres veces al día,



durante muchos meses, había yo presenciado esa operación”. La mejor terapia para el problema de Holmes lo constituye la actividad profesional y Watson deja patente que la morfina era un “relleno” para ocupar los períodos de inactividad: “Holmes no tenía vicios y si echaba mano de esa droga era como protesta contra la monotonía de la vida, cuando escaseaban los asuntos y cuando los periódicos no ofrecían interés”.

La mejor terapia para estos estados de “inercia” siempre era la presentación de un nuevo caso. Ahora bien, un depresivo no mejora con la presentación de nuevos problemas y acicates profesionales y ello contradice la supuesta psicosis maniaco depresiva de Sherlock Holmes. Dicho proceso con rasgos paranoicos fue defendido por Astrachan y Boltax en una carta publicada en la revista JAMA en 1966. La misma revista publicó, meses más tarde, una carta del Dr. Vash re-

batiendo la presunta depresión del detective y calificando su estado de agotamiento.

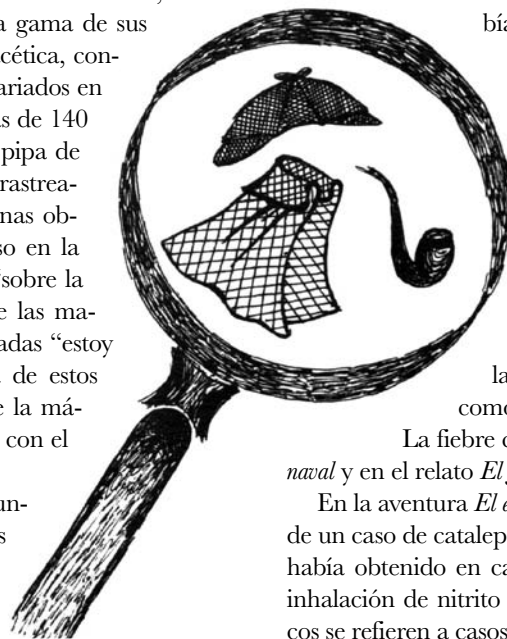
Su drogadicción –cocaína al 7%– jamás debe interpretarse como una terapia antidepresiva. En 1936, el semanario médico *The Lancet* publicó un artículo anónimo rebatiendo la cocaínomanía de Sherlock Holmes y atribuyendo la autoadministración temporal de cocaína al aburrimiento del detective que, con su ironía, hacía creer a Watson una falsa adicción.

– **Es también Watson el que nos resume los conocimientos y bagaje cultural de Sherlock Holmes bajo el epígrafe “Área de sus conocimientos”:**

1. Literatura: 0
2. Filosofía: 0
3. Astronomía: 0
4. Política: Ligeros.
5. Botánica: Desiguales. Al corriente sobre la belladona, opio y venenos en general. Ignora todo lo referente al cultivo práctico.
6. Geología: Conocimientos prácticos pero limitados. Distingue de un golpe de vista la clase de tierras: “Después de sus pases me ha mostrado las salpicaduras que había en sus pantalones, indicándome por su color y consistencia, en qué parte de Londres le habían saltado”.
7. Química: Exactos, pero no sistemáticos.
8. Anatomía: Profundos.
9. Literatura sensacionalista: Inmensos. Parece conocer con todo detalle todos los crímenes perpetrados en un siglo.
10. Toca el violín.
11. Experto boxeador y esgrimista de palo y espada.
12. Posee conocimientos prácticos de las leyes de Inglaterra.

Holmes es políglota: conoce y habla el alemán, el francés y también el latín, si bien la gama de sus conocimientos es excéntrica y polifacética, conduciéndole a escribir artículos tan variados en su temática como: “Sobre las cenizas de 140 variedades distintas de tabaco para pipa de cigarros y cigarrillos”, “sobre el rastreo de huellas de pies, con algunas observaciones sobre el empleo del yeso en la conservación de sus impresiones”, “sobre la influencia del oficio en la forma de las manos”... y otras monografías proyectadas “estoy pensando en escribir cualquier día de estos otra pequeña monografía acerca de la máquina de escribir y de sus relaciones con el crimen”.

El rapé es otro de sus hábitos, aunque se le nombra pocas veces en sus aventuras y en pocas ocasiones nos cuenta el Dr. Watson que su amigo Holmes ingiera alcohol.



Sin embargo Holmes es un gran fumador y no sólo de pipa, también los cigarrillos entran dentro de sus apetencias. Posee varias pipas y, como todo buen fumador de esta modalidad, es poseedor de una pipa de cerezo, una de arcilla, así como una de raíz de eglantina. La pipa es para Holmes su instrumento preferido para la meditación: “¿y qué va usted a hacer? –le pregunté. Fumar – me respondió. Es un asunto que me llevará sus 3 buenas pipas; y yo le pido que no me dirija la palabra durante 50 minutos y Sherlock Holmes se hizo un ovillo en su sillón, levantando las rodillas hasta tocar su nariz aguileña y de este modo permaneció con los ojos cerrados y la negra pipa de arcilla apuntando hacia afuera”.

El deporte y el mundo que le rodea no despiertan su interés. El deporte en Holmes sólo es aceptado con fines prácticos, aparte de la esgrima –que podríamos considerar tanto como un atavismo como una faceta del esnobismo– cultiva el boxeo y el baritsu, sistema japonés de lucha, y con ello se adelanta casi cien años a los espías y modernos agentes de policía.

Sobre la conducta humana Holmes mantiene una postura naturalista, y notablemente influenciada por el darwinismo, diciendo al respecto en *La aventura de la casa deshabitada*: “Yo sostengo la teoría de que los individuos ofrecen en su desarrollo todo el cortejo de sus ascendientes... Cada persona es, como si dijéramos, un resumen abreviado de la historia de su propia familia”.

– **En las distintas aventuras de de Holmes y Watson son relativamente frecuentes las descripciones de ciertos estados clínicos y referencias algunas enfermedades.**

Podemos transcribir un párrafo relativo a un accidente vascular cerebral: en *El escribiente del corredor de bolsa* nos relata una corea senil o un hemibalismo por angiosclerosis cerebral: “El anciano Farquhar... había tenido en otro tiempo una excelente clientela de medicina general; pero sus años y la enfermedad que padecía... una especie de baile de San Vito”.

La “Fiebre cerebral” se cita en muchas de las aventuras cortas, así dice Watson en *El ritual de Musgrave*: “Rachel, excelente muchacha pero de temperamento galés, un poco excitable, había sufrido un agudo ataque de fiebre cerebral, y en la actualidad... va y viene por la casa como una sombra ojinegra de lo que fue”.

La fiebre cerebral también es citada en *El Tratado naval* y en el relato *El Jorobado*.

En la aventura *El enfermo interno*, el doctor Trevelyan habla de un caso de catalepsia. Y Watson añade más adelante: “Yo había obtenido en casos así buenos resultados mediante la inhalación de nitrito de amilo”. Seguramente ambos médicos se refieren a casos de cataplejía, proceso que, a principios

221B BAKER STREET
LONDON NW1



SHERLOCK HOLMES

CONSULTING DETECTIVE

Sherlock Holmes.

de siglo frecuentemente denominado –como dice Watson– catalepsia.

– **Los aspectos terapéuticos de la época se aprecian** en el tratamiento de una intoxicación por combustión de carbón de encina, que es tratada con amoníaco y aguar-diente, según leemos en *El intérprete griego*.

El mismo doctor Watson habla del peligro de tomar más de 2 gotas de aceite de ricino, así como de los efectos sedantes de la estricnina en una conversación que mantiene con Tadeo Shalto en *El signo de los cuatro*. En esta misma novela, los hijos de Tadeo Shalto afirman que su padre sufrió un proceso crónico y así afirman: “Nuestro padre venía padeciendo desde hacía muchos años de una dilatación de bazo”, haciendo referencia posiblemente a una enfermedad tropical como podría ser la malaria.

En *la finca de Cooper Beecher* una institutriz hace la descripción de un niño portador de una probable encefalopatía conntal: “El pequeño, para su edad, tiene la cabeza completamente desproporcionada y voluminosa. Toda su vida parecerá transcurrir entre salvajes arrebatos de ira o intervalos de negra melancolía”

La figura de Sherlock Holmes y su popularidad han resistido la prueba del tiempo. En 1938, Christopher Morley fundó *Los irregulares de Baker Street* asociación para el estudio y difusión de las obras del famoso detective. En Londres existe la Sociedad de Sherlock Holmes, cuyo presidente es el rector del Pembroke College de Cambridge y que publica la revista monográfica *Baker Street Journal*. So-

ciudades similares existen en diversos países de Europa e incluso en el Japón. En nuestro país, coincidiendo con centenario de la publicación de la primera aventura de Sherlock Holmes se ha fundado la asociación “Actas de Backer Street”.

El hijo del autor, Adrian Conan Doyle junto con John Dickson Carr recogieron 12 casos, que Watson no nos relató, bajo el título *Las hazañas de Sherlock Holmes*.

Un norteamericano, Nicholas Meyer, nos ha brindado un relato apócrifo *Solución al 7%*, título acertadamente traducido al español como Elemental Dr. Freud, en la que se nos relata el encuentro de Sherlock Holmes con el Dr. Freud, a cuya consulta le conduce Watson, con engaños, a fin de someterlo a una terapia para curar su cocainomanía.

También Billy Wylder nos regaló una inteligente película, *La vida privada de Sherlock Holmes*, sobre un caso de espionaje resuelto por el detective.

En nuestro país, Néstor Luján ha publicado una deliciosa novela *A Mayerling una nit*, donde el consagrado Sherlock Holmes coincide con un detective que empieza a destacar, Hércules Poirot.

De la detenida lectura de las aventuras de Sherlock Holmes hemos podido dibujar un perfil de nuestro héroe. Ello nos permite concluir que el personaje es muy superior a sus aventuras. Conan Doyle, al igual que Cervantes con su Don Quijote, creó un mito superior a sus propias hazañas. Ambos personajes, aunque pocos hayan leído sus aventuras son conocidos en todo el mundo, constituyen auténticos mitos.

Comunicaciones en póster

María Jose Sánchez

Biblioteca

En los últimos años, las comunicaciones en póster han ganado prestigio ya que la mayoría de congresos científicos han ido estipulando que todas las comunicaciones fuesen en este formato. El póster constituye un tipo de comunicación con un potencial enorme ya que posibilita la transmisión concisa, clara y permanente de su contenido. De esta manera, puede ser analizado con detenimiento por los asistentes.

EL RESUMEN

El resumen del trabajo, que será evaluado por el Comité Científico del congreso es el paso previo a toda presentación. El Comité sólo dispondrá del resumen para aceptar o rechazar nuestro trabajo. Por ello, debemos cuidar especialmente la redacción del resumen y su contenido.

• **Estructura.-** La estructura del resumen del póster es la misma que la de las comunicaciones orales y debe incluir: título, autor, centro, introducción, metodología (materiales y método), resultados y conclusiones.

• **Contenido:** El resumen:

- Ha de comprenderse per se (para entenderlo no hace falta recurrir a otra fuente).
- Contendrá los puntos esenciales del trabajo.
- Debe ser claro, breve, exacto y conciso.
- El resumen es "un artículo en pequeño", en consecuencia, NO ha de contener:
 - Información que no sea esencial
 - Descripciones (muy) detalladas
 - Número excesivo de resultados
 - Información que luego no se incluirá en el póster
- Sí puede incluir si se considera conveniente: tablas y referencias bibliográficas

En un póster consideraremos dos aspectos importantes y complementarios: el contenido y la presentación.

El contenido viene determinado por el resumen y debemos exponerlo de la manera más didáctica y atractiva posible.

La presentación es el núcleo del diseño visual del póster:

SUGERENCIAS PARA CONFECCIONAR UN PÓSTER

Tipo y tamaño de letra (Al final incluimos una serie de ejemplos)

- No deben utilizarse solamente letras en mayúscula.
- Utilizar tipos de letra "sencillos", por ejemplo, Arial o Helvética, y no utilizar más de dos tipos distintos en todo el póster.

TÍTULO	AUTORES y FILIACIÓN	APARTADOS y SUBAPARTADOS	TEXTO
Poderse leer desde 1,5 a 2 m de distancia	Tamaño menor que el título	Subapartados menores que los apartados	Tipografía clara
Negrita	Negrita	Negrita	NO Negrita
Tamaño mín. 48 puntos	40 puntos o más	36 puntos o más	24 - 30 puntos

Importante: el tamaño de los apartados guarda relación entre sí, el título será el más grande y de ahí iremos reduciendo.

Conviene recordar que han de predominar las figuras y las tablas. Algunos autores sugieren que al menos el 50% del póster debe destinarse a representaciones gráficas.

- Los diversos apartados deben separarse mediante espacios en blanco.

- Toda aquella información que no sea importante o relevante no debe incluirse.

- Hay que cuidar la redacción así como la ortografía (los errores se magnifican)

Colores, tipos de figuras, gráficos.- Es importante tener en cuenta los colores que utilizaremos. El texto, las tablas y las figuras deben contrastar y no deben confundirse con el fondo.

Restringir el uso de tonos de apariencia "fluorescente" (verdes, naranjas y azules muy brillantes), que son casi imposibles de reproducir con fidelidad.

Hay que procurar que las tablas, las figuras y otros elementos gráfcicos guarden armonía en cuanto a tamaño, tipografía y colores, entre ellos y con el resto del póster.

El "buen gusto" debe primar. No hay que confundir el póster con un cartel publicitario.

ERRORES MÉS FRECUENTES EN EL DISEÑO

• **Texto difícil de leer** (letra demasiado pequeña, borrosa desde lejos...). Soluciones:

- Aumentar el tamaño de la letra
- Tipo de letra ("font"): que sea sencilla, fácil de leer desde lejos y que no distraiga al lector. P.e.: la letra Times New Roman, no es apropiada para un póster: cuesta verla y leerla fácilmente desde lejos.

- No utilizar sólo mayúsculas. Utilizar la negrita como recurso para dar énfasis.

- Comprobar que se lee bien todo el póster desde al menos un metro de distancia: si tú no lo lees o no lo ves bien, los demás tampoco.

• **Póster demasiado "lleno"**: en el póster no cabe "todo", hay que seleccionar:

- Centrarse en los puntos más importantes
- Si hay demasiado texto: utilizar más recursos gráfcicos (tablas, figuras).
- Tener muy claro que "un póster no es un artículo en letra grande".

• **Mala organización del contenido del póster**

- Organizar la información en columnas (facilita la lectura).

- Organizar el texto del póster alrededor de las figuras.

- Cada apartado o subapartado debe tener su encabezamiento: sirven de guía al lector.

- Tablas y figuras con pies o texto explicativo.

Apéndice.- Si colocamos estas hojas a distintas distancias de nuestra vista, podemos valorar qué tipo nos gusta más o qué tamaño es el más adecuado para nuestro póster.

**Letra
72 p.
neg**

**Letra 48
puntos,
negrita**

**Letra de 36
puntos,
negrita**

- Para el texto:

24 puntos
a 36 puntos

- Tipo ("Font"). Ejemplos de 26 puntos.

Arial

Verdana

Comic Sans MS

Garamond

Impact

Georgia

Tahoma

Courier

Este texto tiene
mayúsculas y
minúsculas

ESTE TEXTO
SÓLO
TIENE
MAYÚSCULAS

Éste se lee
desde lejos
(36 puntos)

ÉSTE NO SE LEE MUY BIEN,
CUESTA LEERLO DESDE
LEJOS (18 PUNTOS)

Y ÉSTE PRÁCTICAMENTE NO SE
VE (NI SE LEE) (14 PUNTOS)

BIBLIOGRAFÍA

1. Effective presentations homepage. KU Medical Center. Online tutorial serie. [En línea] <http://www.kumc.edu/SAH/OTEd/jradel/effective.html>
2. Guardiola E. El póster, una forma de presentación eficaz en un congreso. [En línea] <http://travesia.mcu.es/documentos/posters.pdf>

PLANTILLA PÓSTER CORPORATIVO.- Estos días desde el Portal GAP se puede descargar la propuesta de plantilla de póster, que os presentamos.

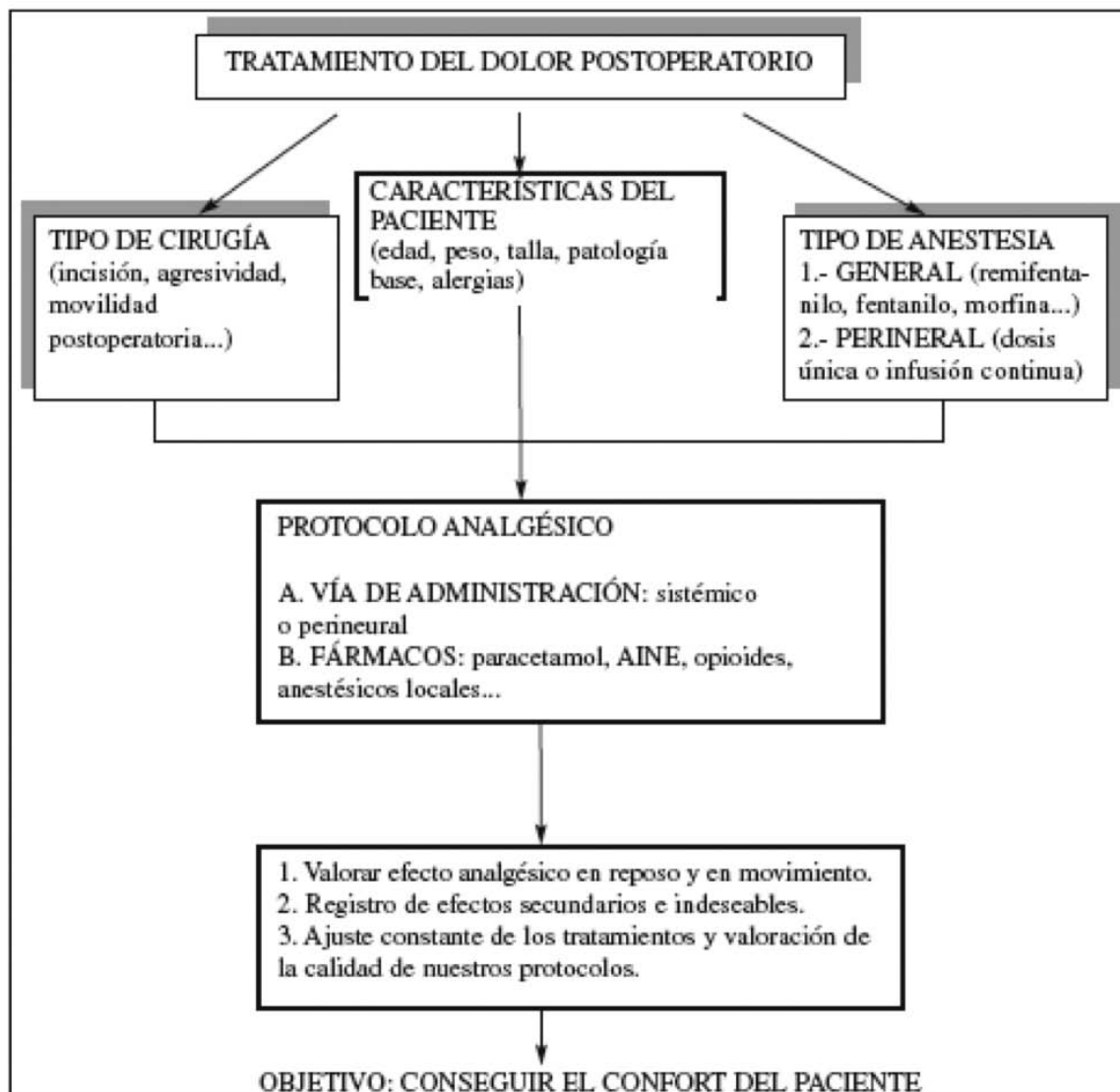
Confort postoperatorio

Un reto para el hospital del futuro

Vicente de Sancris Briggs, Enric Carral, German Rosales, Margarita Aguas

Unitat del Dolor. Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor
Servei de Medicina Interna
Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
Servei de Farmàcia

Partimos de la línea teórica de “¿hacia dónde?” debemos ir: dónde estamos en este momento y qué objetivos queremos alcanzar a medio y largo plazo, planteándonos cómo alcanzarlos.



IDEAL

Elaboración de un plan terapéutico analgésico multimodal, desarrollado en colaboración de los distintos servicios implicados: unidad del dolor, farmacia, medicina interna y servicios quirúrgicos, que evite la toma de medidas que puedan provocar interacciones indeseadas.

Moderador: Vicente De Sanctis. Unidad del Dolor

- ¿Qué es el confort? Introducción del concepto.
- Escalas de dolor (EVA) como 5ª constante: EVA 3 veces en las primeras 24 h. de postor.
- Sedación y bloqueo motor en el postoperatorio inmediato.
- Consensuar protocolos de dolor postoperatorio.
- Pautas generales para el tratamiento del dolor postoperatorio inmediato.
- Introducir la valoración del desconfort en el postoperatorio inmediato (24 h.)

FARMACIA. Dra. Aguas

- Conocer cómo y a qué nivel de la conducción dolorosa actúa cada tipo de analgésico nos ayuda a mejorar el tratamiento y a evitar cronificaciones.

- Interpretación de las pautas analgésicas.
- Evaluación del cumplimiento de esas pautas.

MEDICINA INTERNA. Dr. Carral

- Efectos secundarios más frecuentes que hay que tratar.
- Control de los factores de desconfort en el postoperatorio inmediato: interpretar signos y síntomas.
- Evolución de la sintomatología.
- Valoración psicológica del paciente.
- Pasar de la analgesia postoperatoria al confort del paciente en el postoperatorio.

COT-SERVICIO QUIRÚRGICO. Dr. Rosales

- El servicio quirúrgico debe marcar las pautas que considere más idóneas: según el tipo de intervención y las características del paciente.
- Valoración física.
- Seguimiento del tratamiento, aplicación de los protocolos.

Confort postoperatorio

Un reto para el hospital del futuro*

Vicente De Sanctis Briggs

Unidad de Dolor. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor

*Sesión hospitalaria 8 de mayo de 2008

¿CONFORT POSTOPERATORIO?

Estado en el que existe una ausencia de ansiedad, dolor o sufrimiento y en el que todas las necesidades físicas están satisfechas.

OBJETIVO

Conseguir el confort del paciente:

- Valoración del paciente:
 - Edad.
 - Peso, talla, índice masa corporal.
 - Alergias.
 - Patología renal, hepática, cardiovascular, respiratoria, neurológica o psiquiátrica.
 - Tratamiento analgésicos habituales.
 - Interacciones farmacológicas.
 - Estados fisiológicos especiales: gestación, etc.

FACTORES DE DISCONFORT

Relacionados con:

Analgésia	Efectos secundarios
Reposo	Náuseas, vómitos
Movimiento	Gastralgias y dispepsia
Tos	Estreñimiento, íleo
Descanso nocturno	Desorientación, somnolencias
Deambulaci3n	Prurito
Ingesta	Alteraciones urinarias
Fisioterapia	Parestesias
Rehabilitaci3n	Hemorragias
	Fiebre

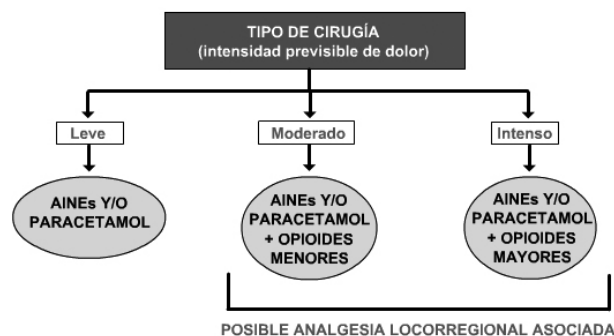
QUINTA CONSTANTE: EVA

- Hacer visible el dolor es el comienzo de una buena estrategia analgésica de una organizaci3n

- Escala Visual Anal3gica (EVA)

- Evaluaci3n peri3dica
 - 3 veces en las primeras 24 h.
- Registro sistemático de indicadores
- Análisis de resultados
- Consenso de aplicaci3n de resultados
- □ Satisfacci3n ∴ EVA = VALOR

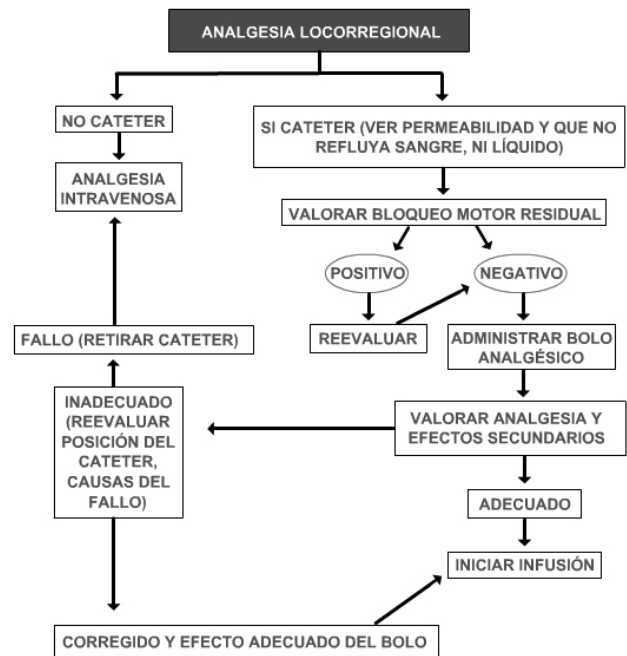
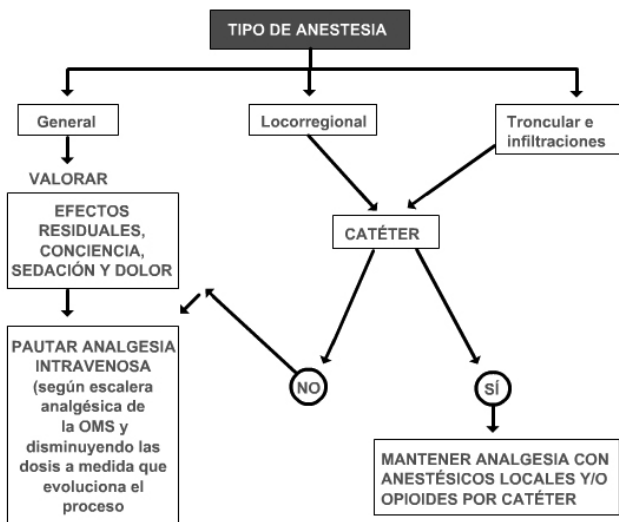
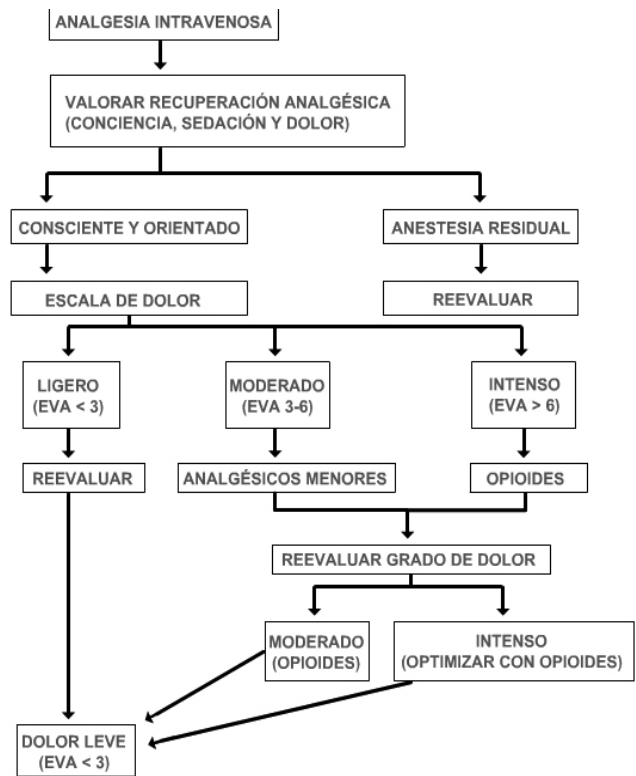
ANALGESIA MULTIMODAL



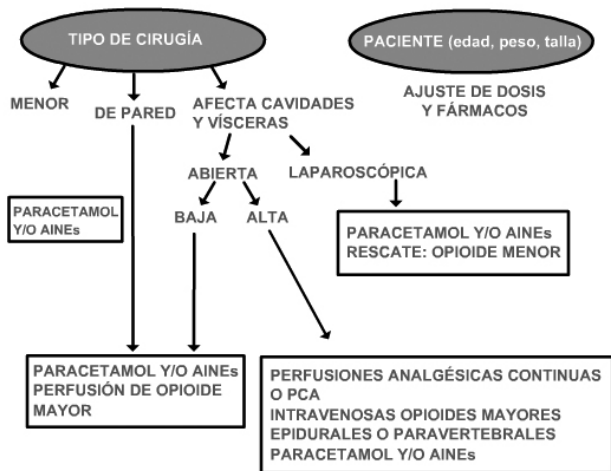
DURACION DEL DOLOR IASP

Lugar	Tipo	Duraci3n
Intratorácico	Esternotomía	8 (5-6) d.
	Toracotomía	4 (3-7) d.
Intraabdominal sup.	Gastrectomía	4 (3-7) d.
	Colecistectomía y otros	3 (2-6) d.
Intraabdominal inf.	Histerectomía	2 (1-4) d.
	Colectomía	2 (1-4) d.
	Apendicectomía	1 (0.5-3) d.
Renal	Nefrectomía	5 (3-7) d.
	Pielolitotomía	5 (3-7) d.
	Laminectomía	
Grandes articulaciones		

Lugar	Tipo	Duración
	Cadera (reemplazo o reconstrucción)	3 (2-6) d.
	Rodilla (reemplazo o reconstrucción)	3 (2-6) d.
	Hombro (reemplazo o reconstrucción)	3 (2-6) d.
	Codo (reemplazo o reconstrucción)	3 (2-6) d.
Otras extremidades	Mano o pie	3 (2-6) d.
	Reducción abierta, injerto, amputación	2 (1-4) d.
	Reducción cerrada	2 (0.5-3) d.
Vascular	Varices-safenectomías	2 (1-3) d.
Vejiga y próstata		2 (0.5-4) d.
Periné	Anorectal	2 (1-5) d.
	Vaginal	1 (0.5-3) d.
	Escrotal	1 (0.5-3) d.
Maxilofacial		2 (1-6) d.
Piel	Injerto mayor	2 (1-5) d.
	Injerto menor	0.5 (0.5-2) d.
Cabeza y cuello		1 (1-3) d.
Pared abdominal	Hernia ventral	1.5 (1-3) d.
Pared torácica	Mastectomía radical	1.5 (1-3) d.
	Mastectomía menor	0.5 (0.5-1) d.



ALGORITMO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CIRUGÍA GENERAL



- Catéter preidural
Bupivacaína: 0.125 – 0.25 % 3 - 6 ml / h.
Ropivacaína: 0.20 % 3-6 ml / hora

Oral:

- Metamizol: 575 mg cada 8 horas
- Diclofenaco: 50 mg cada 8 horas
- Paracetamol: 500 mg cada 6 horas
- Ketorolaco: 10 mg cada 6 horas
- Dexketoprofeno: 25 mg cada 8 horas
- Codeína: Oral 30 mg cada 8 horas
- Paracetamol + Codeína
Oral 500 mg + 30 mg cada 8 horas

Dolor leve:

- Metamizol: EV 2 g
- Dexketoprofeno: EV 50 mg
- Paracetamol: EV 1 g
- Ketorolaco: EV 30 mg
- Diclofenaco: IM 75 mg

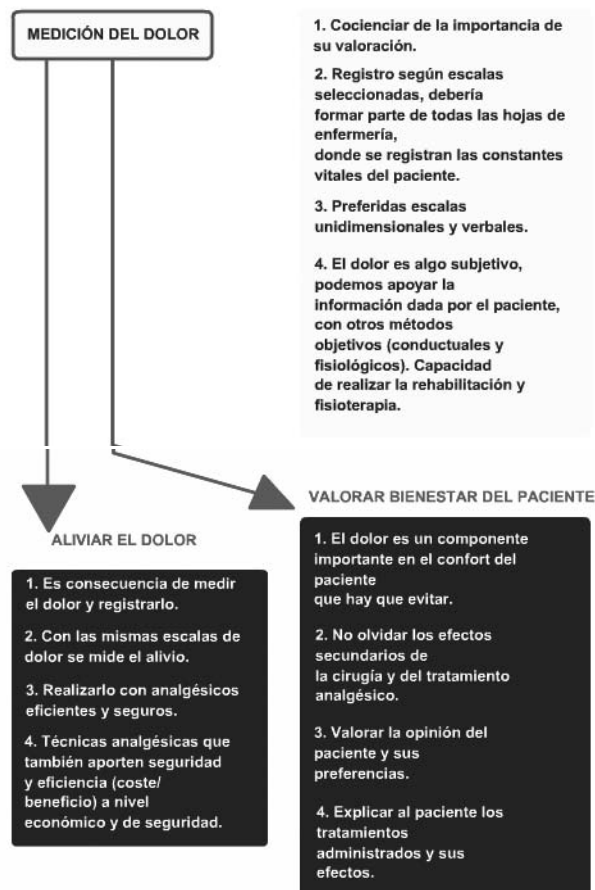
Dolor moderado:

- Metamizol: EV 2 g
- Dexketoprofeno: EV 50 mg
- Paracetamol: EV 1 g
- Ketorolaco: EV 30 mg
- Diclofenaco: IM 75 mg
- +
Tramadol: EV 1 mg / kg cada 8 horas
Oral 50 mg cada 8 horas

Dolor intenso:

- Opioides
 - Cloruro mórfico: SC cada 6-8 horas 3-5 mg
 - Metadona: SC cada 8 horas
- Anestésicos locales
 - Intrapleural
Ropivacaína o Bupivacaína 15-20 ml ; 5-10 ml / h

ALGORITMO DE MEDICIÓN DEL DOLOR



Tratamiento de el dolor postoperatorio

G. Rosales Calvo

Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología.

EL PACIENTE

- Entrada en un medio extraño.
- Incertidumbre.
- Certeza del dolor.

PACIENTE INTRANQUILO.

INFORMACIÓN BÁSICA

Conocer el estado previo del paciente.

Encuesta de calidad de vida

- Información previa de sus necesidades.
- Paso previo a la publicación de trabajos científicos con validez en las principales publicaciones nacionales e internacionales.

OBJETIVOS

- Objetivos preoperatorios.
- Objetivos intraoperatorios.
- Objetivos postoperatorios:
 - Inmediatos.
 - Estancia hospitalaria.
 - Momento del alta.

Objetivos preoperatorios

- A) Información básica del medio hospitalario.
- B) Consentimiento informado de la cirugía con relato del postoperatorio inmediato.
- C) Información de la analgesia básica que “garantize” al paciente la seguridad de que sufrirá el dolor imprescindible y mínimo.

A+B+C = PACIENTE TRANQUILO.

PACIENTE TRANQUILO = MENOS DOLOR.

Objetivos intraoperatorios

- Coordinación y colaboración de anestesia, servicios quirúrgicos y enfermería.
- Determinación de protocolos para mejora del rendimiento analgésico:
 - Bloqueos.

-Analgésia postoperatoria.

-Catéteres

- Aplicación de los protocolos desde la salida de quirófano hasta la llegada a la sala de reanimación.

Objetivos postoperatorios

Inmediato

- Coordinación y colaboración de anestesia, servicios quirúrgicos, servicios medicina (UMF) y enfermería.
- Llegada a planta con el protocolo de analgesia ya iniciado.
- Test de EVA.
- Información a la familia: dolor, pauta y analgesia de rescate.

Estancia hospitalaria

- Valoración del dolor: EVA.
- Valoración de la pauta analgésica:
 - +Evolución EVA.
 - +Cuantificación de la analgesia de rescate.
- Transición de la pauta analgésica para la adaptación a la pauta domiciliaria.
- Nivel de satisfacción del paciente.

Objetivos postoperatorios en el momento del alta

- Información y receta para la pauta domiciliaria.
- Protocolos unificados y personalizados según la patología.
- Situación ideal: test de EVA durante los 7 primeros días del paciente en su domicilio.

CONCLUSIONES

- Coordinación de servicios hospitalarios: anestesia, servicios quirúrgicos, servicios medicina y enfermería.
- Protocolos analgésicos: diseñados y tutelados por la Clínica del Dolor.
- Seguimiento de los resultados: test de EVA y consumo de analgesia de rescate.
- Objetivo principal: conseguir el confort del paciente.

Dolor postoperatorio

Margarita Aguas

Servicio de Farmacia

EVALUACIÓN DE LAS PAUTAS ANALGÉSICAS

Revisión literatura.

- Más del 50% sufren experiencias dolorosas desagradables tras una IQ a pesar de nuevos fármacos y técnicas.
- Dolor.
 - Características clínicas → óptimo para tratarlo.
 - Agudo y previsible.
 - Duración limitada.
 - No tiene función biológica alguna.
 - Aparece en enfermos bajo estricto control clínico.
 - Pacientes sin enfermedades importantes de base.
 - Fármacos eficaces.
 - Su limitada duración despreocupa a los profesionales sanitarios y, a veces, hace menos exigentes a los pacientes.
- Jeffrey y col. (2003) encuesta telefónica a 250 pacientes tras IQ.
 - El 80% presentaron dolor agudo y de estos, el 86% padecieron un dolor moderado, severo o extremo.
- Mesas y col. (2003) valoración en las 24 h del postoperatorio.
 - Dolor intenso en el 21% de los pacientes y molesto en el 30%.
- Soler y col. (2001) valoración en las 24 h del postoperatorio.
 - Baja utilización de analgésicos opiáceos.
 - Alto porcentaje de prescripción a demanda.
 - En pacientes con buena prescripción analgésica.
 - Intervalos regulares.
 - Dosis perfectamente definidas. En muchos pacientes no se administró o se administraron parcialmente.
- HUSC. (2004) estudio transversal (238 pacientes). Se analizó:
 - Situación clínica (IQ, enfermo neoplásico).
 - Analgésicos administrados.
 - Características del dolor (agudo, crónico, localización).
 - Entrevista para cuantificar el dolor (0-10) y la eficacia de la analgesia.
- Resultados.
 - El nivel de dolor (24 h) era superior a "4" en el 30,7%.

- A un 13,6% no se les prescribió analgésico.
- Al 86,4% se les prescribió 84 analgésicos.
 - 43 s/p (administración 30,2%).
 - 41 pauta fija (administración 65,8%).

PAUTAS ANALGÉSICAS

Analgésicos no opiodes- AINE

- Analgésicos simples.
 - Paraaminofenoles: PARACETAMOL.
 - IV: 1 g/6-8 h.
 - Oral: 500 mg-1 g/6h.
- Derivados pirazólicos: METAMIZOL.
 - IV: 2g/8 h.
 - Oral: 575 mg/8 h.
- Derivados del ácido salicílico.
 - aspirina.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Todos tienen tope analgésico y efectos adversos a altas dosis.

- Derivados del ácido acético: DICLOFENACO.
 - IM: 75 mg/12 h.
 - Oral: 50 mg/8-12 h.
- Derivados del ácido propiónico.
 - IBUPROFENO.
 - Oral: 600 mg/6-8 h.
 - DEXKETOPROFENO.
 - IV: 50 mg/8-12 h.

Analgésicos opiodes

- Poseen afinidad selectiva por los receptores opiodes, ampliamente distribuidos por el SNC (cerebro y médula espinal) y otras áreas del organismo; siendo los más importantes los μ , δ y κ .
- Según la capacidad de activar un determinado tipo de receptor se clasifican en:
 - Agonistas puros.
 - Selectivos sobre receptores μ .
 - No tienen efecto techo como analgésicos.
 - Morfina, codeína, tramadol, petidina, metadona, fentanilo.
 - Agonistas parciales (buprenorfina).

- Agonistas-antagonistas mixtos (pentazocina).
- Antagonistas (naloxona).

- Duración efecto analgésico: 4 - 6 h
- Vía oral 30 mg/6-8 h

Opiodes mayores

- Morfina (ampollas 10 mg/ml).
 - IV: 0,1-0,15 mg/kg/4-6 h (5-20 mg/4-6 h).
 - sc: 3-5 mg/6-8 h (sin diluir).
- Petidina (ampollas 100 mg/ml).
 - sc: 1 mg/kg/ 8 h(sin diluir).
 - IM, IV: 50-150 mg/4-6 h.
 - Metabolito activo (normeperidina) de vida media larga excitabilidad del SNC.
- Metadona (ampollas 10 mg/ml).
 - sc/ 8 h.

<60 kg= 1 mg	>60 kg=2 mg
>60 años=1 mg	<60 años=2 mg
Leve= 1mg	intenso=2 mg

Opiodes menores

- Agonistas puros con potencia analgésica menor que los mayores.
- Potencian su acción asociados a analgésicos no opioides.
 - Tramadol (ampollas 100 mg, comp 50 mg).
 - Potencia analgésica: 100 mg ->10 mg de morfina.
 - Duración efecto analgésico:4-6 h.
 - Dosificación VO, IM, IV: 50-100 mg/4-6 h.
 - Codeína (comp 30 mg).

Recomendaciones

- Asociación de 2 AINES o 2 opiáceos no apropiada.
 - Dos analgésicos con el mismo mecanismo de acción no aumenta la eficacia y si los efectos adversos.
- La eficacia es mayor cuando se administran para prevenir la aparición de un dolor esperable, y menor cuando se administra para tratar un dolor ya establecido.
- En consecuencia, el mejor efecto analgésico se obtiene utilizando los fármacos en dosis o intervalos adecuados, con una pauta prefijada. La pauta de s/p aumenta la angustia del enfermo y las necesidades de analgésicos.
- Baja utilización de opiáceos.
 - En España arraigada el uso de metamizol (no anglosajones y en mayoría de europeos).
 - Existe el miedo a la aparición de reacciones adversas a opiáceos (dependencia y depresión respiratoria).
 - Falta de conocimientos sobre el arsenal analgésico disponible.
 - Los opiáceos se deben emplear en función del origen y la intensidad del dolor, no de la gravedad de la enfermedad.
- La prevención, evaluación, valoración y vigilancia del dolor PQ mal controlado debe ser una constante del equipo que atiende al paciente.

El dolor postoperatorio

El confort postquirúrgico como objetivo

E. Carral

Unitat d'Atenció al Malalt Fràgil. M. Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor.

EFFECTOS SECUNDARIOS

		Gastrop	Digest	Hepato	Respirat	SNC	Hemato	Renal
AINES	Paracetamol							
	Metamizol							
	Diclofenaco							
	Dexketoprofeno							
	Ibuprofeno							
	Ketorolaco							
OPIOIDES	Tramadol							
	Codeína							
	Morfina							
	Oxicodona							
	Fentanilo							
	Buprenorfina							
	Mepiridina							

EFFECTOS SECUNDARIOS A TRATAR

	Efecto secundario	Prevención / Tratamiento
AINES	Antecedentes gastropatía	Omeprazol
	Asociados a corticoides	
	Ancianos > 65 a	
OPIOIDES	Vómitos	Metoclopramida
	Estreñimiento	Laxante
	Prurito	Retirar
	Retención orina	Control/sondaje
	Depresión respiratoria	Naloxona
	Sedación	Naloxona

INTERACCIONES

Post-cirugía:

Metamizol						
Diclofenaco	Carbamacepina ↑	Triptanes ↑	Macrolidos ↑	Antagonistas Ca ↑	Nitritos ↑	Amiodarona ↑
Dexketoprofeno						
Ibuprofeno	Fenitoina ↑	Anticoagulantes ↑	Torasemida ↑	ARA II ↑	Carvedilol ↑	Fluoxetina ↑
Ketorolaco						
Tramadol	Triptanes (Sd serotoninérgico)	Fluoxetina (riesgo de convulsión)				
Codeína	Fluoxetina (↓ opioide) (Sd serotoninérgico)					
Morfina						
Oxicodona						
Fentanilo						
Buprenorfina	Diclofenaco (↑ >5 opioide)	Macrólidos (↑ >5 opioide)				
Meperidina						

GRUPOS DE ESPECIAL RIESGO

Ancianos

Ajustar según hepática/renal. Limitar uso de AINES. Riesgo de depresión respiratoria aumentado. Prevención de efectos secundarios. No usar coadyuvantes anticolinérgicos.

Nefropatías

Evitar AINES. Riesgo de descompensar HTA. Ajustar dosis en insuficiencia.

Hepatópatas

Limitar el Paracetamol. Precaución AINES. Efecto antiagregante. Anticomiciales riesgo de hepatopatía.

CONTROL SIGNOS/SÍNTOMAS

- Valoración integral del paciente. (Unidades ortogeriatría).
- (Unitat d'Atenció al Malalt Fràgil. M Interna).
- Historia clínica.
- Medicación previa.
- Situación funcional previa.
- Valoración componente sensorial/físico.
- Valoración emocional.
- Valoración cognitiva.

CONTROL FACTORES DE DISCONFORT

- Pre-cirugía:
 - Información precisa del proceso.
 - Información síntomas postoperatorio inmediato.
- Peri-cirugía:
 - Técnicas quirúrgicas y anestésicas.

- Sufrimiento físico:

- Cardiovasculares: hipertensión y taquicardia.
- ↑ consumo de oxígeno: riesgo coronario.
- Alteración del tránsito intestinal: por dolor o analgesia.
- Función respiratoria: retención secreciones, atelectasia, patología previa...
- Dolor severo: dolor crónico, retraso.

- Sufrimiento emocional.

- Alteración del sueño: humor, la movilización...
- Euforia post-cirugía inmediata.
- Negativismo. Trastorno adaptativo.
- Interpretación errónea síntomas/tratamiento.

- Sufrimiento cognoscitivo:

- Delirium: hiper/hipoactivo.
- Agudización síntomas demencia previa.
- Contención física.

CONFORT POSTOPERATORIO

- Fármaco adecuado al tipo de dolor y dosis ajustadas.
- Conocer los antecedentes dolorosos del paciente.
- Tratamiento síntomas asociados.
- Prevenir y tratar los efectos secundarios.
- Medidas no farmacológicas para aliviar el dolor.
- Atención a la situación emocional.
- Evitar sedación excesiva para evitar efectos secundarios.
- Informar y tranquilizar al paciente sobre los riesgos del tratamiento.
- Información gradual de pronóstico.

Recurs 'Cuidados de salud basados en la evidencia: recursos del Instituto Joanna Briggs'

El Ministerio de Sanidad y Consumo finança l'accés universal i gratuït des d'Espanya als recursos del The Joanna Briggs Institute per a tots els professionals de la salut, consumidors, cuidadors i qualsevol usuari interessat, permetent l'accés des de qualsevol ordinador ubicat al territori a través de la plataforma JBI COncNECT (Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics – Red clínica de Evidencia on-line sobre Cuidados):

<http://es.jbiconnect.org/>.

Aquesta plataforma proporciona als usuaris una sèrie de recursos i eines per buscar, valorar críticament i resumir l'evidència disponible, utilitzar-la en la pràctica clínica i avaluar el impacte de la seva utilització.

El recursos amb accés universal i gratuït són:

- Best Practice Information Sheets;
- RAPid: Base de dades de Protocols d'Avaluació Ràpida;
- PACES: Sistema de Aplicació Pràctica de l'Evidència Clínica;
- POOL: Programa de gestió de resultats dels cuidatges;
- Articles sobre Evidencia en Cuidatges de Salut;
- Revista Internacional sobre els Cuidatges de Salut Basats en l'Evidencia;
- Col·lecció 10 revistes del JBI/Editorial Blackwell.

Aquest recurs el podeu utilitzar directament des de l'adreça <http://es.jbiconnect.org> o bé dins l'apartat "MBE – Guies de Pràctica Clínica" de la Biblioteca Digital Josep Laporte.

JBI COncNECT España
Red clínica on-line de Evidencia en Cuidados y Procedimientos

Bienvenido a JBI COncNECT!

El acceso universal gratuito a los recursos del Instituto Joanna Briggs, en todo el territorio español, es posible gracias a la suscripción realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

Para acceder de modo libre y gratuito a los recursos en inglés

Internet

Docència a l'HUSC

Dr. Enric Gil de Bernabé

Cirurgia

La necessitat d'aprendre ha estat sempre una de les inquietuds pròpies de l'espècie humana i la que ha fet que aquesta hagi sobresortit en els seu desenvolupament pel damunt de l'evolució d'altres. A la nostra professió, la medicina, això és ben cert, però també és cert que juntament amb les ganes d'aprendre, i quasi d'una manera innata, tenim una tendència evident a ensenyar als nostres companys o als joves estudiants de les nostres universitats aquelles tècniques i coneixements de que disposem, sense esperar res a canvi, tan sols la satisfacció de fer-los participants de les nostres habilitats. On hi ha un metge i un estudiant de Medicina, hi ha un professor i un alumne, establint-se entre ells una relació, d'una manera automàtica, de mestre -paternalista i alumne -respectuós. Veiem doncs, que la docència sempre ha anat i sempre anirà lligada al propi fet de l'existència de la Medicina. Però amb això no n'hi ha prou. Amb aquesta tendència pròpia de la nostra feina es podria dir que es crea una docència per osmosi, molt vàlida per transmetre coneixements, però no suficient per assolir un nivell adequat i equilibrat de la professió. La complexitat de la medicina és tan alta i tan extens el seu camp, que s'imposa una estructuració de la progressió en els coneixements molt ben pensada, al mateix temps que ha de establir-se una progressió en el nivell d'assumpció de les responsabilitats pròpies de la professió.

Les tècniques docents, al igual que tots els aspectes de la vida, han d'anar canviant en decurs dels temps. Les maneres d'ensenyar que eren vàlides fa uns anys, avui en dia es veuen desfasades i impossibles de dur a terme. La classe magistral ha desaparegut enfront dels seminaris i tallers d'habilitats que avui es fan. La rigidesa pròpia d'altres èpoques ha deixat pas a una estructura molt més flexible que permet la proximitat entre el professor i l'alumne. Aquesta flexibilitat junt amb la facilitat actual de les comunicacions, obren una porta encara bastant nova, la d'aprendre tot viatjant i coneixent altres persones i cultures diferents, contribuint a un aprenentatge no sols tècnic sinó també amb molt més contingut humà i d'enriquiment personal.

La història de la vocació docent del nostre hospital ve de molt lluny, des de la seva fundació com entitat l'any 1879 i amb edifici propi l'any 1883. Transcripció a continuació com a il·lustració d'aquesta afirmació un escrit del Dr. Castellà que apareix al llibre del Patronat del Hospital del Sagrat Cor a l'any 1939, fent referència a la manera d'ensenyar

del Dr. Cardenal, gran cirurgià que havia estat director de l'hospital:

“Y era de vez, como los martes y viernes de cada semana, se apretujaban en la sala de operaciones del hospital, multitud de médicos y cirujanos que asistían a sus lecciones de operatoria quirúrgica; lecciones que no las daba en tono académico y sentando cátedra, sino con el bisturí en la mano, disecando las regiones plano por plano y con tal perfección, que parecían asistir a una lección de disección anatómica”

Fins no fa gaires anys, la docència es feia, al nostre centre i arreu, d'una manera semblant a la descrita del Dr. Cardenal, és a dir, estant els alumnes al costat dels especialistes o mestres que transmetien el seu saber, après a la vegada dels seus mestres, a tots els que volguessin posar-se al seu costat. Tinc que recordar aquí al que va ser el meu mestre i el de tants d'altres cirurgians, el Dr. Víctor Salleras, que no fa gaire ens va deixar, i que va saber transmetre els seus coneixements amb honestat i elegància, coneixements que havia adquirit al costat del Dr. Puig-Sureda. És evident que aquesta manera de fer avui en dia no funcionaria. Abans, cada mestre tenia la seva manera de fer les coses que preservava amb molta cura. Avui, amb el gran desenvolupament de les tècniques d'intercanvi de coneixements, podríem dir que la medicina també s'ha globalitzat a l'hora que el creixement dels coneixements evoluciona a un ritme vertiginós. Es requereix una professionalització de l'ensenyament, i una optimització dels recursos que garanteixin la qualitat de l'aprenentatge sense deixar llacunes de coneixement. Aquesta nova manera de fer (encara que ja té més de 20 anys de rodament) és, amb les seves coses bones i els seus defectes, el que coneixem per l'ensenyament MIR.

Creiem fermament que perquè el nostre Hospital assoleixi un alt nivell assistencial, i que aquest sigui de qualitat, és imprescindible que paral·lelament es desenvolupi la docència al mateix nivell, i en aquesta tasca és en la que estem. Intentem potenciar al màxim les possibilitats docents de la nostra institució.

Vull fer a continuació un recull dels diversos fronts en els que l'Hospital es mou, des del punt de vista de la docència, per tal de poder comprovar que son moltes les persones que confien en nosaltres per que els transmetem els nostres coneixements i contribuïm a formar-los en els aspectes humans de la professió.

DOCENCIA DE PRE-GRAU

ALUMNES ESTRANGERS

Argentina

L'any 2002 es va signar, com a conseqüència de les converses mantingudes pel Dr. Xavier Ruiz, aleshores Cap d'Estudis del nostre Hospital, un conveni de col·laboració amb la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (UBA). Durant aquests 6 anys, el flux d'alumnes argentins ha estat constant i dut a terme sense problemes. És a destacar la seriositat d'aquesta Universitat en quan a l'organització de la vinguda dels alumnes, mantenint un criteri clar en quant a la selecció d'alumnes. Cal pensar que la demanda de places és molt superior a la oferta que nosaltres podem donar.

Hem de dir també que el nivell de coneixements d'aquests estudiants és elevat, al igual que, per afinitats culturals, és elevada la seva capacitat d'integració entre nosaltres. Quan arriben al nostre país a fer l'estada, que segons al cas pot arribar a un any de durada, l'hospital els proporciona un ajut important, la seva manutenció. Tenen a la seva disposició tiquets de menjador que els permet no preocupar-se del tema alimentari i minimitzar el considerable dispendi que els representa l'estada entre nosaltres.

Al nostre Hospital duen a terme una rotació pel servei de Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia i Cirurgia General, en 5 períodes de 8 setmanes cadascun, amb la incorporació de 8 alumnes nous en cada període, segons podem veure al quadre 1

Això suposa un total de 40 rotacions/any, que no vol dir 40 alumnes ja que molts d'ells fan varies rotacions i que algunes places no s'omplen a última hora per decisió de la UBA.

Aquestes rotacions es duen a terme al nostre Hospital des de l'any 2002, amb satisfacció tant per part nostra com per part de la Facultat Argentina. La coordinació d'aquestes estades es fan des del departament de docència via e-mail amb la Secretaria de aquella Universitat.

Perú

Amb aquest país americà tenim un conveni signat amb l'UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO (UPAO), des del mes de novembre de 2004.

Els alumnes d'aquesta universitat efectuen quatre períodes de rotació per els mateixos quatre serveis abans indicats, de 3 mesos cadascun durant un any natural per alumne ja que cadascun d'ells passa pels 4 serveis indicats, segons es mostra al quadre 2.

Així, doncs, es realitzen 16 rotacions/any fetes per 4 alumnes, encara que de vegades falla alguna rotació.

Amb aquesta Universitat, l'acceptació l'anàvem fent nosaltres per ordre de sol·licitud. Això representava una importància demora ja que els candidats eren molt més nombrosos que la nostra capacitat per acceptar-los, i creava una certa injustícia ja que l'únic criteri era el temps de llista d'espera. Amb la nostra capacitat, aquesta espera sobrepassava els 3 anys i anava en augment. Es feia evident que després de 3 anys, els alumnes que estaven en llista d'espera, molt probablement ja no vindrien quan els toqués per haver fet la rotació en un altre centre o senzillament perquè ja no hi estarien interessats. Per aquest motiu, varem acordar amb el Degà d'aquesta Universitat i amb la Oficina de Relacions Exteriors, que la selecció d'alumnes es fes al Perú i segons el criteri que ells creguessin més oportú, ja que nosaltres no ho podíem fer per motius obvis de distància.

Mèxic

A l'HUSC hem tingut relació per docència d'alumnes amb 2 Universitats d'aquest país:

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS. CUERNAVACA

Per el nostre Hospital han passat 4 alumnes, tot i que no tenim cap acord signat amb aquesta entitat. Des de fa 2 anys no tenim cap sol·licitud nova, sense que sapiguem exactament quin es el motiu.

UNIVERSIDAD LATINO-AMERICANA DE CUERNAVACA, MORELOS

Amb aquesta Universitat tampoc hi ha cap conveni signat, no hi ha hagut cap contacte ni ha passat cap alumne, tot i que actualment en tenim 2 sol·licituds, una d'elles ja acceptada i l'altre pendent de fer-ho. El que sol·liciten és similar a la rotació que fan els estudiants peruans, és a dir, una rotació de 1 any natural per alumne, fent estada als Serveis de Medicina Interna, Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia, i Cirurgia General

QUADRE 1						
	1er. Període	2on. Període	3er.Període	4rt.Període	5e.Període	TOTALS
MEDICINA INTERNA	4	4	4	4	4	20
OBSTETRICIA I G.	2	2	2	2	2	10
PEDIATRIA	1	1	1	1	1	5
CIURGIA GENERAL	1	1	1	1	1	5
TOTALS	8	8	8	8	8	40

QUADRE 2					
	1er. Trim.	2on. Trim	3er. Trim	4rt trim	TOTALS
MEDICINA INTERNA	1	1	1	1	4
OBSTETRICIA I G.	1	1	1	1	4
PEDIATRIA	1	1	1	1	4
CIURGIA GENERAL	1	1	1	1	4
TOTALS	4	4	4	4	16

Alemania

És el país del que més alumnes hem tingut, tot i que no hi ha cap conveni signat amb cap institució. L'ensenyament de la Medicina a aquest país els dóna bastant de llibertat als estudiants en el sentit que tenen un ampli ventall de possibilitats per dur a terme pràctiques sanitàries. Només cal una acceptació per part del centre receptor i que aquest els emeti un informe o qualificació (el format es variable segons la Universitat a la que pertanyen) i amb això se'ls convalida la pràctica portada a terme, portant un informe de l'Hospital o Servei on han estat.

Les rotacions i els temps són variables. Alguns tenen beques Erasmus i venen mitjançant la Universitat de Barcelona, però la majoria s'han organitzat ells mateixos la rotació els últims anys de carrera, segons he comentat més amunt.

N'han passat 17 pel nostre hospital de diverses universitats: Berlín, Colònia, Dusseldorf, Hannover

Actualment hi ha 1 alumne alemany entre nosaltres; es tracta d'una beca Erasmus, de Hannover, de març a juliol al Servei de Medicina Interna.

Altres països

No hi ha acords signats. D'una manera esporàdica i per temps variable segons el cas, han vingut al nostre centre estudiants de França, Bèlgica e Itàlia encara que el nombre és molt reduït en comparació amb d'altres grups.

UNIVERSITAT DE BARCELONA

No hi ha cap dubte que aquesta universitat, per motius de proximitat i pels acords signats amb ella des de fa molts anys, és la que representa una major càrrega docent pel nostre centre. El nivell de compromís amb ella és elevat ja que la relació bé de molt llarg temps. Cap a finals de la dècada dels 60 del segle passat i començaments de la dels 70 ja la Facultat de Medicina enviava alumnes al nostre Hospital, encara que d'una manera bastant anàrquica amb la finalitat de poder solucionar els problemes puntuals que tenien per sobresaturació d'estudiants i escassa possibilitat de dur a terme pràctiques a l'Hospital Clínic. Amb el temps això ha canviat molt, tenint com a finalitat última la qualitat de l'ensenyament. Actualment els alumnes venen de manera institucionalitzada i en base a uns acords existents, que es renoven amb una certa periodicitat, i a unes possibilitats del nostre Hospital. Aquesta

activitat mou un volum considerable de gent implicada en la docència. Anualment passen pel nostre centre entre 160 i 180 alumnes, hi ha 9 professors associats de la UB de les especialitats de Medicina Interna, Pneumologia, Cirurgia General, Cirurgia Toràctica, Radiodiagnòstic, Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria i Neurologia (els Drs./Dres. C. Fornós, J. Delàs, O. Parra, E. Gil de Bernabé, L. Molins, E. Mauri, Valls, Jamil, A. Arboix), i d'altra banda hi ha molts més companys de l'Hospital que col·laboren amb entusiasme i desinteressadament en aquesta tasca docent per tal de poder dir que el nostre Hospital és Universitari, i sense els que no seria possible

ENSENYAMENT CLÍNIC DE QUART CURS.

A quart curs de Medicina, els estudiants fan el seu període d'ensenyament pràctic a les especialitats de Neurologia, Patologia Respiratòria (Pneumologia i Cirurgia Toràctica), Malalties de l'Àpares Digestiu (Digestiu i Cirurgia General) i Cardiologia (amb estada a la UCI). La coordinació de totes les activitats corresponents la porta la Dra. Olga Parra. Un cop efectuada aquesta estada, es procedeix a avaluar l'alumne tenint en compte la assistència, interès demostrat, la qualitat manifestada en la exposició de cassos clínics, la presentació de seminaris, el tracte amb el malalt, elaboració de un port-foli, examen teòric en algunes especialitats, etc. De tot això, ha de sortir una nota que després promitjarà amb la nota de l'examen final teòric.

En el quadre 3 veiem el nombre d'alumnes de quart any que aquest curs passen pels diversos Serveis de l'Hospital.

QUADRE 3			
		1er. Període	2on període
4rt. CURS	Pneumologia	8	8
	Cardiologia	8	8
	Neurologia	8	8
	Digestiu/Cirurgia	8	8
TOTALS		32	32
		TOTAL	64

ENSENYAMENT CLINIC DE 3er. I 5è CURS

A tercer i cinquè curs els alumnes s'integren al Servei de Traumatologia, Urologia, Obstetrícia-Ginecologia i Pediatria mitjançant acords directes entre els respectius catedràtics de les assignatures oficials i els corresponents Caps de Servei del nostre Hospital, segons les necessitats de la Facultat i les nostres possibilitats. El nombre d'alumnes que el present curs acadèmic han passat o passaran pels diferents Serveis són els que veiem al quadre següent:

QUADRE 4		
		curs 2007/8
4t.- 5è. CURS	TRAUMATOLOGIA	20
	PEDIATRIA	2
	GINECOLOGIA	20
	UROLOGIA	34
	MEDICINA INT.	22
TOTAL		98

ENSENYAMENT DE POST-GRAU

FORMACIÓ MIR

L'Ensenyament de postgrau, bàsicament format per l'ensenyament de formació MIR, és sens dubte el major compromís docent del nostre Hospital. És cert que de vegades, i en alguns sectors hospitalaris, la docència MIR crea una mica de por, por a requerir més dedicació a la feina i a treballar més lentament per poder fer docència, i que això empitjori les situacions laborals que, en ocasions, també són precàries. Costa veure aquest metge en formació com a un company que si be et donarà mes feina, també t'aportarà molta dedicació, molta il·lusió, molta energia i t'estimularà a fer les coses el més ben fetes possibles ja que, com és natural, ho mirarà tot amb ulls molt més crítics que els nostres i demanarà el perquè de totes les coses.

A l'Hospital del Sagrat Cor, l'ensenyament MIR va co-

mençar ja fa molts anys, inicialment d'una manera tímida i que poc a poc, ha anat agafant empena. La primera oferta va ser una plaça del Servei de Dermatologia i es va aconseguir gràcies a la determinació del Dr. P. Umbert, essent el Dr. Francesc López Gil, dermatòleg avui dia ben reconegut, el primer MIR del nostre centre i del qual molts de nosaltres en guardem un bon record, especialment els que durant molt de temps varem fer guàrdies plegats.

Paulatinament es varen anar incorporant d'altres especialitats a aquesta tasca docent. Les especialitats que avui ofereix el nostre Hospital son: Medicina Interna, Medicina Comunitària i de Família, Oftalmologia, Dermatologia, Farmàcia, i Pneumologia.

En el quadre num. 5, podem veure el nombre de metges i farmacèutics que s'han incorporat al nostre Hospital aquest curs, així com el nombre total gens menyspreable de 47 futurs especialistes que es formen entre nosaltres.

A banda d'aquestes places, creiem que es pot encara aprofitar més la nostra capacitat docent. Per aquest motiu, l'hospital té la intenció de augmentar l'oferta de formació MIR, de moment en les especialitats de Traumatologia, Radiodiagnòstic, Anestesiologia, Cirurgia General i Neurologia, essent Radiodiagnòstic el Servei que té el procés més avançat.

ACORDS AMB ALTRES ENTITATS

De sempre hi ha hagut relació docent amb diverses entitats, privades o públiques, encara que moltes vegades s'ha tractat de relacions esporàdiques, curtes en el temps, o bé fetes de paraula exclusivament. Estem en la línia de procurar formalitzar aquestes relacions sempre que sigui possible de manera que es signin convenis de col·laboració entre ambdues parts. El nombre de places/any en formació i les entitats de que provenen, són els que reflecteixen el quadre 6

En aquest breu escrit hem comptabilitzat un nombre elevat de persones que passen pel nostre centre. Però la docència no és només un nombre. Cadascuna d'aquestes persones porta unes ganes d'aprendre, unes vivències i unes il·lusions que es compliran en més o menys grau en funció de moltes

QUADRE 5						
	Pneumol.	Farmàcia	Oftalmol.	Dermatol.	MI	Med. Fam.
1er any	1	1	2	1	1	7
2on. Any		1	2	1	1	8
3er. Any		1	1	1	1	7
4rt. Any			1	1		7
5e. Any					1	
TOTAL	1	3	6	4	4	29
					TOTAL	47

variables i en gran part de la capacitat docent del nostre centre i de la seva voluntat docent. Simultàniament, aquests “aprenents” han deixat en els seus tutors però també a tot l'hospital, unes vivències irrepetibles que generaran uns records i potser unes amistats de per vida, i unes petjades que passaran a formar part de la història del centre. Veiem, doncs, que el “esperit” de la docència és una cosa molt complexa, molt més que fer quadrar unes xifres de alumnes i de tutors, e inclús uns diners ja que inevitablement comporta unes despeses. El valor és a un altre nivell, al fons del cor de cadascuna de les persones que intervenen en el procés docent.

Vull aprofitar aquestes línies per agrair a l'anterior Director Mèdic de l'hospital, el Dr. Jaume Carbó, el interès i la sensibilitat demostrats en aquest aspecte i el impuls que volia donar a aquesta vessant hospitalària. Com a Director de Docència, voldria que mai es perdés aquest esperit docent que crec que avui en dia esta prou arrelat entre nosaltres sinó que es consolidés encara més, considerant la docència com un valor afegit i de gran importància dins de la nostra institució i que s'associés al nom del nostre Hospital, essent

un pilar bàsic per el seu bon funcionament i prestigi en el mon sanitari.

QUADRE 6		
	àrea	nombre
UAB	Practiques Odontologia	12
UOC	Master Neurociències	2
ISEP	Master psicol. Clínica	3
UB	Master retina, glaucoma	2
ALTRES		2
TOTAL		21

El comitè d'ètica assistencial fa 10 anys Cinc aproximacions des de diferents perspectives

Santi Barba¹, M^a Jesús García², Tere Nerin², Rosa Batet², Carles Puertas³, Javier Vicente⁴, Eduardo Irache⁵

1. Metge president del CEA. 2. Enfermera, miembros del CEA. 3. Usuari, membre del CEA. 4. Advocat, membre del CEA. 5. Médico. Expresidente del Comité de Ética Asistencial

FELICITEM-NOS

Feia 16 anys que havia acabat la llicenciatura, el meu període de formació pràctica com a metge l'havia deixat enrera, la formació com especialista ja superada i podríem pensar que ja estava en condicions de passejar la categoria de "metge senior" –com s'estila dir ara– pels passadissos de l'Hospital. D'això fa deu anys, quan jo em vaig incorporar al Comitè d'Ètica Assistencial.

Ara mateix no recordo gaire bé com feia de metge fa més de 10 anys, no recordo com era aquesta persona que sovint era més metge que no pas feia de metge. Segurament no hi ha massa canvis o no els sé veure amb una claredat objectiva.

Però, malgrat aquesta consideració, jo tinc molt clar –i ho he rumiat repetides vegades– que la meva visió de la professió, de la pràctica mèdica, de l'atenció als pacients i de la relació interprofessional ha madurat enormement en aquests deu anys; en alguns aspectes han eixit consideracions totalment noves, en altres s'han completat, contradit o reformulat. Sí, és clar que la pràctica professional i una mínima formació continuada sacsejades amb una bona dosi de temps comporta un enriquiment per a qualsevol treballador. Però els coneixements, els comentaris, els diàlegs a cops acalorats, el treball de grup al sí del CEA, sobre una disciplina de la que no hem rebut cap formació reglada prèvia, m'ha resultat un descobriment enormement enriquidor a nivell personal. Recompensa sobrada a un esforç i dedicació imprescindibles.

El Comitè d'Ètica Assistencial té dos valors fonamentals, que són els que fan que pugui existir i perpetuar-se: multidisciplinarietat i diàleg. Com a comitè ha d'estar format per un grup de persones que convé que siguin diverses, tant des del punt de vista personal com professional, per què el *collage* d'opinions doni peu a un diàleg fructífer i enriquidor que és l'eix vertebrador de la bioètica.

D'una forma menys abstracta podem definir l'objectiu dels CEAs: promoure la reflexió sobre els aspectes ètics o morals de l'acció sanitària i afavorir el diàleg interdisciplinari dels diferents agents que hi intervenen. I les funcions són ajudar a la presa de decisions en conflictes (assessorar), promoure canvis d'actituds i pràctiques (protocols, guies, documents, enquestes) i facilitar la formació en aquest camp (sessions, cursos).

Al nostre hospital, partint d'un grup de gent interessada i motivada per una formació interna recent, es constituí un grup gestor que, primer de quatre grapes i després fent tentines, va donar forma, en un embaràs de més de 3 anys, al actual comitè. Un cop la roda té forma és fàcil que agafi un camí per fer via, però cal cercar nous impulsos i nous pendents per tal que la roda no s'aturi. De tot plegat fa 10 anys i juntament amb la feina feta és motiu suficient per commemorar-ho, donar a conèixer, cercar complicitats, obrir espais.

Per molts anys!

Santi Barba

Pensamiento de una enfermera desde la perspectiva del Comité de Bioética

¿Qué nos ha enseñado un Comité de Bioética? Comentamos algunas enfermeras acerca del trabajo realizado desde el propio Comité.

Algunas respuestas: los conocimientos éticos, el ser respetuosos, el valorar la autonomía del paciente, el reflexionar sobre una determinada forma de actuar, la tolerancia, la coherencia....

En realidad todo ello es ser enfermera, ya que las di-

mensiones éticas hacen que la enfermera tenga una situación privilegiada en el acompañamiento de la persona que requiere cuidados. Para ello la dimensión científico-clínica ha de ser conjugada con la ético-humanística. Las enfermeras están llamadas, pues, a tomar la palabra en todo aquello que afecte al entorno del cuidado, en un entorno seguro. Curley (1998) señala que la práctica del cuidar científico y humanístico (*caring*) incluye no sólo lo que hacen las enfermeras sino cómo lo hacen. Wolf *et al* (1994) definieron este "cuidar" científico y humanístico con cinco dimensiones: respeto hacia el paciente, trato humano constante, con-

xión con el paciente de manera positiva, conocimiento y destreza profesional, y estar atento a las necesidades del paciente. ¿Enfermera en un Comité de Bioética o sólo enfermera? Creo que una enfermera es lo que es, independientemente del lugar y la función que desempeñe. Gracias al Comité de Bioética por esta enseñanza continua y felicidades por el cumpleaños.

M^a Jesús García, Ter e Ner in, Rosa Batet

Deu anys meravellosos

Aviat farà 10 anys que mitjançant una infermera i amiga d'aquest hospital em van convidar a formar part del grup del Comitè d'Ètica Assistencial com a representant dels usuaris d'aquesta gran entitat. Després de tot aquest temps només haig de dir, i molt resumit, que m'he enriquit en els meus coneixements a conseqüència del gran suport que he rebut per tots aquells que han format i formen part del CEA i que he comprés la importància d'aquest estament, perquè realment és necessari que hi sigui, ja que és una part important pel desenvolupament de la tasca per la que hi és i per l'hospital en especial per a nosaltres els usuaris.

També haig de dir que sempre que he intervingut en qualsevol tema que pugui haver sorgit, sempre –i dic sempre– se m'ha escoltat, i tant si he tingut raó o com si no he rebut per part de tots l'atenció necessària, de veritat que estic orgullós de pertànyer a aquest grup tan meravellós.

Finalment dir que sóc aquí per qualsevol cosa que faci falta per la bona marxa del CEA, com sempre hi he estat.

També felicitar a tots els metges i infermeres que han estat al meu costat i que tan bé m'han tractat.

Carles Puer tas

Els juristes en els Comitès d'Ètica Assistencial

La participació d'un assessor jurídic és un requisit imposat normativament en la composició dels Comitès d'Ètica Assistencial, com un element més del caràcter multidisciplinari que han de tenir aquests òrgans consultius per tal de cercar l'equilibri i la pluralitat d'opinions consubstancial als mateixos.

Des de la meua perspectiva, és una previsió encertada, en tant que les situacions i els casos que arriben al Comitè, tot i que han d'analitzar-se amb criteris preferentment ètics i mèdics, s'insereixen en un marc jurídic que s'ha de respectar i que també pot proporcionar pautes per la deliberació i la discussió.

Des del punt de vista estrictament personal, considero que la meua participació en el CEA del Sagrat Cor m'ha reportat un notori profit professional, en tant que m'ha permès conèixer la complexitat de les situacions que cada dia susciten conflictes ètics en la pràctica assistencial, prendre consciència de la complexitat d'aquestes situacions i aprendre a integrar les meves valoracions tècniques amb opinions

i criteris ètics i humans que, indiscutiblement, enriqueixen la meua percepció, alhora que m'han evidenciat la necessitat d'aprofundir en l'anàlisi i en la flexibilització dels criteris professionals de decisió i d'actuació.

Durant aquests anys en què he format part del CEA he apreciat a més un creixent interès i preocupació social per l'ètica en la pràctica de l'activitat sanitària i, al meu parer, estem assistint a l'inici del que serà una exigència cada cop més ineludible, com ara la de complementar la prestació dels serveis sanitaris amb un ingredient qualitatiu essencial: el respecte a la autonomia i la dignitat dels pacients, i la permanent avaluació dels actes mèdics i d'infermeria des d'una perspectiva ètica.

Ens espera un nou repte i hem d'estar preparats per afrontar-lo.

Javier Vicente

Esto no ha hecho más que empezar

Cuando en la primavera del 98, Jordi Delás nos propuso formar un Comité de Ética Asistencial, no lo dudé: me pareció una propuesta éticamente correcta. Gestar, en un maravilloso grupo, y pertenecer a este comité, está siendo una experiencia estimulante y creativa.

Cuando hablamos de los derechos del paciente podemos referirnos a los administrativos o a los más estrictamente individuales-éticos. Los administrativos han calado masivamente entre los ciudadanos. Las reclamaciones por posibles errores, las exigencias de pruebas complementarias, la prontitud en la asistencia, son defendidas, como poco, con ahínco.

Los derechos más individuales-éticos tienen dos pilares fundamentales: el derecho a ser informado y el derecho a decidir sobre el curso de la enfermedad y en la etapa final de la vida. Es un giro copernicano con respecto a las concepciones paternalistas, donde el médico tenía la primera y la última palabra. "Sabía" lo que le convenía al enfermo.

Los pilares están puestos; sin embargo, ni los pacientes, ni el personal sanitario estamos suficientemente sensibilizados en el tema. La encuesta que el CEA ha propuesto en nuestro Hospital, ha sido contestada por menos del 10% del personal.

Representa un cambio de gran calado dejar de ser paciente-dependiente y pasar a ejercer la autonomía y el poder de decisión sobre nuestra enfermedad y nuestra forma de acabar. Puede suponer un cambio tan radical, que cueste mucho ponerse las pilas. ¿O es que en vejez no interesa? Porque tampoco pasaría nada.

Miro hacia atrás y veo que han cambiado bastantes cosas. Pero pienso que si "Veinte años no es nada", como dice el tango, ¿qué representan diez años? Miro hacia el futuro con la esperanza de que pacientes y sanitarios, todos, podamos poner en marcha el cambio, cada uno desde el territorio que le pertenece. Miro hacia el futuro y os digo con afecto: "esto no ha hecho más que empezar".

Eduardo Irache

www.annalsdelsagratcor.org

Tot el que vols saber sobre
la revista a un sol click

**història · contacte · qui som · comitè d'ètica assistencial · novetats
publicació actual · l'hospital és història · publicacions anteriors · recerca
protocols i guia d'actuació · residents · estudiants · agenda**

