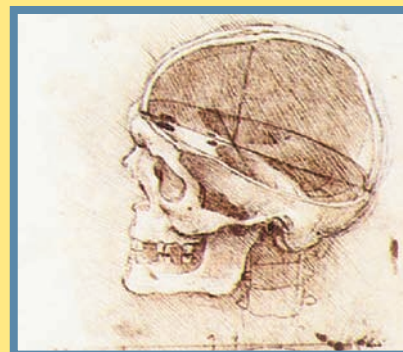


Annals del Sagrat Cor

Volum 15. Número 4. Desembre 2008

Editorial	85
Originals	130-141
– Presentació.....	130
– Sistemàtica de captura digital y tabulació automàtica de las respuestas obtenidas en las encuestas de satisfacció. <i>I. Arbusá, F. J. Peso, J. C. Gómez, A. Rendé, I. Ruíz</i>	131-132
– Percepci3n de un plan de calidad a trav3s de los profesionales responsables de su implementaci3n. <i>I. Buixadera, D. Cabau</i>	133
– Aproximaci3n econ3mica del ahorro en el presupuesto general hospitalario por evitaci3n de reingresos en una unidad de hospitalizaci3n a domicilio. <i>N. Parra, D. Sort, X. Arroyo, A. Rodr3guez, E. Fontanals, J. M. Palomer, R. de Castro, F. Rosell</i>	134-135
– H3bitos saludables en profesionales de un centro hospitalario. <i>J. Guasch, M. Carrascosa, M. Gonz3lez Peris</i>	136-137
– Acciones de mejora en la seguridad del uso del medicamento en el Centro Sociosanitario Palau. <i>L. Rodr3guez, M^{ra}T. Sauque, A. Calder3n, E. Bresme, M. Aguas</i>	138-139
– Protocolo para la aplicaci3n de contenciones f3sicas. <i>N. Pirilla, M. J. Gimeno, M. Mascar3, R. Mesas, E. Irache</i>	140-141
Sessions cl3niques	142-152
– Jornada sobre tratamiento integral en la obesidad infantil y del adolescente. <i>J. Ajram</i>	142
– Obesidad infarto - juvenil. <i>N. Cabrinety</i>	143-144
– Obesidad m3rbida: aspectos psiqui3tricos. <i>J. Seguí</i>	145-147
– Obesidad m3rbida en infancia y adolescencia: aspectos psiqui3tricos. <i>P. L. Toro</i>	148
– Unidad de cirur3a metab3lica y de la obesidad m3rbida. <i>J. Foncillas, M^{ra} Á. Blasco, N. Roca</i>	149-150
– Protocolo de actuaci3n y resultados. <i>J. Foncillas, M^{ra} Á. Blasco, N. Roca</i>	151-152
Article especial	153-165
– 2008-2009: a3o mundial contra el dolor oncol3gico. <i>V. De Sanctis, I. Arias</i>	153-156
– La anatomía renacentista. Precursora de la cirur3a moderna. <i>J. M. Mier, S. Vall3s, M. Abdelkarim, J. Fibla, L. Molins, G. Vidal</i>	157-165
Índex anual	166-168



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

Annals del Sagrat Cor 1993-2008

A partir d'aquest número i durant tot el 2009 celebrarem els 15 anys de publicació dels Annals del Sagrat Cor. I la primera novetat és que per a fi ha quedat establert que els Annals apareixeran cada tres mesos. Ens sembla que aquesta periodicitat és força adequada, ja que permet recopilar amb freqüència acceptable la producció científica a casa nostra.

Per una publicació del tipus que sigui, 15 anys és una fita important i com no escapa a ningú, en aquest temps han passat moltes coses. Els canvis es poden ja veure en el diferent aspecte de les portades que es pot consultar a la web de la publicació www.annalsdelsagratcor.com

Quan el Dr. Puigdollers va reinventar la publicació a partir de l'antic Boletín del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, l'edició es feia en un llavors modern programa informàtic, Ventura, i es fotocopiava al departament de reprografia de l'Hospital. Varen caldre forces anys per passar a l'edició professional i finalment el disseny i coordinació per l'actual equip d'ediciones El Ciervo 92 que vetlla perquè siguem el màxim curiosos amb les dates de publicació.

Podeu figurar-vos la quantitat de persones que han escrit i treballat entre línies per fer possible aquests 15 anys dels Annals.

Algunes segueixen el peu del canó i altres que, per molts diferents motius, ja no hi són. Entre moltes altres persones que ben segur en un moment o altre recordarem volem recordar en Pere Marco que durant molt de temps ha estat l'editor de la publicació. Ho ha posat tot molt fàcil i ha contribuït a fer cada vegada la revista més atractiva.

La voluntat segueix vivent. La visibilitat del que es fa, del que es voldria fer.

L'esforç de molts companys per a comunicar a la comunitat científica el seus pensaments i les seves observacions.

Un altre motiu de satisfacció és presentar-vos en aquest número la participació de companys dels Hospitals de Lleida i Tortosa. Donat que una aspiració d'aquesta publicació és mostrar l'activitat de tot el grup d'hospitals i fomentar projectes de col·laboració multicèntrica.

A diferència de la vida humana en que 15 anys suposa adolescència, aquesta edat en una publicació implica notable maduresa. Tant de bo que puguem seguir endavant amb l'experiència acumulada i l'esforç i les ganes que seguim tots tenint.



Originals

Presentació



La presentació de comunicacions i pòsters que els diferents Centres de Clínicas de Catalunya van fer en el propassat “XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial” i que s’inclouen en la present edició dels “Annals del Sagrat Cor” no és una coincidència o un fet aïllat.

No és una coincidència, doncs una presència tan significativa ha estat planificada des del Nucli Central de Qualitat, òrgan de coordinació de les polítiques de qualitat en el Grup, com expressió d’allò que en cada Centre ha estat considerat una millora rellevant, però també com una acció de comunicació externa i de prestigi institucional.

Tampoc és un fet aïllat doncs des de fa un temps, casi tres anys i des de la Direcció Corporativa s’està impulsant la implantació d’un model de gestió de la qualitat, estructurat, participatiu, efectiu i comú en tot el Grup. Des de llavors s’ha fet molta feina en la que han participat activament un nombre molt important de professionals de tots els estaments i nivells de responsabilitat. La explicació del model aplicat, així com les seves bases argumentals i metodològiques també s’inclouen en el present “Annals” en un article signat per la Direcció Assistencial del Grup i pels Coordinadors dels Nuclis Promotors de Qualitat de cada un dels Centres que l’integren.

Encara queda molt camí per recórrer i molt per millorar, però els eixos fonamentals i el “com fer-ho” ja estan senyalats i organitzats.

Fruit de l’esforç fet, insisteixo, per moltes persones de les nostres organitzacions, ha estat la superació, amb puntuacions molt satisfactòries, de les avaluacions externes de qualitat que han de donar peu a la concessió de l’Acreditació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya als cinc hospitals d’aguts del Grup, a la concessió en repetits períodes dels Premis TOP 20 a l’HUSC, a la Clínica Quirúrgica Onyar i a la Clínica de Ponent; a la concessió del Premi d’Excel·lència al Centre Sòcio-sanitari Palau, atorgat per la Fundació Avedis Donabedian; a la obtenció i posterior ratificació de la Certificació ISO 9001-2000 a la Residència de Disminuïts Psíquics Profunds Josep Mas i Dalmau.

Aquests són fets i circumstàncies reals, de les que comparteixo la satisfacció i orgull d’aquells que les han fet possibles. Malgrat tot, el missatge no canvia i segueix plenament vigent: Clícat!!

Ignasi Arbusà i Gusi
Director Assistencial
Clínicas de Catalunya

Sistemática de captura digital y tabulación automática de las respuestas obtenidas en las encuestas de satisfacción

I. Arbusá Gusi¹; F. J. Peso Arenas¹; J. C. Gómez Sandin²; A Rendé³, I. Ruiz de Conejo³

¹Dirección Asistencial. ²Dirección de Sistemas de Información. ³Doctodata. Clínicas de Catalunya

INTRODUCCIÓN

Aquellos que asumen las responsabilidades de atención al usuario, saben de las dificultades de la gestión de la captura de la opinión de los pacientes.

Desde Clínicas de Catalunya se ha abordado el tema para facilitar el proceso de gestión de las encuestas, centralizando el diseño de cuestionarios y su distribución, la recepción de encuestas contestadas, su tabulación y el retorno de resultados.

Nuestro Grupo

CLÍNICAS DE CATALUNYA:

- Primer Grupo Sanitario Privado en Catalunya.
- Alta implantación en el territorio.
- Gestiona 5 Centros Hospitalarios, 1 Centro Socio-Sanitario, 2 Residencias y 15 ambulatorios.
- Proveedor de servicios sanitarios a la sanidad privada y pública.
- Alto compromiso con la calidad.
- 2500 profesionales, 27.000 altas, 42.000 intervenciones quirúrgicas, 82.000 urgencias y 490.000 consultas.

OBJETIVO

Establecer una plataforma de captura de datos basada en la digitalización de los cuestionarios contestados de todos los centros y para todos los ámbitos con generación automática de resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de las encuestas

Problema:

- Las encuestas son difíciles de procesar.
- El análisis de resultados es tardío.

- Los cuestionarios no siempre son homogéneos.
- La comparación se ve dificultada.

Objetivos:

- Formato de cuestionarios único en el Grupo.
- Introducción centralizada de las encuestas cumplimentadas.
- Obtención rápida y automática de resultados analizables.

Solución:

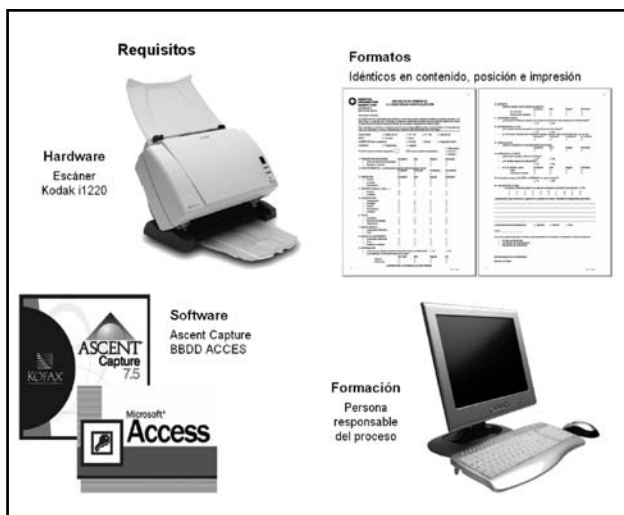
- Digitalización de las encuestas.

Requisitos:

Con el soporte de la empresa Docto Data se llevó a cabo un análisis de las diferentes soluciones posibles y finalmente se optó por:

- *Software* (ASCENT CAPTURE) para administrar y gestionar los procesos de creación y configuración de LOTES de documentos mediante ajustes de digitalización, reconocimiento de marcas, transferencia de datos y diseño de las plantillas de los cuestionarios.
- Escáner Kodak i1220 de digitalización para la captura de las imágenes de las encuestas cumplimentadas.
- Elaboración de una base de datos (ACCESS) como receptora y administradora final de la información transferida desde el Gestor de Lotes de ASCENT CAPTURE para la consulta y extracción de los resultados de las encuestas de cada centro.
- Diseño y adaptación de las plantillas de los cuestionarios al programa de captura de datos habiendo consensuado previamente el contenido de los diferentes formularios.

En la actualidad, el proceso completo se realiza de forma automática en el mismo día de la recepción de los cuestionarios.



Proceso

1. Captura de las imágenes de las encuestas a través del escáner.
2. Creación de lote de encuestas a procesar por Ascent Capture.
3. Digitalización, reconocimiento y transferencia de datos.
4. Verificación de datos transferidos a Base de Datos Access.

5. Obtención de resultados

- Ver en pantalla / imprimir.
- Revisión comentarios de las encuestas mediante la imagen digitalizada “jpg”.

CONCLUSIONES

Los Centros de Clínicas de Catalunya han agilizado la realización de las encuestas, siendo responsabilidad de éstos garantizar que el paciente conteste. Una vez recogidas, se canaliza el envío hacia un único punto de recepción que realiza la totalidad del proceso para obtener los resultados finales listos ya para su análisis.

El principal inconveniente consiste en analizar, a través de la imagen, los comentarios manuscritos aportados, ya que el lector digital no los distingue con suficiencia.

1. Centralización del proceso de las encuestas.
2. Eliminación del tiempo de introducción de datos.
3. Inmediatez de resultados listos para el análisis.
4. Conservación de los documentos digitalizados.
5. Aplicable a cualquier formulario:
 - Revisión HHCC
 - Comunicación efectos adversos, etc.
6. Coste reducido.
7. Soporte externo mínimo e inicial.

Enquestes - [TOTALS-HOSP : Formulario]

Principal Hospitalització Urgències Consultors UCSI

ENQUESTES D'OPINIÓ DE L'ATENCIÓ A HOSPITALITZACIÓ

CRITERIS DE SELECCIÓ

Centre: [] Cobertura: [] Data inicial: 01/01/2006 Data final: 02/10/2008 Registres Coincidents: 588

Grup d'edat: [] Sexe: [] Tipus d'ingrés: []

*Nota: * equival a tots els valors possibles*

DADES D'ADMISSIÓ I HOSTELERIA

Dies d'ingrés			Tipus d'ingrés			Tracte a Admissions			Rapidesa a Admissions			Guia informativa		
Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%
NS/NC	54	9,10%	NS/NC	55	9,50%	NS/NC	20	3,40%	NS/NC	53	9,07%	NS/NC	53	9,07%
De 4 a 7	113	19,22%	Programat	404	68,71%	Bé	263	44,73%	Bé	262	44,56%	Excel·lent	214	36,38%
Menys de 4	346	59,64%	Urgent	129	21,94%	Deficient	2	0,34%	Deficient	5	0,85%	Insuficient	15	2,55%
Més de 7	75	12,76%			Excel·lent	295	50,17%	Excel·lent	238	40,48%	No Resoluda	19	3,23%	
					Regular	8	1,36%	Regular	30	5,10%	Suficient	267	45,81%	

Habitació: Confort			Habitació: Neteja			Habitació: Temperatura			Roba: Canvi			Roba: Neteja		
Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%
NS/NC	16	2,72%	NS/NC	34	5,78%	NS/NC	27	4,59%	NS/NC	18	3,08%	NS/NC	32	5,44%
Bé	302	51,36%	Bé	305	52,04%	Bé	299	50,85%	Bé	297	50,51%	Bé	296	50,34%
Deficient	14	2,30%	Deficient	5	0,85%	Deficient	19	3,23%	Deficient	8	1,36%	Deficient	4	0,68%
Excel·lent	229	38,95%	Excel·lent	216	36,73%	Excel·lent	179	30,44%	Excel·lent	250	42,52%	Excel·lent	241	40,99%
Regular	27	4,58%	Regular	27	4,59%	Regular	64	10,80%	Regular	15	2,55%	Regular	15	2,55%

Alimentació: Presentació			Alimentació: Quantitat			Alimentació: Qualitat			Alimentació: Temperatura			Alimentació: Varietat		
Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%
NS/NC	41	6,97%	NS/NC	54	9,18%	NS/NC	56	9,52%	NS/NC	56	9,52%	NS/NC	79	13,44%
Bé	362	61,56%	Bé	334	56,80%	Bé	319	54,25%	Bé	340	57,82%	Bé	305	51,87%
Deficient	12	2,04%	Deficient	16	2,72%	Deficient	20	3,40%	Deficient	17	2,89%	Deficient	21	3,57%
Excel·lent	134	22,79%	Excel·lent	140	23,81%	Excel·lent	111	18,88%	Excel·lent	105	17,86%	Excel·lent	117	19,90%
Regular	39	6,63%	Regular	44	7,48%	Regular	82	13,95%	Regular	70	11,90%	Regular	66	11,22%

Tracte: Personal portallitres			Tracte: Personal neteja			Tracte: Personal telèfons		
Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%	Item	Subtl.	%
NS/NC	23	3,91%	NS/NC	51	8,67%	NS/NC	104	17,69%
Bé	243	41,33%	Bé	252	43,66%	Bé	267	45,41%
Deficient	1	0,17%	Deficient	2	0,34%	Deficient	8	1,36%
Excel·lent	313	52,23%	Excel·lent	224	38,10%	Excel·lent	186	31,63%
Regular	8	1,36%	Regular	19	3,23%	Regular	23	3,91%

Tancar Formulari Imprimir Resultats

Percepción de un plan de calidad a través de los profesionales responsables de su implementación

I. Buixadera Escarp, D. Cabau Bobet.

Clínica de Ponent. Lleida.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conocer la opinión de los profesionales implicados en la implementación del sistema de calidad, a partir de la experiencia de la acreditación del centro y de la aplicación del plan de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

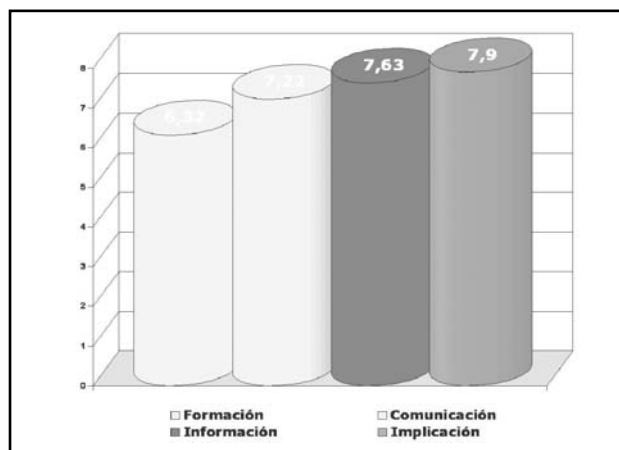
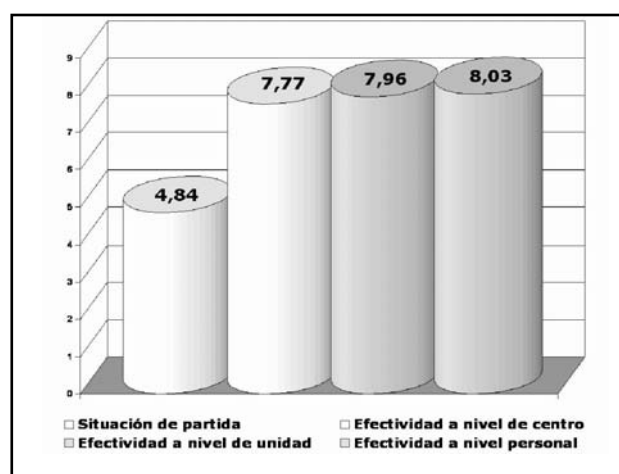
Distribución de una encuesta entre los responsables de procesos y miembros del núcleo de calidad del centro.

El cuestionario pide la valoración, de 1 a 10, de 21 aspectos relacionados con la implantación del sistema de calidad –a nivel personal, de unidad y de centro– que van desde los conocimientos previos sobre calidad hasta la valoración de la efectividad del propio sistema una vez implementado.

Conocimientos previos de calidad	4,47
Confianza en los resultados en el centro	5,21
Formación recibida	6,32
Intranet corporativa	6,72
Información previa	6,74
Mejora del trabajo en la unidad	7,21
Apoyo de otras unidades	7,21
Mejora de los servicios del centro	7,32
Nivel de calidad del centro	7,37

PUNTACIÓN MEDIA : 7,42

7,63	Nivel de calidad de la unidad
7,72	Comunicación interna
7,74	Conocimiento de los objetivos
7,74	Información del desarrollo
7,83	Conocimientos adquiridos
8,16	Compromiso del personal de la unidad
8,22	Valoración trabajo personal
8,32	Información de los resultados
8,33	Implicación personal
8,47	Utilidad sistema de calidad en la unidad
8,53	Afectación al ritmo de la unidad
8,61	Utilidad del plan de calidad



CONCLUSIONES

Se valoran más positivamente los aspectos relacionados con la implicación personal y se constata que la implementación de la política de calidad supone un gran esfuerzo, pero comporta claras mejoras para el centro, para las unidades y una destacable satisfacción personal.

Aproximación económica del ahorro en el presupuesto general hospitalario por evitación de reingresos en una unidad de hospitalización a domicilio

N. Parra, D. Sort, X. Arroyo, A. Rodríguez, E. Fontanals, JM. Palomer, R. de Castro, F. Rosell.

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari Sagrat Cor.

El objetivo es describir el efecto económico sobre el presupuesto hospitalario que supone la actividad de una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) cuando asume pacientes, que de lo contrario generarían ingresos repetidos en Hospitalización Convencional (HC).

• Desde Mayo de 2004 hasta Marzo de 2008.

Variables: sociodemográfica, clínicas y número de reingresos. Estimación de costes por episodio:

Hospital a Domicilio: catálogo de Procedimientos de Hospital a Domicilio (versión 2005; Generalitat Valenciana).

Hospital Convencional: GRD (Versión 2003).

Estadísticos: análisis de estadística descriptiva mediante SPSS 12.0.

MÉTODOS

Diseño: descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Hospital Universitario.

Muestra: 63 pacientes (186 reingresos).

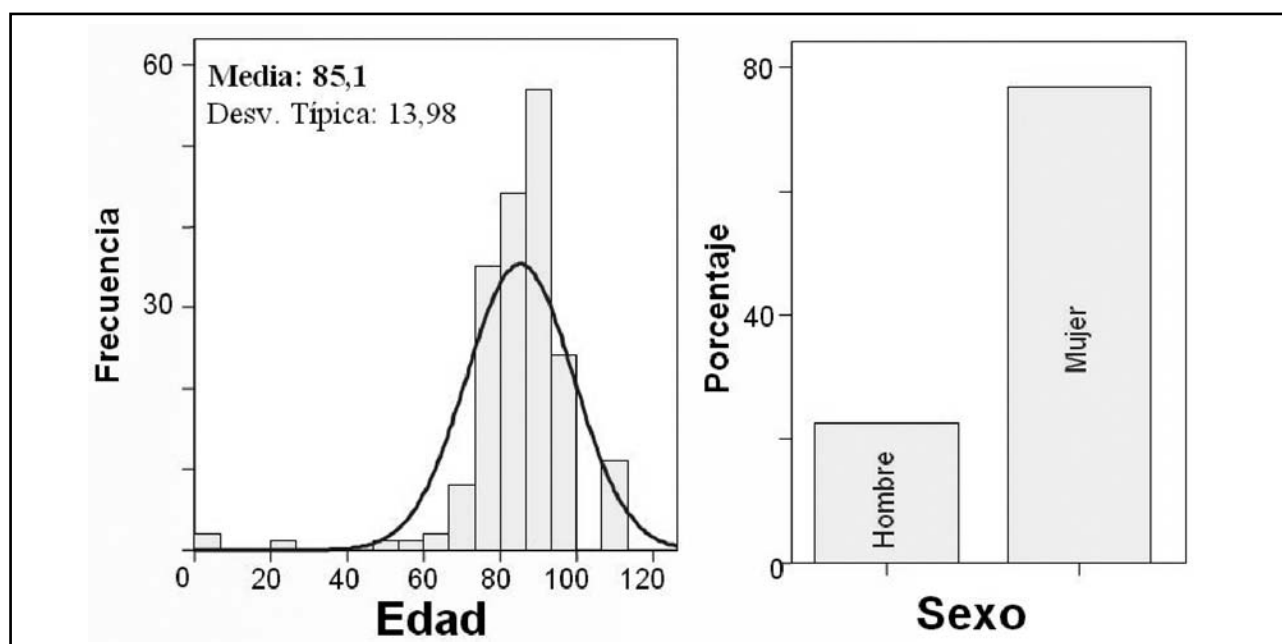
Criterios de inclusión:

- Reingresos en la UHD.

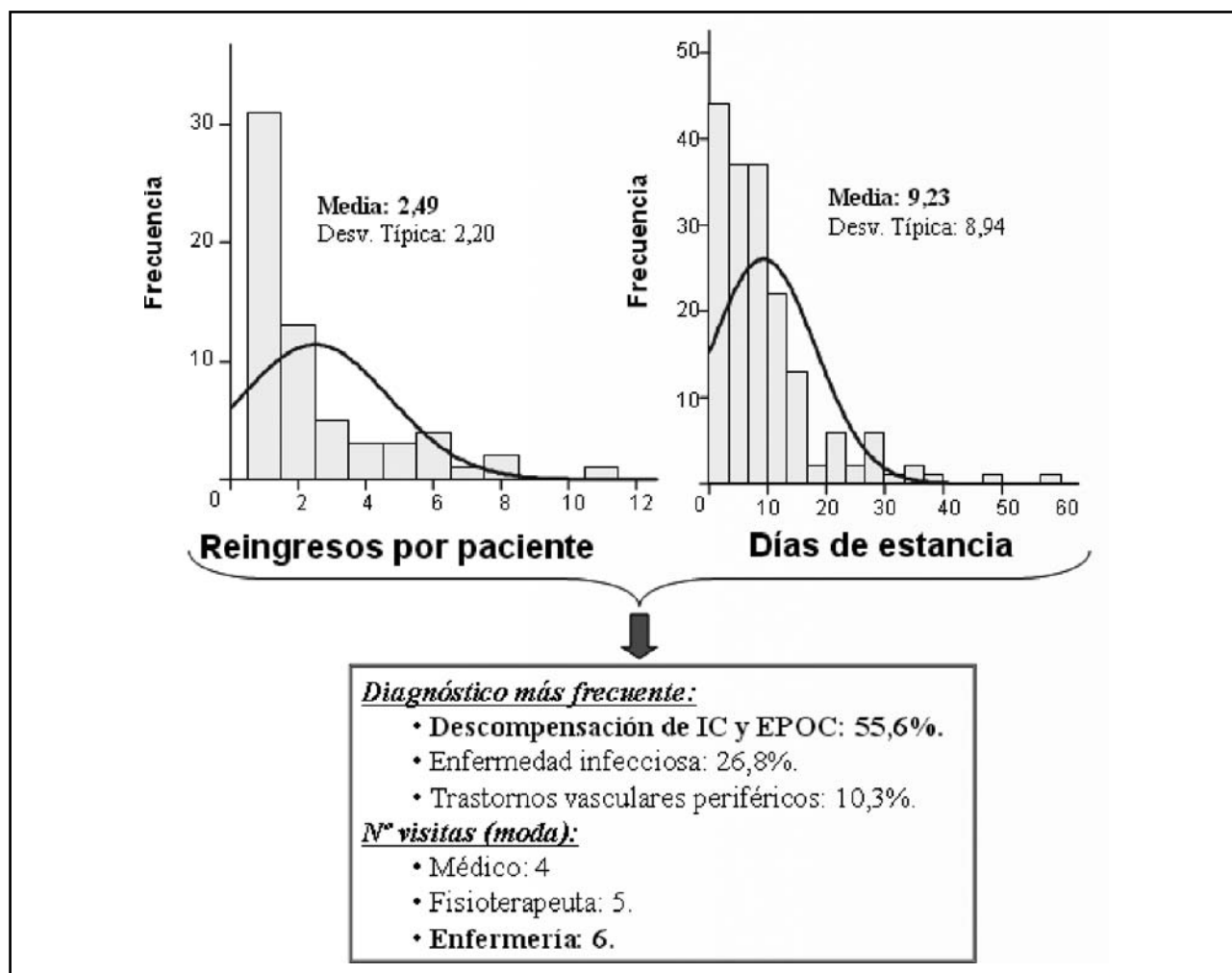
RESULTADOS

63 pacientes → 186 reingresos

DEMOGRAFÍA



CARACTERÍSTICAS DE LOS EPISODIOS DE REINGRESO



ESTIMACIÓN DE COSTES

Coste estimado por episodio (€)	Media
Hospitalización convencional (GDR)	1663,3
Hospitalización a Domicilio (Catálogo Procedim.)	843,3
Ahorro estimado por episodio (€)	820

CONCLUSIONES

El perfil de la mayoría de los pacientes que reingresan en la UHD corresponde al de la descompensación de EPOC o de insuficiencia cardíaca. El hecho de reingresar en nuestra unidad supone un ahorro medio estimado de 820 € por episodio comparado con el coste que supondría la HC.

Hábitos saludables en profesionales de un centro hospitalario

J. Guasch Bosch, M. Carrascosa Carrascosa, M. González Peris.

Clínica Terres de l'Ebre.

OBJETIVO

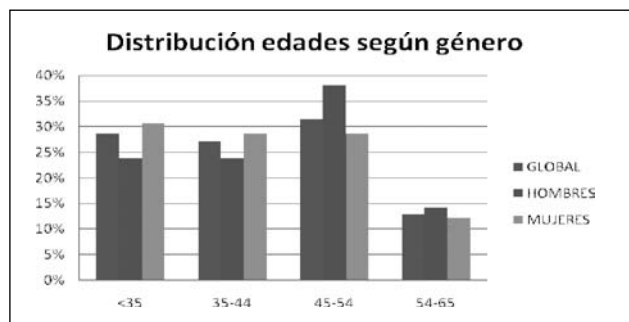
Conocer el estado de salud general y hábitos de vida saludables de los profesionales de nuestro centro y disponer de información útil que ayude a mejorar sus estilos de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

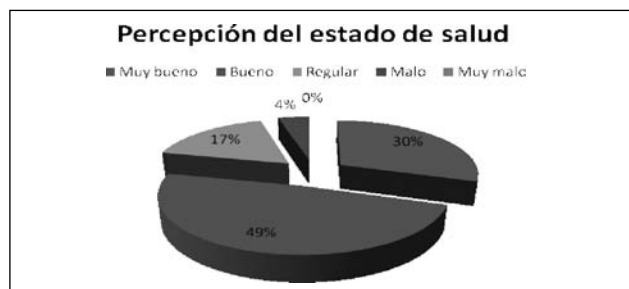
Estudio descriptivo transversal mediante encuesta auto cumplimentada con 161 ítems.

RESULTADOS

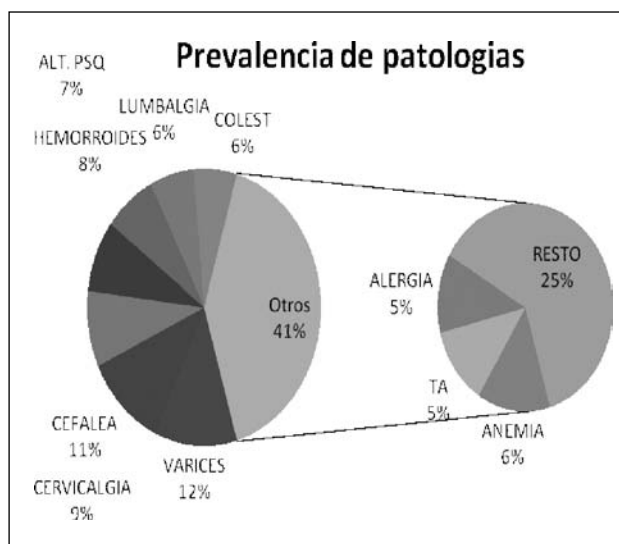
- *Muestra:* contestó un 53% de la plantilla (n=78), 70% de ellos mujeres, con una edad media de 40,5 años (+12 DE).



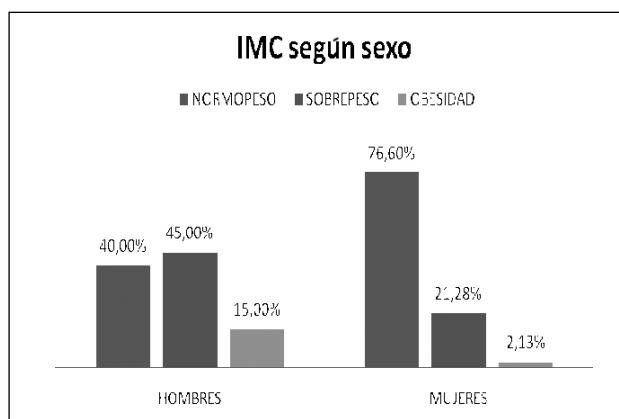
- *Percepción del estado de salud* en el último año, fue muy buena, buena, regular y mala en el 30%, 48,60%, 17,1% y 4,3% respectivamente.

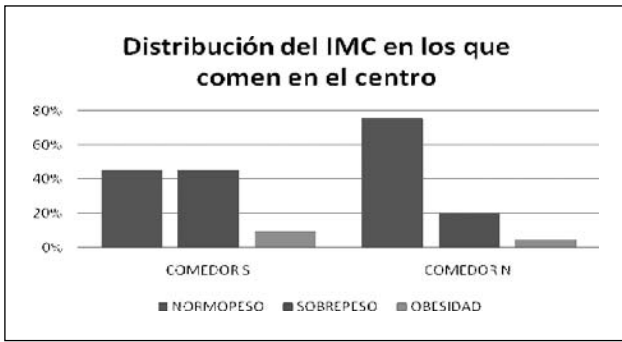


- *Patologías más prevalentes:* el 88,95% del total de referidas, por orden de mayor a menor fueron: varices, cefalea, cervicalgia, hemorroides, alteraciones de índole psicológico, lumbalgia, dislipemia, anemia, hipertensión arterial y procesos alérgicos.

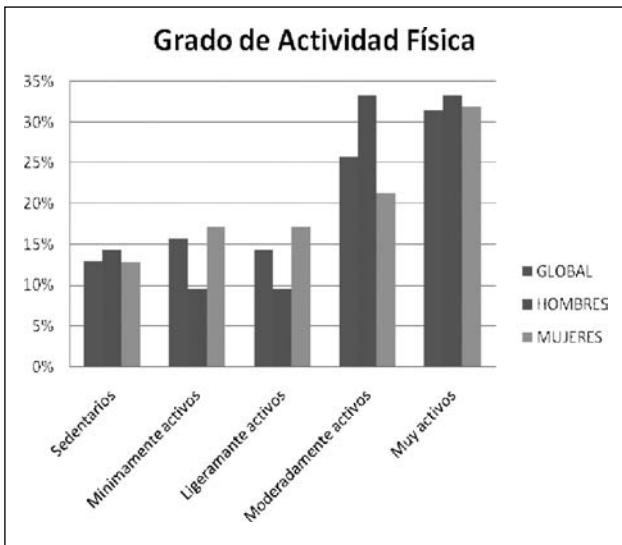


- *Composición corporal:* el 28,36% presenta sobrepeso y un 5,97% obesidad, con diferencias estadísticamente significativas entre sexos (el 59,98 % de hombres tiene un peso superior al aconsejable, frente al 23,41% de las mujeres).

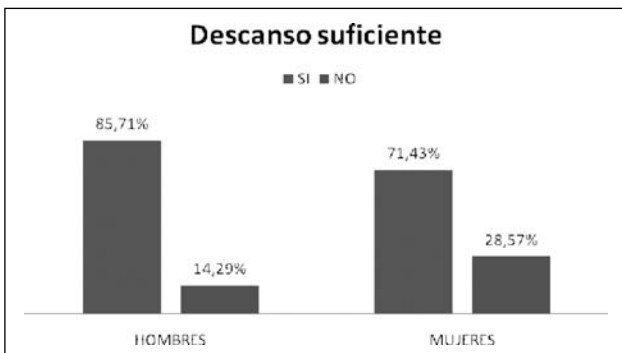




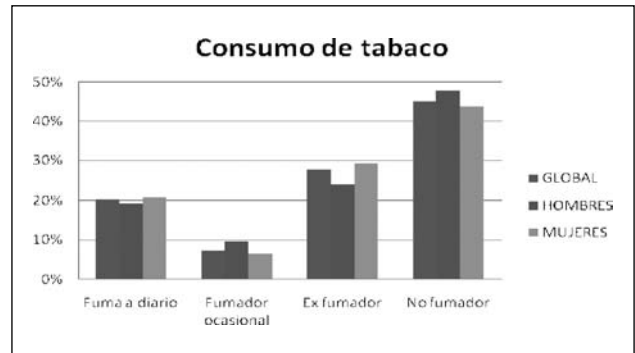
• **Actividad física:** el 12,77 % se clasificó como sedentario y un 31,41% como muy activo. Un 65,71% realiza ejercicio físico en el tiempo libre, el 60% de los cuales lo practica con actividades de intensidad ligera, el 33,33% moderada y el 6,67% intensa. La frecuencia semanal de dicha práctica fue de tres o más días por semana en el 45,30% de los casos. En cuanto a la actividad física en el ámbito laboral, el 34,78% permanece sentado la mayor parte de la jornada, el 58,57% utiliza el ascensor habitualmente y el 28,36% acude andando al trabajo.



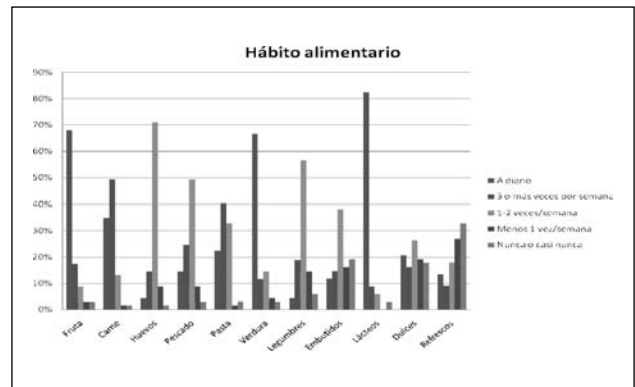
• **Descanso:** el 75,71% refiere descansar lo suficiente, con diferencias significativas en el grupo que trabaja de noche, donde solo el 33,33% refiere descansar lo suficiente.



• **Hábito tabáquico:** un 44,93% de los encuestados se declaran no fumadores, un 27,54% ex-fumadores y el resto fumadores, con un 7,25% de forma ocasional.



• **Hábito alimentario:** consumen a diario fruta, verdura y derivados lácteos el 68,12%, 66,67% y 82,61% respectivamente, y un 13,43% y 20,59% dulces y bebidas azucaradas respectivamente. Un 14,29% consume bebidas alcohólicas a diario y un 12,86% son abstemios.



CONCLUSIONES

Salvo en el hábito tabáquico, donde tenemos un porcentaje sensiblemente menor de no fumadores y mayor de exfumadores, y en la distribución de peso por género, el resto de variables difiere poco de la población general.

Con estos datos como punto de partida podemos diseñar programas de intervención sobre los estilos de vida de nuestros profesionales, teniendo en cuenta que constituimos un modelo para la población a la que atendemos.

Acciones de mejora en la seguridad del uso del medicamento en el Centro Sociosanitario Palau

L. Rodríguez, M^aT. Sauque, A. Calderón de la Barca, E. Bresme, M. Aguas.

Centro Sociosanitari Palau.

Dentro de las actividades de farmacovigilancia se encuentra la gestión de riesgos, entendiéndola como la planificación de actividades dirigidas a anticiparse a los problemas de seguridad de los medicamentos, así como la introducción de medidas que minimicen los riesgos conocidos de los medicamentos.

OBJETIVO

Planificar y desarrollar una serie de actividades que garanticen la seguridad de utilización de los medicamentos con el fin de disminuir el riesgo relacionado con su uso.

MATERIAL Y MÉTODO

- El estudio se ha llevado a cabo en un Centro Sociosanitario de 280 camas con un total de 91.437 estancias en el año 2007.
- En los años 2006-2007 la Comisión de Farmacia conjuntamente con la Coordinadora de Calidad elaboró una serie de acciones de mejora para evitar en lo posible los problemas relacionados con los medicamentos.
- Las acciones llevadas a cabo fueron:

RESULTADOS

Política de caducidad de los medicamentos con envases multidosis una vez abiertos.

- Se elaboró un protocolo con la caducidad de los envases una vez abiertos y se diseñaron unas etiquetas que se adhieren al envase en la que consta el tiempo de caducidad del envase una vez abierto.
- En el 2007 se colocaron 2.800 etiquetas de caducidad.

CADUCIDAD DE ENVASES MULTIDOSIS DE MEDICAMENTOS UNA VEZ ABIERTOS			
Tipo de medicamento		Conservación	Caducidad
Antisépticos y jabones	Agua oxigenada	Tª ambiente	3 meses
	Alcohol 70º		
	Alcohol iodado 1%		
	Clorhexidina		
	Povidona iodada		
Colirios y pomadas oftálmicas	Uno por enfermo	2-8 ° C	Según instrucciones del fabricante. Máximo 30 días
Gotas óticas y nasales	Uno por enfermo	Tª ambiente	15 días
Heparina sódica		2-8 ° C	24 horas
Insulina		2-8 ° C	30 días
Aerosol	Uno por enfermo	Tª ambiente	Según instrucciones del fabricante. Máximo 30 días
Solución para nebulizador		Tª ambiente	30 días
Soluciones o suspensiones reconstituidas por vía oral		Tª ambiente	Extemporáneas (según instrucciones del fabricante)
Jarabes, soluciones y gotas		Tª ambiente	3 meses
Cremas/pomadas/ungüentos		Tª ambiente	3 meses
	Formula magistral	Tª ambiente	7 días
Agua bidestilada		Nevera	1 mes
Suero Fisiológico de lavado			Sólo para empleo estéril/ 24 horas
NO GUARDAR AMPOLLAS Y VIALES UNA VEZ ABIERTOS			Farmacia 01/06/2008
ES NECESARIO ANOTAR EN LA ETIQUETA DEL PRODUCTO LA FECHA QUE DEBE SER DESECHADO, SEGÚN INDICACIONES.			

Reetiquetado de medicamentos

- En el año 2007 se reetiquetaron 97.300 unidades de formas farmacéuticas (comprimidos, cápsulas...)
- Se utilizó un programa de etiquetas para blisters (Sanofi Aventis) para identificar con nombre comercial, principio activo, dosis, lote y caducidad cada unidad de medicamento.



Actualización de la Guía Farmacológica y de las normas de administración de medicamentos. **CONCLUSIÓN**

Administración de medicamentos por:

- Sonda.
- Vía endovenosa.
- Vía oral.

Con estas medidas se ha conseguido tener en todo momento bien identificados los medicamentos garantizando su conservación y disminuyendo el riesgo de los errores de medicación.

NOM GENÈRIC	NOM COMERCIAL	DOSI	ADMINISTRACIÓ			OBSERVACIONS
			VOLUM	DISSOLVENT	TEMPS D'ADM.	
ACETILCISTEINA	FLUIMUCIL	300 mg	100 ml	SG	20-30 min	
ADRENALINA	ADRENALINA	1 mg	10 ml	SF	2-3 min	
AMIKACINA	AMIKACINA, BICLIN	500 mg	50-100 ml	SF	30 min	
AMINOCAPROIC, ÀCID	CAPROAMIN	4 g	100 ml	SF	20-30 min	1
AMINOFILINA	EUFILINA	240 mg	50-100 ml	SF	20-30 min	
AMIODARONA	TRANGOREX	150 mg	10-20 ml	SG	2-3 min	
		300 mg	250 ml		20 min-2 h	
		600 mg	1000 ml		24 h	
AMOXCILINA+AC.CLAVULÀNIC	AUGMENTINE	1 g	20 ml	a.p.i. o SF	3-5 min	2
		2 g	100 ml	SF	30 min. Màx 60 min	
AMPICILINA	GOBEMICINA	1 g	50-100 ml	SF	30 min	
ATROPINA	ATROPINA MIRO	1 mg	1 ml	-	<1 min	
BIPERIDENO	AKINETON	5 mg	1 ml	-	mg (0,4 ml) en 2 m	3
BUTILESCOPOLAMINA	BUSCAPINA	20 mg	10 ml	a.p.i.	2-3 min	
BUTILESCOPOLAMINA+METAMIZOL	BUSCAPINA COMPOS.	20+2500 mg	50-100 ml	SF	20-30 min	
CLORUR CÀLCIC	CALCIO CLORURO 10%	1 g	50 ml	SF	10 min	
CEFAZOLINA	CEFAZOLINA, KEFOL,	1 g	10 ml	a.p.i.	3-5 min	
	KURGAM, TASEP					
CEFOTAXIMA	CLAFORAN	1 g	10 ml	a.p.i.	3-5 min	
		2 g	20 ml	a.p.i.	3-5 min	
CEFTAZIDIMA	FORTAM, KEFAMIN	1 g	10 ml	a.p.i.	3-5 min	
		2 g	20 ml	a.p.i.	3-5 min	

Control de la temperatura ambiente y de la nevera ubicada en cada unidad de enfermería.

- Se registraron un total de 5 incidencias que fueron solucionadas por la supervisora de la unidad.



Protocolo para la aplicación de contenciones físicas

N. Pinilla Gutsens², M. J Gimeno Toribio¹; M. Mascaró Rodrigo¹; R. Mesas Company²; E. Irache Esteban³

¹Enfermera. ²Enfermera Unidad Cuidados Intensivos. ³Psiquiatría. Miembro CEA

La elaboración de dicho protocolo se identificó como propuesta de soluciones en el 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; llevado a cabo de noviembre de 2005 a octubre de 2006 en nuestro Hospital.

Respondiendo a la necesidad por inexistencia de normativa estandarizada en cuanto a contenciones físicas, se decidió la elaboración de dicho Protocolo de carácter multidisciplinar y extensivo a todo el centro.

A pesar de que la mayoría de las veces, las situaciones son abordables con intervenciones verbales o medicamentosas, siempre existe un pequeño margen en el que se hace imprescindible la contención física como último recurso a utilizar cuando el resto haya fracasado.

Las situaciones de agitación, violencia y/o peligro para la integridad del propio enfermo, del personal que lo atiende o de terceras personas, nos lleva, en ocasiones a tomar medidas restrictivas dentro del marco terapéutico y del respeto de los derechos y las libertades fundamentales de la persona.

OBJETIVOS

- Garantizar el trato digno y el respeto de los derechos del usuario.
- Estandarizar las medidas de prevención en cuanto a posibles lesiones al enfermo, cuidador y/o a terceras personas.
- Asegurar que las medidas de contención se aplican de acuerdo a unos criterios establecidos.
- Concienciar al personal asistencial sobre los posibles riesgos que puede comportar una contención.

PROCEDIMIENTO

Requisitos y realización (fundamentos BIOÉTICOS)

Aplicación según los criterios definidos en el protocolo. Abordaje previo. Autorización facultativa: avisar al médico responsable o de guardia, para que realice la valoración, pres-

cripción y información/obtención consentimiento. La autorización puede ser verbal en primera instancia y según la urgencia, pero en cuanto sea posible, se realizará por escrito.

Registro en el curso clínico y de enfermería. Notificación obligatoria: se notificará, por parte del personal de enfermería a la supervisora responsable y, ésta, a su vez, rellenará el "Full de Registre d'Incidències" del departamento de enfermería, dónde se procesará la información.

En casos de urgencia, en los que el médico no pueda acudir de inmediato, será la enfermera la que realizará la valoración de la situación y tomará la decisión teniendo en cuenta los criterios de aplicación y las contraindicaciones.

Criterios de Aplicación:

- Contención de conductas violentas.
- Prevención de autolesiones, desinserción de catéteres o sondas, extubación accidental.
- Continuidad del tratamiento ante interrupciones graves del Plan Terapéutico.
- Contrarrestar actitudes negativas que comprometan la salud de la persona.
- Situaciones temporales de alteración cognitiva: sedaciones, UCI...
- Prevención de lesiones a terceros.
- Evitar daños al entorno.

Contraindicaciones de la Contención:

- Posibilidad de riesgos potenciales: tromboembolismos, insuficiencia cardio-respiratoria. Cuando haya la posibilidad de algún otro tipo de abordaje.
- Como sustitución de otro tratamiento.
- Como medida punitiva, de castigo o antipatía del enfermo.
- Por comodidad del personal o de otros enfermos.
- Por violencia delictiva, se avisará a las fuerzas de seguridad.

Material

Será siempre homologado y de fácil extracción en caso de emergencia.

RESULTADOS

Documentación y registro en el caso de sujeción terapéutica (declaración obligatoria). En la Historia Clínica deberá anotarse: firma del facultativo, indicación, tipo, previsión de duración, la información que se le ha proporcionado a la familia y obtención de consentimiento verbal.

Indicadores para el seguimiento y evaluación de resultados (mayo-julio):

Incidencia anual = $\frac{\text{Núm. de episodios declarados}}{\text{Núm. de personas ingresadas}} \times 100 = 0,25 \%$

Seguimiento del protocolo = $\frac{\text{Núm. de episodios con registro "correcto"}}{\text{Núm. de episodios declarados}} \times 100 = 11 \%$

Verificación de indicadores: Cortes de prevalencia mensuales, notificación obligatoria, centralización material.

CONCLUSIONES

La protección de la salud y la garantía de la seguridad de las personas es el eje fundamental de nuestro quehacer diario, enmarcado en todo momento dentro del contexto bioético.

Es importante tener en cuenta que estas situaciones dejan a la persona en un alto nivel de dependencia y vulnerabilidad con el consecuente aumento de la necesidad de vigilancia y control por parte del personal cuidador, con la finalidad de evitar posibles complicaciones y riesgos añadidos.

Toda sujeción o restricción de movimientos debe estar respaldado y delimitado por criterios de aplicación/contraindicación claramente definidos.

La obtención de indicadores para el seguimiento de los casos y la aplicación del protocolo es imprescindible para la mejora de la calidad en los cuidados.



SEGUIMIENTO PROTOCOLO mayo - julio, 2008		
Prescripción verbal / escrita	100%	89%
Indicación médico / enfermera	78%	89%
Tipo contención médico / enfermera	33%	78%
Duración	78%	
Información / Consentimiento	11%	n=9

Jornada sobre tratamiento integral en la obesidad infantil y del adolescente

Unidad de trastornos de la alimentación del menor del Hospital Universitari Sagrat Cor

Dr. J. Ajram

Servicio de Pediatría

Constituida por:

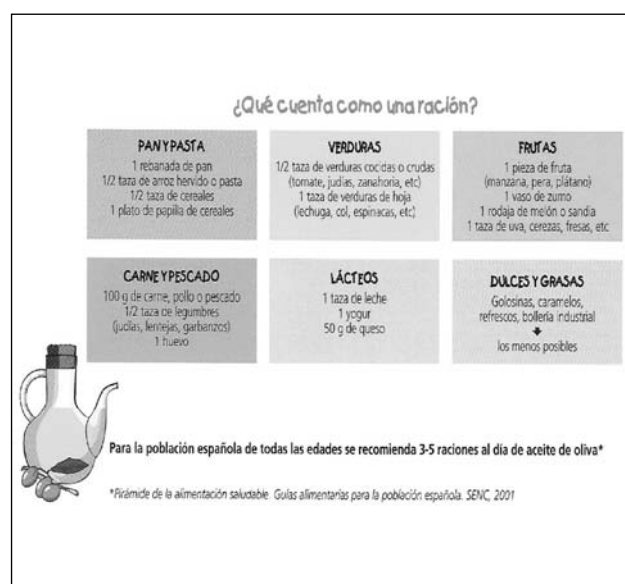
- Dirección Médica
- Pediatría: Unidad de Endocrinología Pediátrica
 - Dra. Núria Cabrinety Pérez
 - Dr. Jamil Ajram.
- Psiquiatría: Unidad de Psicología Pediátrica
 - Dr. Pedro Toro
 - Dr. Joan Seguí
- Cirugía General: Unidad de Cirugía Metabólica de la Obesidad Mórbida
 - Dra. Núria Roca
 - Dra. M^a Ángeles Blasco
 - Dr. Javier Foncillas

¿CÓMO FUNCIONA?

1. El pediatra o el endocrino pediátrico sospechan la presencia de sobrepeso en un adolescente:
 - a. Mayor de 14 años y menor de 18
 - b. [IMC = índice de masa corporal / BMI = body mass index] superior a 30
 - c. BMI = peso en kg / (talla en m)²
2. Endocrinología pediátrica H. Universitari Sagrat Cor. Se realiza un estudio clínico y analítico para confirmar la sospecha.

Si se confirma el diagnóstico de sobrepeso:

 1. Control con dieta durante un tiempo, que llegaría al año
 2. Si con dieta no se encuentra respuesta, es enviado al Servicio de Psicología Pediátrica para su valoración
 3. El Servicio de Psiquiatría decide si el paciente presenta algún inconveniente para ser tratado quirúrgicamente.
 4. Las reuniones de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Menor (UTAM) son mensuales, pero pueden tener lugar siempre que lo solicite uno de los servicios involucrados.



Obesidad infanto – juvenil

Dra. N. Cabrinety

Servicio pediatría. Endocrinología pediátrica. UTAM.

OBESIDAD INFANTIL

La obesidad es una entidad patológica que se caracteriza por un aumento de la masa corporal grasa y constituye un problema de salud pública mundial.

La obesidad infantil en España se ha duplicado en los últimos 15 años de forma alarmante y progresiva, siendo el cuarto país en el *ranking* europeo. El país con mayor obesidad infantil sigue siendo Estados Unidos.

En el ámbito médico, el pediatra de atención primaria tiene un papel protagonista.

Para mejorar la eficacia de las medidas a adoptar, es necesaria una mayor información, y medios para participar en la prevención, identificación de las poblaciones de mayor riesgo.

CAUSAS

La obesidad es el resultado de un balance energético positivo mantenido a lo largo del tiempo. Se caracteriza por un depósito excesivo de grasa en el tejido adiposo.

Son muchos los factores que intervienen en el desarrollo de la obesidad en la sociedad actual:

- idea del niño sano-gordo.
- comidas excesivas y ricas en grasas animales.
- excesivo número de horas de televisión o videojuegos.
- disminución del ejercicio físico.
- causas genéticas.



- La obesidad en niños es principalmente de tipo poligénico.
- Sólo un 5% es de causa monogénica. La mayoría de comienzo precoz y muy severo.
- Alrededor de 500 genes, marcadores y regiones cromosómicas se asocian o ligan a fenotipos de la obesidad (excepto el cromosoma Y).

GENES IMPLICADOS EN LA OBESIDAD

- **Leptina** (LEP) péptido, acción hipotalámico ➔ localizado en 7q32.2
- **Receptor de la leptina** (RLEP) receptor de las citocinas ➔ localizado en 1p31.3
- **Proomelanocortina** (POMC) polipéptido producido en el núcleo arcuato, precursor de ACTH ➔ localizado 2p24.
- **Receptor número 4 de la melanocortina**, anorexígeno ➔ localizado en 18q22-
- **Convertasa de proproteínas tipo subtilisin/kexina 1** (PCSK1) enzima ➔ localizada 5q15-q21

– Subtipo gama del receptor activado para sustancias proliferadoras de peroxisomas (PPARG)

-omim: 601487 ➔ localización 3p25.2

-omim: 600917 ➔ localización 7q31.2

DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD INFANTIL

- Anamnesis.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales y perfil del desarrollo.
- Ingesta dietética.
- Estudios.
- Deportes.

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

1º Obesidad exógena o nutricional.

2º Obesidad endógena, intrínseca o secundaria.

Según la distribución topográfica de la grasa se reconocen cuatro fenotipos:

1º obesidad generalizada.

2º obesidad androide.

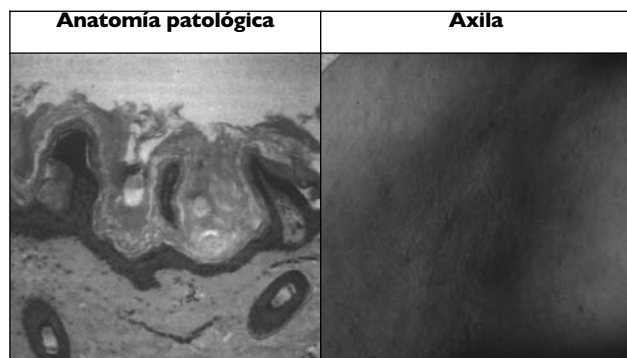
3º obesidad ginecoide.

4º obesidad visceral o intrabdominal.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

- Paciente desnudo o en ropa interior.
- Valorar la distribución de la adiposidad: periférica o ginecoide, estrías, desarrollo puberal, TA s/d.

ACANTOSIS NIGRIGANS



EXPLORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

- Peso.
- Talla.
- Perímetro braquial (en el brazo izquierdo o no dominante).
- Pliegues cutáneos.

• Perímetro cintura cadera.

• IMC (Índice de Quetelet) peso/talla².

Otros métodos utilizados para medir grasa corporal.

- Absorciometría radiológica de doble energía (DEXA)

Sobrepeso		IMC entre 25 y 28 kg/m ²
	obesidad leve	IMC entre 28 y 30 kg/m ²
	obesidad moderada	IMC entre 30 y 35 kg/m ²
	obesidad severa o mórbida	IMC > 35 kg./ m ²

• Bioimpedanciometría eléctrica.

• Pletismografía.

• Densitometría.

• Tomografía axial computerizada.

• Resonancia nuclear magnética.

MORBILIDAD ASOCIADA A LA OBESIDAD

- Alteraciones psicosociales.
- Intolerancia a la glucosa.
- Diabetes tipo2 dislipemia.
- Esteatosis hepática.
- Alteraciones del crecimiento y maduración.
- Apnea del sueño.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Alteraciones ortopédicas.
- Pseudotumor cerebri (poco frecuente).

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

- Dieta.
- Actividad física.
- Terapia conductual y psicológica.
- Fármacos: fibras, orlistat, sibutramina, farmacos ansiolíticos: fluoxetina, paroxetina, sertralina.
- Cirugía bariátrica.



Obesidad mórbida: aspectos psiquiátricos

Dr. J. Seguí Montesinos

Director Servicio de Psiquiatría.

Las personas obesas fallecen más bien por enfermedades agudas y sofocaciones, y a menudo mueren de muerte repentina; lo que no sucede casi nunca a las personas delgadas”

CELSEO, Aulio Cornelio (30 a.C.- 50 d.C.)



XII Día Nacional de la Persona Obesa, que se celebró el día 22 de noviembre 2007

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Endocrinolo-

gía y Nutrición (SEEN) han propuesto, con motivo del XII Día Nacional de la Persona Obesa, un decálogo de propuestas que enviarán al Ministerio de Sanidad y Consumo para ofrecer una mejor atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad, problemas que en España afectan al 54,7% de la población –39,2% sobrepeso y 15,5% obesidad– y que están aumentando incluso en niños.

Los especialistas piden que la prevención de la obesidad infantil y adolescente comience desde la familia y en los colegios, con la asignatura de educación nutricional, haciendo un control dietético-nutricional de los comedores escolares, y de los productos alimentarios ofrecidos en bares y máquinas expendedoras en los institutos, donde se deben potenciar las actividades físicas en horas lectivas y extraescolares (Jano 22.11.07)

ETIMOLOGÍA

GORDO.– Gordo, da. (Del latín *gurdus*, voz de origen hispánico.).

1. Adjetivo. De abundantes carnes.
2. Adjetivo. Muy abultado y corpulento.
3. Adjetivo. Pingüe (craso y mantecoso). Carne gorda.

- Los pacientes con obesidad NO mórbida presentan patología similar a los pacientes no obesos.
- Los pacientes con obesidad mórbida tienen:
 - un importante deterioro en su calidad de vida (Kral 1992),
 - más trastornos alimentarios (Hsu 1996, Resch 1999, Lang 2000, Guisado 2001a),
 - más psicopatología (Halmi 1980, Larsen 1990, Black 1992, Lang 2000, Guisado 2002)
 - trastornos de la personalidad (Fulop 1987, Guisado 2001c)
 - mayor conflictividad de pareja (Bruch 1973, Hutzler 1981, Rand 1982, Price 1987, Black 1992).

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA		
	Cirugía bariátrica	Población general
Patología psiquiátrica eje I	40% - 60%	35%
T. Depresivo	16% - 30%	10%
Depresión Mayor	15% - 28%	5%
T. Distímico	6%	6%
Ansiedad	15% - 30%	16%
T. Alimentación		
Atracón	14%	
Anorexia	5% - 24%	1% - 2%
Bulimia		
No especificado	9%	
Drogas	5%	11%

Guisado et al. 2001, Sarwer et al. 2004. Glinski et al. 2001, Rosenberg et al. 2006

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA DATOS HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Muestra de 100 pacientes: 82 Mujeres y 18 varones, con un promedio de edad de 40,18 años:

- 9 reoperados (7 mujeres, 2 varones)
- 46% Antecedentes familiares psiquiátricos
- 88% Antecedentes familiares obesidad
 - Antecedentes personales:
 - 50 % patología psiquiátrica
 - 13% patología alimentaria

Patología psiquiátrica eje I	54%
T. Depresivo	41%
Depresión Mayor	4%
T. Distímico	26%
Otros	11%
Ansiedad	16%
Ansiedad General	8%
T. pánico	8%
T. Alimentación	12%
Atracón	2%
Anorexia	5%
Bulimia	
Drogas	1%

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y OBESIDAD

Ciertas enfermedades psiquiátricas son factores de riesgo de obesidad, como por ejemplo, la bulimia y los cuadros ansiosos.

A su vez, la obesidad es un factor que predispone a sufrir trastornos psiquiátricos como la depresión u otros trastornos de alimentación.

RELACIÓN ENTRE PATOLOGÍA ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD



Galeno describió ya la “kynos orexia” o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal

Claudius Galenus; (130-200 d.C)

Tanto la obesidad previa, como la presencia de trastornos de la ingesta previos son factores de MAL PRONÓSTICO tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa (Garfinkel y Garner, 1982; Steinhausen y Blanville, 1983).

Relación obesidad con trastornos de alimentación

Anorexia	Bulimia
Inicio temprano	Inicio tardío
Dieta restrictiva	Dieta variable (restrictiva y atracones)
Bajo peso	Peso con pocas variaciones
Pocos antecedentes de obesidad previa	Mayores antecedentes de obesidad previa
Control de peso estable: restricción alimentaria	Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos
Hiperactividad	Hipoactividad
Amenorrea	Amenorrea en el 50 % de los casos
Pocos intentos de suicidio	Suicidios más frecuentes
Complicaciones médicas crónicas	Complicaciones médicas agudas
Baja impulsividad	Impulsividad

CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Primera condición para valoración

- El paciente debe ser capaz de evaluar, entender y cooperar con los procedimientos requeridos tanto en el pre como en el postoperatorio.

Todas las enfermedades psiquiátricas que impidan cooperar y entender de forma global el tratamiento tendrán contraindicaciones absolutas tales como:

- la esquizofrenia, o cualquier enfermedad psicótica crónica.
- pacientes con abuso o dependencia de alcohol y drogas.
- el trastorno de personalidad límite.

Otras enfermedades psiquiátricas tendrán contraindicaciones relativas tales como:

- depresión mayor.
- bulimia nerviosa.
- abuso de sustancias.

Otras indicaciones:

- Tener un IMC mayor a 32 sin enfermedades asociadas,

pero con consecuencias psicológicas, sociales o económicas que afecten su calidad de vida, actividades diarias o trabajo. (Fobi y cols, 2002)

¿QUÉ PASA CON LOS PACIENTES TRAS LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD?

Con la pérdida de peso tras la cirugía, mejora:

- la calidad de vida de los pacientes (Solow 1974, 1977, Harris 1982, La Manna 1992, Karlsson 1998, Guisado 2001b),
- la conducta alimentaria (Garner 1983, Chandarana 1988, Adami 1994, Karlsson 1998, Guisado 2001b),
- los síntomas psicopatológicos (Halmi 1980b, Stunkard 1986, Rand 1986, Guisado 2001b)
- las relaciones de pareja (Guisado 2001)

¿QUÉ PASA CON EL SÍNDROME DEL ATRACÓN TRAS LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD?

- La relación entre BED y la cirugía bariátrica es todavía incierta. Existen casos en que este desaparece en el seguimiento a los cuatro meses (24), o a los dos años (12,25).

- Hsu y cols. explican que este síndrome disminuye por el Síndrome de Dumping¹². Éste impide la ingesta de comida en grandes cantidades, como ocurre en el BED, al producir desagradables manifestaciones autonómicas y gastrointestinales.

- Con el tiempo el tubo digestivo comenzará a adaptarse, permitiendo la ingesta de mayor volumen de comida por lo que volverá a aparecer el BED, disminuyendo a su vez el dumping. Esto ocurre aproximadamente entre los 18 y 24 meses, lo que conlleva una menor disminución de peso post cirugía comparado con los pacientes no-BED.

- Por este motivo es importante el diagnóstico precoz del BED, y su tratamiento con antidepresivos y psicoterapia, además de un seguimiento psiquiátrico postoperatorio.

¿Qué sabemos de la obesidad de inicio precoz y patología psiquiátrica en muestras de pacientes obesos adultos?

CONTRADICTORIO:

- Los pacientes con obesidad de “inicio precoz” tienen más alteraciones psicológicas como más puntuaciones en escalas de sensibilidad interpersonal.
- En otros estudios no se encuentran estos datos.

Obesidad mórbida en infancia y adolescencia: aspectos psiquiátricos

Dr. P. L. Toro. Servicio de Psiquiatría.

A demás de los TCA ya conocidos (anorexia y bulimia nerviosas) de naturaleza psiquiátrica, actualmente debe considerarse psicológicamente el problema del sobrepeso y la obesidad infanto-juvenil que afecta a un considerable número de niño/as y adolescentes.

➤ Depresión:	niños: 0,4 - 2,5% adolescentes: 0,4 - 8,3%
➤ Ansiedad:	adolescentes: 26,6% niños y adolescentes: 5-10%
➤ Anorexia nerviosa:	adolescentes (chicas): 0,3% 12 - 21 años: 0,14 - 0,69%
➤ Bulimia nerviosa:	12 - 21 años: 0,55 - 1,24% adolescentes: chicas: 1% chicos: 0,1%

Es importante destacar que una cuarta parte de los casos de anorexia nerviosa en adolescentes y adultos, tienen como antecedente la obesidad infantil.

OBESIDAD INFANTO JUVENIL

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial.

Inicio frecuente: infancia y adolescencia.

Origen: interacción genética-ambiente, como consecuencia de un desequilibrio ingesta-gasto energético.

Según la OMS se considera:

- I.M.C. 25-29 → Sobrepeso.
- I.M.C. ≥ 30 → Obesidad.

En países industrializados se ha observado un importante incremento de la obesidad infanto-juvenil en estas últimas décadas debido a:

- Factores socio-económicos: inciden en facilitar una alimentación abundante, copiosa y, sobretodo, placentera.
- Factores socio-culturales: tendencia a modificar los cánones estéticos, e incluso éticos (estigmatización de la obesidad). Delgadez es sinónimo de belleza y sometimiento a los cánones estéticos.

La obesidad infanto-juvenil es origen y causa de un funcionamiento deficitario a nivel:

- Social: Dependencia-evitación (baja autoestima) / Dificultad para integrarse (aislamiento).
- Psicológico: Predisposición a manifestar síntomas ansiosos y depresivos. Sentimientos de insatisfacción, preocupación y descontento en su apariencia y peso (se da más en chicas).

- Alimentario: Alteración de la conducta alimentaria → desorganizada / mala masticación / con ansia y avidez y disminución de la saciedad / picar entre comidas
- Familiar: Aumento de las relaciones conflictivas, con alteraciones conductuales debidas a su insatisfacción corporal y baja autoestima.

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS:

En general, quienes NO consiguen reducir sus niveles de obesidad son más proclives a:

- Manifestar un trastorno ansioso-depresivo.
- Desembocar en un TCA:
 - Síndrome del atracón.
 - Trastorno bulímico purgativo.
 - Trastorno anorexígeno restrictivo y/o purgativo.
- Deficientes relaciones sociales e interpersonales: evitación y aislamiento.

PROTOCOLO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA:

1. Entrevista semiestructurada para recogida de datos.
2. Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI-I), Beck Depression Inventory (BDI) (Depresión).
3. State-Trait Anxiety Inventory (STAI-STAIC) (Ansiedad).
4. Body Shape Questionnaire (BSQ) (Imagen Corporal).
5. Eating Disorder Inventory (EDI) (Alteración esfera alimentaria).
6. Cuestionario Autoestima de Rosenber (Autoestima).
7. Chile Behavior Checklist (CBC) (Percepción de los padres de conductas problemáticas).

CONCLUSIONES:

- Es fundamental desarrollar sistemas y abordajes preventivos de la obesidad infanto-juvenil, teniendo en cuenta las importantes consecuencias físicas y psicológicas derivadas de ellas.
- En el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil es clave la inclusión de los padres, dada la gran importancia del entorno familiar en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.
- Los equipos de salud mental, cada vez más, tienen un papel relevante en el tratamiento de niños y adolescentes obesos, debido a los trastornos psicológicos asociados a su enfermedad física.

Unidad de cirugía metabólica y de la obesidad mórbida

Dr. J Foncillas, Dra. M^a Á Blasco, Dra. N Roca

Servicio De Cirugía General.

En España, el 54,7% de la población entre 25-60 años presenta exceso de peso (39,2% sobrepeso y el 15,5% obesidad).

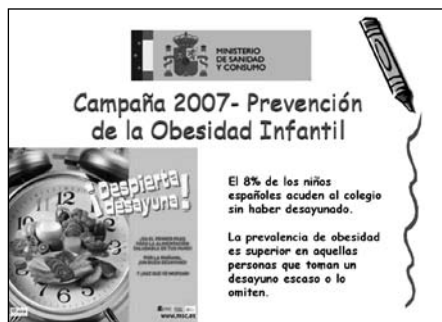
Según datos presentados en el congreso SEEDO, de Octubre 2007, la población infantil presenta un 27% de exceso de peso, siendo:

- sobrepeso 18%.
- obesidad 9%.



El aumento de prevalencia ha propiciado el diseño de diferentes proyectos:

- PAIDOS.
- ENKID.
- HELENA.
- ESNAOS.



CRITERIOS PARA DEFINIR OBESIDAD

- BMI.
- Tablas de percentiles.
- Perímetro cintura.

- Pliegues cutáneos.

Tabla 1. Puntos de corte internacionales para el IMC correspondiente a sobrepeso y obesidad, según sexo y edad, de 2 a 18 años.²

Edad	Sobrepeso IMC 25 kg/m ²		Obesidad IMC 30 kg/m ²	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

PREGUNTAS QUE NOS PLANTEAMOS

¿QUÉ PRETENDEMOS CONSEGUIR?

- perder peso.
- disminuir la patología asociada.
- mejorar la calidad y la esperanza de vida.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Asesoramiento dietético.
- Actividad física.
- Tratamiento médico.
- Balón intragástrico.
- Tratamiento quirúrgico.

a. ASESORAMIENTO DIETÉTICO

- A nivel de:
- familia.
 - colegio.
 - comunidad –industria.

b. ACTIVIDAD FÍSICA



c. TRATAMIENTO MÉDICO

Pretende disminuir la ingesta energética o la absorción de grasas:

- Orlistat.
- Sibutramina.
- Otros.

d. BALÓN INTRAGÁSTRICO

Características:

- Esférico.
- De silicona.
- Flexible.
- Sin costuras.
- Resistente a los ácidos gástricos.
- Superficie lisa (no erosiones).
- Válvula radiopaca (permite localizar).

Indicaciones:

- NO consenso.
- Tratamiento TEMPORAL.
- Imprescindible CAMBIO de HÁBITOS.

Protocolo de actuación:

- TEGD.
- TAU.
- A/S – Rx Tórax - ECG.

Resultados:

- 12-20 Kg.

Según:

- BMI inicial.
- Seguimiento Normas Dietéticas.
- Cambio Estilo de Vida.

El 30% de los pacientes conserva 90% del peso perdido.

No hay estudios a 5 años.



e. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: CIRUGÍA BARIÁTRICA INDICADA EN OBESIDAD MÓRBIDA

Consigue:

1. disminuir el aporte de calorías.
2. nutrición adecuada.
3. cambio de hábitos dietéticos.

Requisitos:

1. Seguridad.
2. Efectividad.
3. Baja morbilidad.
4. Pocos efectos secundarios.
5. Reversibilidad.

Protocolo de inclusión:

- Edad : 15-18 años.
- BMI>40 o BMI>32 + enfermedad asociada.
- Hábitos dietéticos idóneos para que la técnica sea efectiva.
- Sin contraindicaciones quirúrgicas.

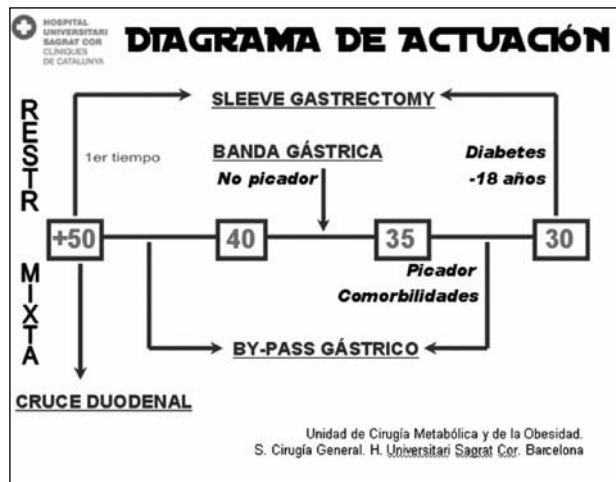
Preoperatorio:

Análisis de sangre: Pruebas de tiroides y coagulación	Tránsito esófago gastro-duodenal o endoscopia digestiva alta
Ecografía abdominal	Estudio Helicobacter Pillori
Colaboración con psiquiatría	Pruebas funcionales respiratorias
Preoperatorio de rutina: • ECG • Radiografía de tórax • Visita Anestesia	
Técnicas restrictivas	Técnicas mixtas
GVA Banding Sleeve Gastrectomy By Pass	Gástrico By Pass Biliopancreático

Protocolo de actuación y resultados

Dr. J Foncillas, Dra. M^a Á Blasco, Dra. N Roca

Servicio De Cirugía General. Unidad de Cirugía Metabólica y de la Obesidad Mórbida.



Resultados en % de la pérdida de sobrepeso:

- C. restrictiva
 - banda gástrica: 50-60% (52,6%)
 - gastric sleeve: 60%
- C. mixta
 - by pass gástrico: 60-75% (62,7%)
- C. malabsortiva
 - cruce duodenal: 70-85%

COMPLICACIONES C. RESTRICTIVA (BANDA GÁSTRICA)

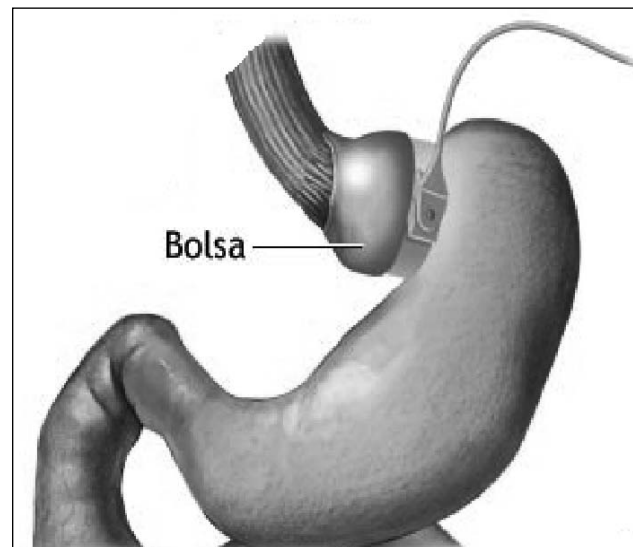
Complicaciones quirúrgicas = 0
Mortalidad = 0

OBJETIVOS

- Disminuir peso.
- Mantener pérdida de peso.
- Mínima morbi-mortalidad.
- Mejoría o curación comorbilidades.
- Aumento esperanza de vida.
- Mejor calidad de vida.
- Aumento autoestima.

ESTADÍSTICA INTERVENCIONES PERÍODO 1984-2007

	G.V.A.	BANDING	BY-PASS	SLEEVE	CRUCE	REINTER	TOTAL
1984-94	64		1				65
1995	6						6
1996	10		2			1	13
1997	19						19
1998	15	4	1				20
1999	11		8			1	20
2000	23	8	14			3	48
2001	14	43	40			6	103
2002		45	39			8	92
2003	1	20	65			13	99
2004	1	13	77			9	100
2005		17	67	1	1	11	97
2006		11	86			8	105
2007		5	48	3	1	6	63
	164	166	448	4	2	66	850

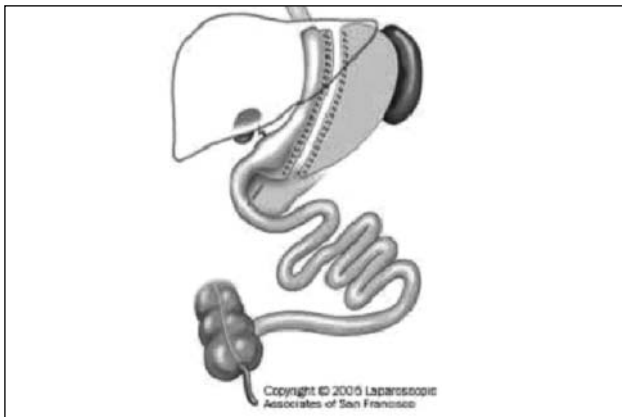


Vómitos	3
Infección puerto	3
Rotura banda	2
Colelitiasis	2
Desconexión reservorio	2
Patología psiquiátrica	2
Inclusión	1
Perforación catéter	18

**TÉCNICAS RESTRICTIVAS
(SLEEVE GASTRECTOMY)**

COMPLICACIONES

- Dehiscencia de sutura.
- Dilatación tubo gástrico.
- Hemoperitoneo.



REINTERVENCIONES:

Nº pac.: 10 (2,23%)

• Aumento de peso	4
• Pérdida insuficiente de peso	3
• Diarreas	1
• Ulcus + HDA	1
• Anilla incluida	1

**COMPLICACIONES TÉCNICAS
MALABSORTIVAS**

- Mortalidad 1-3%.
- Fugas anastomóticas.
- Abscesos intrabdominales.
- TEP.
- Diarreas metabólicas:
 - Hipoproteinemia.
 - Sd. Wernicke-Korsakoff.
 - Insuficiencia hepática.
 - Ferropenia.
 - Hipocalcemia.
 - Déficit vitaminas A, D, K.

REINTERVENCIONES: Nº pac.: 16 (9,6%)

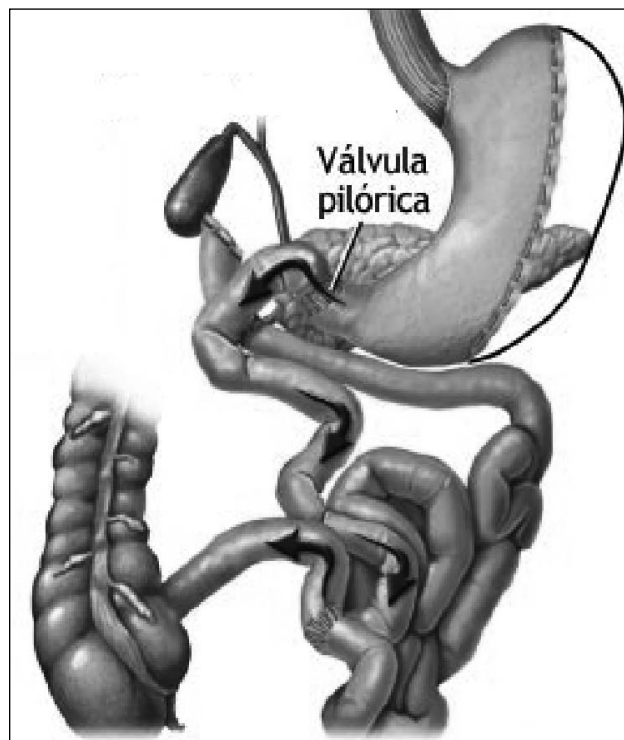
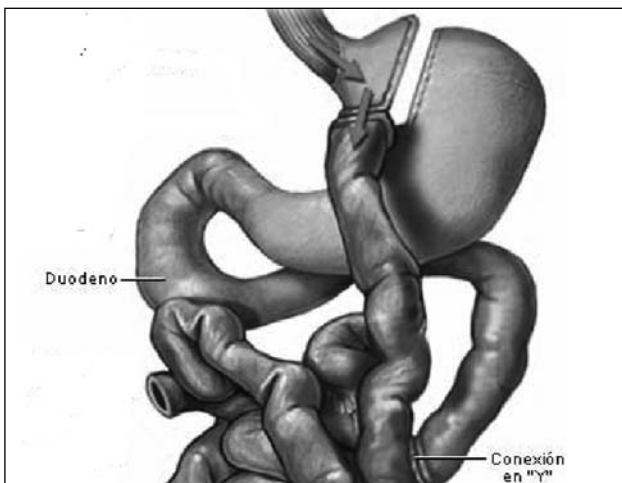
• Aumento de peso	10
• Pérdida insuficiente de peso	2
• Rotura banda	2
• Inclusión banda	1
• Desplazamiento banda	1

TÉCNICAS MIXTAS

Mortalidad: 0,2%

COMPLICACIONES

• Distrés respiratorio	0,4%
• Eventraciones	1,2%
• Absceso de pared	0,6%



La cirugía es la opción más efectiva para la pérdida de peso mantenida en la población de pacientes con obesidad mórbida.

La etiología de la Obesidad Mórbida NO está en el tracto digestivo.

2008-2009: año mundial contra el dolor oncológico

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

Unidad del Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha decidido dedicar la campaña 2008-2009 al Dolor oncológico.

Aproximadamente un tercio de los adultos que reciben tratamiento oncológico y dos tercios de aquellos que tienen la enfermedad en estado avanzado sufren dolor. Los datos en niños son similares.

El dolor no tratado puede hipotecar el potencial curativo de algunas terapias, lo que tiene un impacto negativo en la supervivencia de los pacientes. Los pacientes expresan mayor miedo a sufrir que a morir. A ello hay que añadir el sufrimiento experimentado por la familia y amigos.

Con esta campaña se pretende enfatizar la atención sobre los que sufren dolor relacionado con un proceso oncológico. Bajo el lema "incrementar el conocimiento, mejorar el tratamiento y aumentar el apoyo" se espera promover:

- Correcta valoración y gestión de dolor oncológico por parte de los profesionales.
- Mayor acceso a tratamientos apropiados para el dolor oncológico.
- Aumentar la investigación en la biología subyacente.
- Desarrollar de nuevas terapias para aliviar el dolor y sufrimiento de los pacientes con cáncer.

DOLOR ONCOLÓGICO

Los pacientes oncológicos experimentan más de un tipo de dolor. Éste puede ser constante o intermitente, o dolor agudo en un fondo de dolor crónico (dolor irruptivo). El dolor puede estar relacionado con la enfermedad o con el tratamiento.

- Los efectos adversos del tratamiento incluyen dolor articular posterior a quimioterapia y terapia hormonal, y mucositis dolorosa asociada a radioterapia y quimioterapia con ciertos agentes. El dolor neuropático puede surgir como plexopatías posradioterapia, polineuropatía periférica tras quimioterapia o hiperalgesia inducida por opioides.
- Síndromes dolorosos posquirúrgicos después de intervenciones tales como la mastectomía, amputación y toracotomía.

Epidemiología.- Se estima que la prevalencia de dolor en el momento del diagnóstico y estado precoz de la enfermedad sería del 50% aumentando al 75% en fases avanzadas.

Aunque los datos varían, podríamos afirmar que los tumores que ofrecen una mayor prevalencia de dolor son:

- Cabeza y cuello (67-91%).
- Próstata (56-94%).
- Uterinos (30-90%).
- Genitourinarios (58-90%).
- Mama (40-89%).
- Pancreáticos (72-85%).

La presencia del dolor oscila ampliamente según los estadios de la enfermedad: <15% tumores no metastáticos, >80% aquellos pacientes con tumor diseminado [1].

Además, muchos de los pacientes tienen al menos dos puntos anatómicos de dolor diferentes y más del 40% tiene cuatro o más puntos [2].

El dolor puede estar causado por diversos mecanismos:

- asociado al tumor de forma directa, 65-85% de los pacientes con cáncer avanzado [3].
- Cáncer relacionado con la terapia (quimioterapia, cirugía o radioterapia) supone el 15-25% [4].
- Dolor causado por problemas no oncológicos, tales como una enfermedad pre-existente afecta al 3-10%

Tratamiento.- El tratamiento del dolor oncológico comienza por explicar las causas del dolor al paciente, seguido por una cuidadosa valoración clínica y de las opciones terapéuticas multimodales. Desde el momento en que el dolor es una experiencia subjetiva, sólo el paciente puede saber cuánto le duele y el profesional debe creer lo que le indica el paciente.

Valoración del paciente

Una detallada historia nos revelará la localización y distribución del dolor, su severidad y su cualidad, si es constante o intermitente, qué factores lo pueden mejorar o empeorar y si limita la actividad o el sueño del paciente.

La severidad del dolor se puede medir a través de la escala visual analógica, escala numérica o verbal o cuestionarios más complejos. Es muy útil para los pacientes describir el

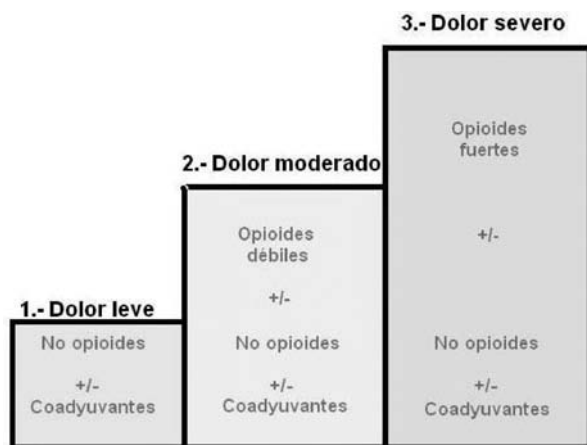
tipo de dolor según sus propias palabras, tales como quemazón, dolor punzante, etc. Sus palabras nos indicarán el tipo de dolor, incluso si éste es nociceptivo o neuropático.

La observación por parte del cuidador es particularmente importante en el caso de niños o personas con discapacidad. Información sobre la capacidad funcional, nivel de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas es valiosa para determinar el estado psicológico del paciente.

Un aumento de la intensidad del dolor tras un periodo estable indica la necesidad de una reevaluación de la etiología subyacente y una reevaluación de cada tipo de dolor.

Métodos de alivio del dolor

El dolor oncológico es muy tratable y el tratamiento farmacológico es la vía principal. Entre el 70% y 90% de dolores oncológicos pueden controlarse a través de medicación oral [5]. Un alivio adecuado del dolor se obtiene en más del 75% de pacientes que reciben un tratamiento analgésico adecuado usando técnicas simples tales como opioides, analgésicos no opioides y medicación coadyuvante tal como sugiere la escalera analgésica de la OMS [6].



Escala analgésica de la OMS

El paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son analgésicos efectivos para pacientes con dolor moderado y pueden combinarse con opioides en pacientes con dolor de moderado a severo. La experiencia en el uso de la escalera analgésica de la OMS nos muestra que el simple principio de escalar desde analgésicos no opioides hasta opioides es segura y efectiva. Los efectos secundarios asociados con el uso de opioides pueden evitarse educando al paciente y asegurando la naturaleza transitoria de la sedación y la émesis por la selección cuidadosa de rutas y dosis de administración, y el uso de fármacos adicionales tales como antieméticos y laxantes [7].

Las drogas coadyuvantes también se usan para los síndromes dolorosos neuropáticos y óseos. Entre los agentes más usados frecuentemente para el dolor neuropático disestésico,

citar los antidepresivos tricíclicos, anestésicos locales en uso sistémico y baclofen; mientras que la pregabalina, gabapentina, carbamacepina y fenitoínas se usan más para el dolor lacerante [8].

El dolor incidental se define como aquél que es repentino y se agrava de forma severa como resultado de un movimiento (tragando, orinando...), es usualmente controlado si el paciente permanece inmóvil o se abstiene de realizar la maniobra dolorosa [9].

Otras técnicas para incrementar el control de episodios de dolor incidental incluyen radioterapia, procedimientos ortopédicos o neuroquirúrgicos tales como la cordotomía percutánea. Los bifosfonatos son útiles tanto en el alivio del dolor incidental como del dolor oncológico óseo [10].

Alrededor del 10% de pacientes requieren intervenciones (bloqueo nervioso periférico, bloqueo autonómico del sistema nervioso, radiofrecuencia y procedimientos neuroquirúrgicos) para algunos problemas dolorosos como parte de un enfoque multidisciplinario del control del dolor.

Para el dolor no controlado con medicación oral, pueden administrarse dosis bajas de opioides más un anestésico local por la ruta espinal o epidural a fin de proporcionar alivio con pocos efectos secundarios. Los sistemas utilizados para la administración intraspinal de opioides incluyen catéteres percutáneos, catéteres conectados con implantes subcutáneos y bombas de infusión [11].

Barreras para el Tratamiento del dolor oncológico

Aunque la evidencia muestra que un 85-90% de dolor oncológico puede controlarse siguiendo las normas de la OMS, sólo el 50% de los pacientes reciben analgesia [6]. Las barreras que interfieren han sido clasificadas como las que provienen de los profesionales de la salud, de los pacientes, y del sistema sanitario.

Problemas relacionados con los profesionales de la salud: Proviene sobretodo de la desconfianza sobre la regulación de sustancias controladas, dudas sobre los efectos secundarios de los analgésicos y miedo a que los pacientes se conviertan en adictos o generen tolerancia a los analgésicos. Se evidencia la necesidad de mejorar la formación sobre el tratamiento del dolor oncológico a todos los niveles profesionales.

Problemas relacionados con los pacientes: en ocasiones los pacientes evitan quejarse de dolor para ser "buenos pacientes" o para evitar distraer al médico del tratamiento de la enfermedad primaria. Otros consideran el dolor como una consecuencia inevitable del cáncer o no quieren reconocer que su enfermedad pueda estar progresando. Muchos pacientes temen que un control temprano del dolor pueda evitar el control posterior del mismo si se vuelven tolerantes a la medicación (miedo que a veces el médico comparte) [12]. Temen generar una adicción. Todas estas preocupaciones redundan en un escaso seguimiento del régimen analgésico prescrito [13].

Problemas relacionados con el sistema sanitario: aunque la OMS incide en cambiar las políticas sobre el alivio del dolor oncológico, todavía hoy en muchas partes del mundo no se dispone de los más simples analgésicos, morfina aparte. En muchos países, además, este tipo de tratamiento no se considera reembolsable y, en muchas ocasiones, resulta demasiado costoso para los pacientes y sus familias.

DOLOR ONCOLÓGICO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.

- Más del 80% de pacientes mayores con enfermedad oncológica presentan dolor, que la mayoría define como dolor moderado.
- Los factores predictivos de dolor oncológico en esta edad son: género femenino, enfermedad avanzada, comorbilidad, apoyo social bajo, humor depresivo y baja funcionalidad física.

El dolor oncológico supone un detrimento importante en la calidad de vida de los pacientes, que sufren mayor riesgo de tratamiento inadecuado debido a que las barreras vistas suelen ser más comunes en los pacientes mayores.

La valoración regular del dolor con herramientas estandarizadas resulta esencial. La valoración proactiva debe incluir los factores físicos, psicosociales, cognitivos y espirituales.

- Se recomienda el uso de escalas numéricas y de descriptores verbales en el caso de que tengan las funciones cognitivas intactas o bien una disfunción de media a moderada.
- Las escalas observacionales se usarán con pacientes que no sean capaces de verbalizar su dolor.

El tratamiento efectivo del dolor oncológico en pacientes de edad avanzada:

- Los opioides pueden proporcionar analgesia segura y efectiva para el dolor moderado y severo. Debe usarse con cuidado en caso de función renal comprometida.
- Pethidina (meperidina) se evitará debido al alto riesgo de efectos adversos: su metabolito activo, la normeperidina es nefrotóxico.
- Los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden resultar efectivos a corto plazo en el manejo del dolor medio a moderado. Hay un alto riesgo de efectos secundarios. Los AINE deberán evitarse en caso de problemas gástricos o renales. Pueden usarse en combinación con los opioides. No se deben utilizar a largo plazo.

- Los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) pueden resultar efectivos y tienen pocos efectos gástricos.
- La planificación del tratamiento debe hacerse teniendo en cuenta los riesgos asociados a una edad avanzada y que son, fundamentalmente: condiciones médicas de comorbilidad y polifarmacia, precauciones en el manejo por parte de los pacientes de su propia medicación, delirio.

Involucrar a parientes y cuidadores. Los principales motivos para involucrar a la familia y cuidadores en los tratamientos psicológicos del dolor oncológico son:

- En primer lugar, al involucrarse, aprenden cuánto pueden influir en la experiencia del dolor oncológico los sentimientos, pensamientos y actitudes
- En segundo lugar, los familiares y cuidadores pueden servir como entrenadores, recordando a los pacientes la aplicación de las habilidades aprendidas (p.e. relajación).
- Finalmente, pueden utilizar lo aprendido para tratar su propio estrés y emociones negativas.

Dolor y tratamiento de síntomas durante los últimos días de vida. Muchos pacientes no son capaces, en sus últimos días, de verbalizar el dolor a través de las escalas tradicionales. En esta situación, se deben evaluar las pistas de conducta, como muecas faciales o vocalización, descartando otras causas potenciales de malestar como restricción, distensión urinaria o malestar emocional o espiritual.

La administración de opioides puede complicarse si hay problemas de deglución. Rutas alternativas de administración incluyen la bucal, sublingual, rectal, subcutánea o intravenosa. Las dosis deberán reducirse en algunos casos, ya que el fallo del sistema orgánico implica una excreción reducida del fármaco o sus metabolitos.

La mioclonia puede ocurrir cuando se administran altas dosis de opioides, particularmente ante una disfunción renal.

La reducción de la dosis de opioides o la rotación hacia otro opioide puede resultar efectiva y, con la adición de benzodiazepinas, de gran ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foley KM. Supportive care and quality of life. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, ed. *Cancer principles and practice of oncology*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
2. Twycross RG, Fairfield S. Pain in far advanced cancer. *Pain* 1982;14:303–10.
3. Foley KM. Pain syndromes in patients with cancer. In: Bonica JJ, Ventafridda V, editors. *Advances in Pain Research and Therapy*. New York: Raven Press; 1979.

4. Higginson IJ. Innovations in assessment: epidemiology and assessment of pain in advanced cancer. In: Jensen TS, Turner JA, Wiesenfeld- Hallin Z, ed. Proceedings of the 8th World Congress on Pain. Progress in Pain Research and Management, Vol. 8. Seattle: IASP Press; 1997. p. 707-16.
5. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of the WHO guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995; 63:65-76.
6. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Expert Committee Report. Technical Series 804. Geneva: World Health Organization; 1990.
7. Bruera E, Neumann CM. Cancer pain. In: Max M, editor. Pain 1999: an updated review. Seattle: IASP Press; 1999. p. 25-35.
8. Bruera E, Ripamonti C. Adjuvants to opioid analgesics. In: Path R, editor. Cancer pain. Philadelphia: Lippincott; 1993. p. 142-59.
9. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990;41: 273-81.
10. Ernst DS, MacDonald RN, Paterson AHG et al. A double blind cross-over trial of intravenous clodronate in metastatic bone pain. J Pain Symptom Manage 1992;7:4-11.
11. Kedlaya D, Reynolds L, Waldman S. Epidural and intrathecal analgesia for cancer. Best Pract Res Clin Anesthesiol 1996;16:651-65.
12. Jones W, Rimer B, Levy M, Kinman J. Cancer patients' knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: implications for education programs. Patient Educ Couns 1984;5:159-64.
13. Miaskowski C, Dodd MJ, West C et al. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. J Clin Oncol 2001;19: 4275-9.



La anatomía renacentista. Precursora de la cirugía moderna.

Drs. JM. Mier Odriozola*, J. Fibla Alfara*, L. Molins López-Rodó*, G. Vidal López*, S. Vallés Angulo** y M. Abdelkarim García**

*Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario del Sagrat Cor.

INTRODUCCIÓN

El Renacimiento representa la génesis de la época moderna, ya que es entonces cuando comienzan a cultivarse casi todas las disciplinas de la ciencia tal y como las concebimos hoy.

Son tres los órdenes que influyen en este periodo: en el orden social, la burguesía naciente, con creciente poder económico. En el orden histórico, el progreso del mundo que dependía casi exclusivamente de la voluntad divina toma un giro drástico cuando el hombre se decide a guiarse según su entender técnico. El tercer orden es el intelectual, ya que es una sociedad con cada vez mayor acceso a la cultura, que antes estaba limitada sólo a una parte del clero y la aristocracia.

Las Universidades que ya existían toman un nuevo rumbo al implantar la Academia en sus clases, así se funda *La Royal Society* en Londres, la *Accademia dei Lincei* (Roma) y la *Académie des Sciences* (París). A ello debemos sumar la difusión que la imprenta dio con la impresión de textos médicos.

En este contexto se introducirá el conocimiento anatómico como condición imprescindible para todo aquél que se dedicara al quehacer quirúrgico. En España, la primera cátedra de Anatomía se establecerá en Valencia en 1501, ordenándose que esta enseñanza sea dispuesta con comentario del *“De usu parium”* de Galeno, realizándose disecciones en cadáveres del mismo modo que se realizaban en la Universidad de París. En 1545 Pedro Jaime Esteve es nombrado catedrático de Anatomía e introduce la lectura del texto galénico *“De anatomicis administrationibus”*. Lo siguieron Pedro Jimeno y Luis Collado, el primero impuso la obra de Vesalio y Collado la mantendría. Numerosos discípulos de la escuela valenciana la harían llegar a las universidades castellanas. Así en Alcalá por petición expresa de los alumnos se logra, por Real Provisión, que en 1539 los cuerpos de los ajusticiados o muertos de los hospitales pudieran ser utilizados para este propósito. El primer catedrático de ésta Universidad fue el valenciano Pedro Marcos.

En Salamanca el primer titular fue Cosme de Medina,

discípulo de Collado, al cual se impone la disección anual de 30 cadáveres por un sueldo de 40.000 maravedíes. Se manda construir un anfiteatro y en un estatuto de 1561 se plasma la necesidad de realizar seis anatomías universales y doce particulares, las primeras en el anfiteatro y las doce en el hospital de estudio o en el general de Medicina.

La Universidad de Valladolid se mantuvo fiel al galelismo arabinizado, nombrando en 1550 a Alfonso Rodríguez de Guevara como catedrático. La Provisión Real disponía que en los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero se pudieran hacer disecciones en aquellos muertos condenados por delitos graves o los fallecidos en hospitales que por parte del médico considerara como necesario investigar.

En Barcelona se incorporó la cátedra de Anatomía en 1565, inspirada en el modelo valenciano, si bien su consolidación no sería hasta 1596. En Zaragoza, desde 1488, el Rey Católico había otorgado a los médicos de la ciudad el privilegio de realizar disecciones en cadáveres, fueran de hombres o mujeres y tantas disecciones anuales como ellos consideraran oportunas, sin que por ello incurriesen en un delito.

La pretensión del intervencionismo real era dignificar científicamente la profesión de cirujano, como reconoce la Real Cédula dirigida a la Universidad de Alcalá, en la que se justifican las disposiciones que el documento obliga a cumplir: “hayan de cursar y cursen los dos años postreros de los quatro questán obligados a oyr en la dicha cátedra de cirugía oyendo la ora entera y mayor parte del año, y sin ganar y probar estos cursos no sean graduados en medicina”.

LA ANATOMÍA PREVESALIANA.

En Italia

Ya desde la primera parte del siglo XIV en algunas Universidades como Bolonia y Montpellier se permitían las disecciones en cadáveres como parte de la enseñanza a los médicos. Las traducciones latinas de las obras de

Rhazes, Avicena y Ali Ibn Abbas, junto con la traducción de *“De usu parium”* de Galeno realizadas por Niccolo da Regio a principios del siglo XIV, eran los textos a seguir, y no sería hasta la tercera década del siglo XVI que se hicieran masivas traducciones de textos griegos al latín lo que llevaría a una auténtica enseñanza galenista de la anatomía.

La sesión se realizaba en los tres días siguientes a la muerte del sujeto y en los meses invernales. Se solían elegir dos cuerpos: uno de hombre y uno de mujer. Según el esquema de Mondino se comenzaba por la cavidad abdominal, el tórax, la cabeza y los miembros, para terminar con los huesos. El profesor se sentaba delante del cuerpo y comentando el manual de Mondino o quizás *“De usu Parium”* de Galeno, el cirujano llevaba a cabo la disección, con lo que muchas veces las descripciones eran erróneas, ya que no correspondía la anatomía escrita en el libro con lo disecado por el cirujano, pues los textos galénicos o medioevo-galénicos incurrieran en descripciones equívocas o simplemente inexistentes. Si a ello sumamos que los estudiantes eran simples espectadores, lo único que se obtenía era una confirmación de la anatomía tradicional.

Otro serio problema era el de la terminología, ya que la mayor parte de los textos griegos habían sido traducidos del árabe, y en ocasiones por traductores no médicos, lo que ocasionaba que diferentes estructuras se llamaran igual o que una misma se denominara de diferentes formas. El primer texto que surge de la correcta terminología griega fue *“De humanis corporis paribus”* (1501) de Giorgio Valla. De él proceden palabras tales como carpo, metacarpo, diafragma, mesenterio, poplíteo, psos y xifoides.

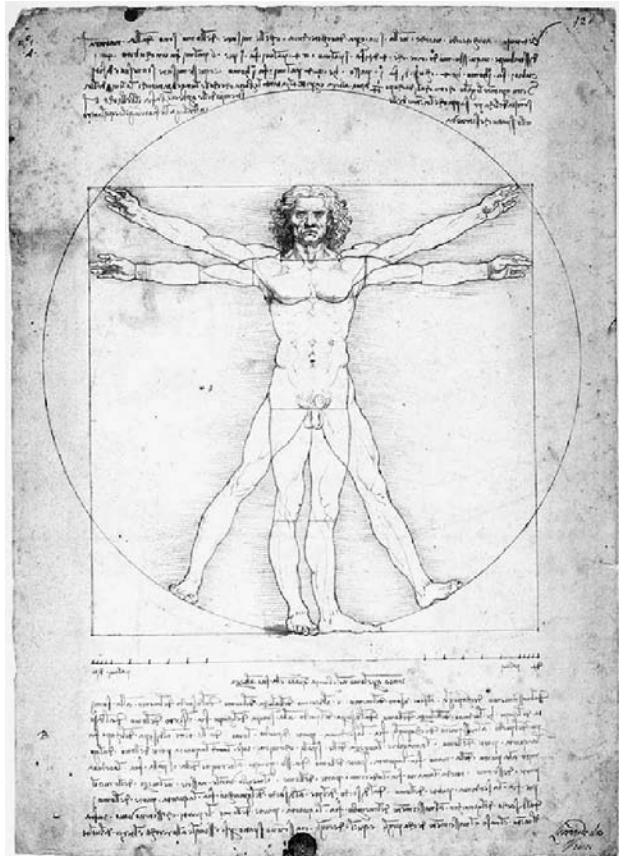
Alessandro Benedetti.- Escribe *“Anatomice sive historia corporis humanis”* (1502), utilizando la obra de Valla y, al tener un buen conocimiento del griego, incorporó términos médicos griegos popularizados, así: coroides, bregma, etmoides, peritoneo, etc. Esta obra es la primera dedicada de forma amplia a la anatomía desde tiempos de Mondino. Aunque su contenido no era extraído de una investigación científica, estaba más apegada al galenismo clásico que al pseudogalenismo medieval. El éxito fue importante: el texto se reimprimió varias veces y fue el único texto italiano que se imprimió en París (1514).

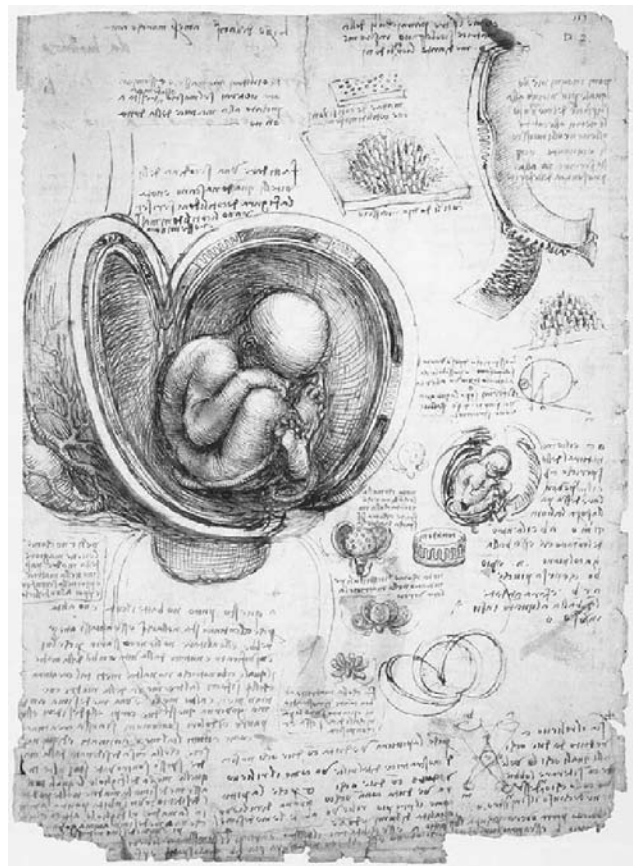
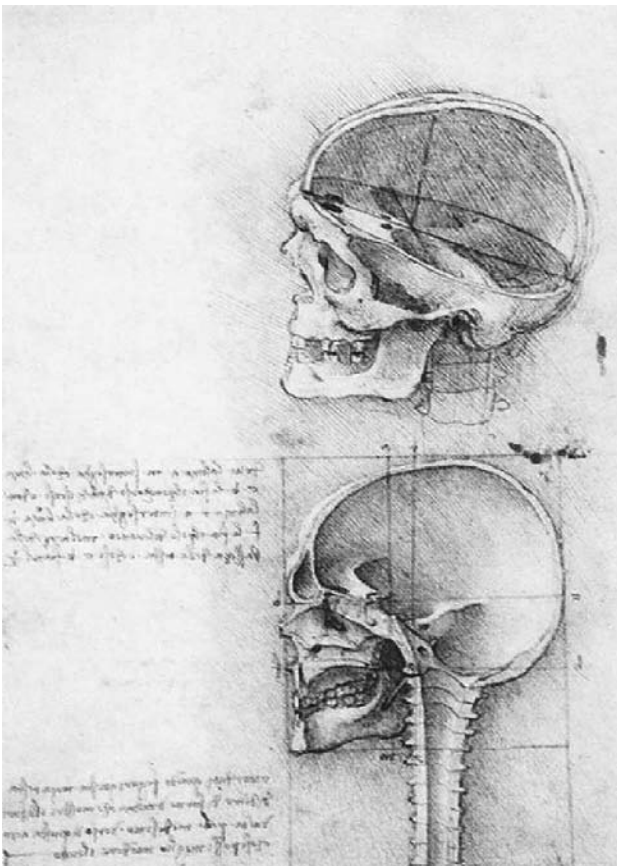
Al iniciarse el siglo XVI algunos médicos con conocimientos del griego realizaron traducciones directas de los textos de Galeno, como Thomas Linacre o Niccolo Leonicensis. Junto a ellos, Jacobo Silvio (1478-1555) a quien se deben muchos términos aún hoy en uso como crural, cístico, gástrico, etc. Más importante fue la traducción de Günther von Andernach (1505-1574), traductor de *“De anatomicis administrationibus”*, la más importante de las obras anatómicas de Galeno, y que introdujo términos tales coronario, dartos, pericráneo, colon, etc.

El Arte

El estímulo de la representación anatómica parece venir del mundo artístico y no del médico. Algunos artistas en su afán de expresar el cuerpo al natural, asistían como simples observadores a las escuelas de medicina, hecho que quedará plasmado en los escritos de Vesalio cuando señala: *“no me tomo la molestia de preocuparme de los pintores y escultores que se amontonan en mis disecciones ni, pese a sus aires de superioridad, me siento menos importante que ellos”*.

Leonardo Da Vinci.- La única excepción de estos artistas interesados en la anatomía mas allá de fines artísticos fue Leonardo da Vinci (1452-1519). Existen pruebas de disecciones propias y si en un principio se nota influencia aristotélica, posteriormente es la de Galeno. Sería al final cuando sólo expresaba en sus dibujos sus apreciaciones personales: en ocasiones si sus observaciones no le quedaban claras, las completaba con disecciones y dibujos en animales, o comparativas con descripciones clásicas, como por ejemplo sus dibujos del sistema cardiovascular o la extraordinaria representación del sistema genitourinario femenino. Sus descripciones de músculos y huesos son muy buenas, mientras que, al revés de lo que suele decirse, la descripción sobre el sistema cardiovascular no lo es, por confusa e incompleta, si bien debe reconocerse que fue el primero en conferir naturaleza muscular al corazón.





Su técnica de dibujar y representar el cuerpo humano en cuatro aspectos, en cortes transversales y proyecciones, es muy innovador. También queda patente que hizo moldes de cera para describir la anatomía de los ventrículos cerebrales. Con el legado de más de 750 láminas justifica que sea catalogado como uno de los grandes anatomistas de principios del siglo XVI, aunque en su época no fue valorado como tal.

Berengario da Capri.- Aun las ilustraciones más reales y correctas servían de poco si no iban unidas de un texto que diera significado y que aclarase o supliera las deficiencias del lenguaje. Sería el “Comentaria” (1521) de Berengario da Capri una de las primeras. Este libro se ordena de forma que cada tema tiene como introducción la sección de la “Anatomía” de Mondino seguida de un comentario crítico. Desde Galeno no existía un texto basado en la investigación y observación propia, por lo que este libro debe ser considerado como el más importante antes de “La Fabrica” de Vesalio. Detalló como nadie hasta entonces las estructuras del cuerpo: los músculos abdominales, los intestinos, describe por primera vez el apéndice vermiforme del ciego, el tinte amarillo del duodeno producido por la vesícula biliar, la desembocadura del colédoco en el duodeno.

Su libro contiene veintiuna páginas con ilustraciones y breves explicaciones. Ya en sus últimos años se realizó un

la disección en cadáveres para mejorar el conocimiento, aunque seguía respetando las tesis galénicas. No constan libros importantes sobre anatomía en las universidades españolas en esta época.

Gran Bretaña

La primera disección de un cadáver fue en 1531, llevada a cabo de manera ilegal por David Edwardes en Cambridge, que le valdría para escribir un libro muy galénico titulado *"In anatomicen introductio succulenta et brevis"* (1532). De hecho no se permitió la práctica disectiva en muertos hasta 1540, en que concedieron a la "United Company of Barbers-Surgeons" los cuerpos de cuatro criminales para realizar estudios de anatomía. A partir de este hecho Thomas Vicary, deja su obra *"A profitable Treatise of the anatomie of man body"* (1548), un texto de notable carácter medieval y galénico.

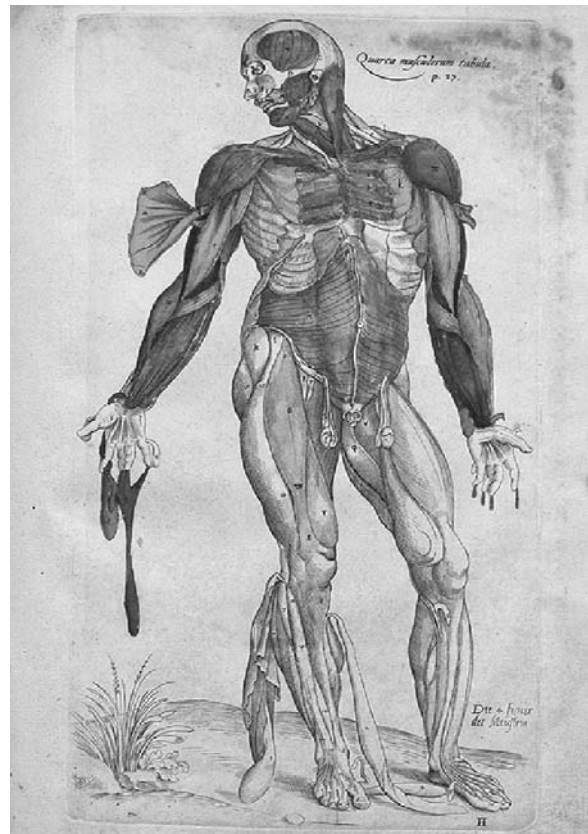
La Anatomía de Vesalio

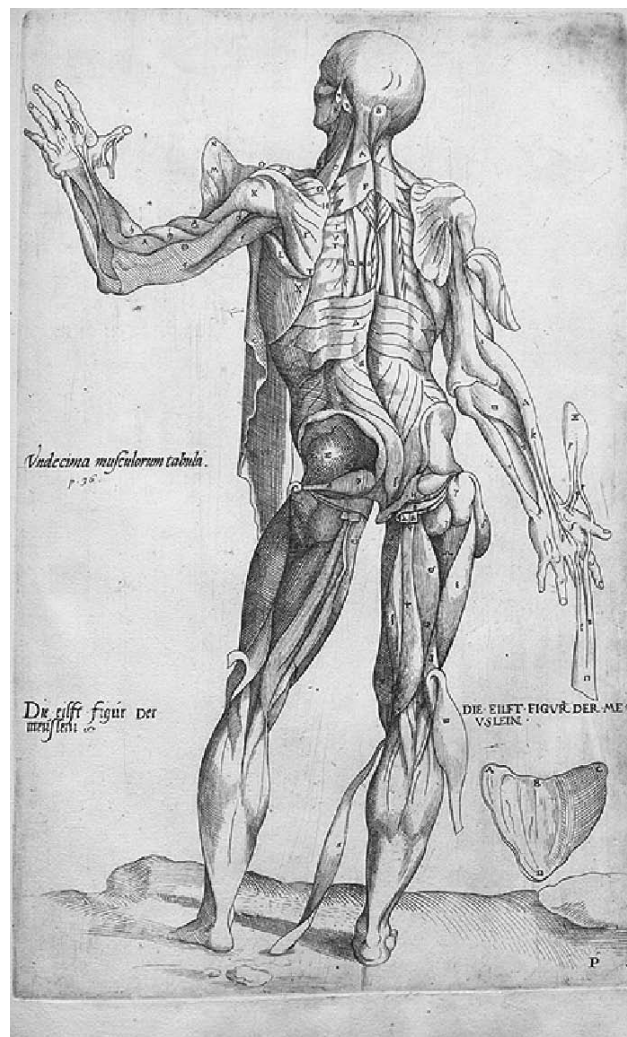
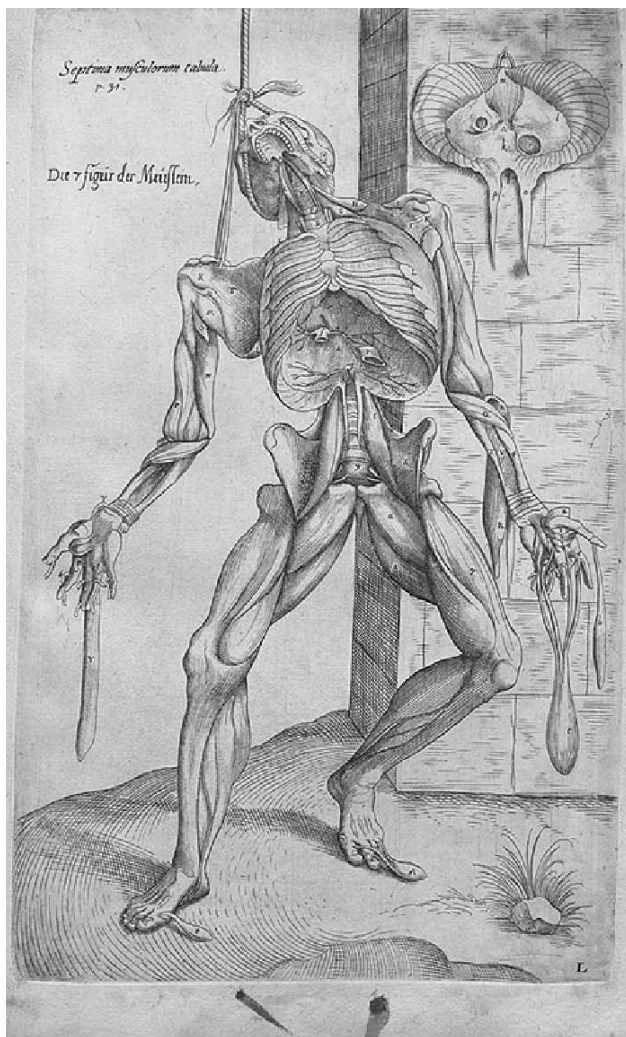
En este contexto hemos de situar la obra de Andrés Vesalio (1514-1564), autor de una de la obras con mayor impacto en la Historia de la Medicina.

Nacido en Bruselas, su formación médica la adquirió en París, donde entró en contacto con el humanismo médico de la mano de Günther y Silvio. Obtuvo su título en Lovaina en 1537. Aquí escribió *"Paraphasis in Notum librum Rhazae ad Regem Almansorem"* (1537), obra donde intenta hacer las diferencias entre Razhes y Galeno, inclinándose claramente del lado Galénico. Posteriormente se desplazó a Pádua, donde obtuvo el grado de doctor y fue contratado para las demostraciones de anatomía.

En Pádua, rompiendo con el sistema didáctico vigente, pasó a enseñar anatomía con el cadáver disecando por sí mismo, uniendo en su persona las funciones que hasta entonces desempeñaban separadamente el profesor, el disector y el demostrador. Para ayudarse en su labor docente, publicó una serie de seis grabados para la enseñanza, las *"Tabulae anatomicae sex"* (1538), tres dibujados por él mismo y otros tres –los esqueletos– en los que ya contó con la pericia como artista de Jan Sthephan van Calcar, uno de los discípulos de Tiziano, participante en las ilustraciones de la *"Fabrica"*. Desde el punto de vista de la ilustración anatómica supusieron una ruptura con las anteriores, por su interés en mostrar con gran detalle las estructuras y por su clara vocación didáctica, poniendo al margen las explicaciones en latín, hebreo y árabe.

La actividad de Vesalio en Pádua se vería plasmada en su magna obra *"De humani corporis fabrica"* (1543). Este tratado de más de seiscientas páginas supuso la completa exposición, por vez primera, de la anatomía humana observada en los cadáveres según una imagen estructural. Ello suponía el enfrentamiento con Galeno, pero no





porque el proyecto anatómico de conjunto de Vesalio fuera diferente, sino precisamente por su interés en seguir a éste hasta sus últimas consecuencias a la hora de investigar la estructura corporal humana como base de la medicina. Vesalio tuvo acceso real al cadáver humano y, procediendo como Galeno, vio cosas que aquel no pudo ver en los animales que le sirvieron en su práctica. Vesalio fue, en cierto modo, el más galenista de los anatomistas renacentistas y, por eso mismo, se separó de la anatomía galénica. Llevó a cabo el proyecto de investigación anatómica de Galeno en cadáveres humanos y ello le permitió atenerse a lo que veía. El libro ya no era el texto galénico, sino el propio cuerpo que se disecaba y edificaba sobre esta premisa su anatomía, que a su vez debía ser la base de toda la medicina.

Al exponer su obra se separó también de las concepciones anatomo-funcionales de Galeno. Resulta fundamental tomar en consideración la diferencia entre el contenido del saber anatómico y el estilo del saber anatómico (y dentro de él, el modo de describir la parte). Así, como nos muestra Laín Entralgo, aunque Vesalio

siguió a Galeno en su interés por iniciar las disecciones por los huesos, para Galeno estos constituían el fundamento rector de una forma adecuada y visible, mientras que para Vesalio eran el fundamento sustentador de una estabilidad arquitectónica o, con otras palabras, la sólida estructura central en que se apoya la edificación entera.

Vesalio se ocupa en su obra de dar una idea completa de la fábrica del cuerpo humano y, para ello, en los cuatro primeros libros se ocupa respectivamente de los huesos, los músculos y los ligamentos, las venas, las arterias y los nervios, que para él son los responsables de que la fábrica funcione, se mueva, transforme su entorno. En los tres últimos libros, a esta consideración arquitectónica y estructural va a unirse otra, aún galénica, describiéndose el contenido de las cavidades abdominal, torácica y cefálica.

En el conjunto de la fábrica vesaliana, por tanto, se pueden dividir en tres partes:

a) sistemas constructivos (huesos, músculos y ligamentos, libros I y II,)

b) sistemas conectivos (venas, arterias y nervios, libros III y IV)

c) órganos contenidos en las tres cavidades: (cabeza tronco y abdomen; libros V, VI y VII).

La obra de Vesalio es un típico producto renacentista en el que se mezclan la tradición y la modernidad y en la que se pueden encontrar elementos que lo separan y lo unen a sus antecesores, especialmente a los clásicos. En realidad, su proyecto anatómico, muy renacentista, era un proyecto de recuperación del anatomista clásico por antonomasia, Galeno (Cunningham, 1997) y su obra tenía que ser necesariamente un compromiso entre los nuevos modos a los que conducía resucitarlo en un nuevo contexto y todo el peso de la tradición. Así siguió el modo ideal de disección galénico, pero a la hora de exponer su propia idea descriptiva anatómica, se separó reemplazando la teleología galénica por una imagen arquitectónica y estructural. Pero sólo se separó en parte, porque el peso de la anatomo-fisiología galénica y de su visión teleológica sigue muy presente en la *"Fábrica"*.

Es necesario resaltar las bellísimas y abundantes ilustraciones que aparecen en el libro y que son, sin duda, las más famosas de la Historia de la Medicina, especialmente los esqueletos y los hombres musculares copiados luego centenares de veces. La senda tímidamente abierta por Berengario y por la que el mismo Vesalio ya había transitado firmemente con sus *"Tabulae"*, encuentra aquí su máxima expresión, de modo que la ilustración anatómica alcanzó un punto de no retorno ayudándose como ya hemos mencionado por van Calcar, los mejores grabadores venecianos y el mejor impresor de su época Juan Oportino, de Basilea. La finalidad pedagógica de las ilustraciones, relacionando texto con imagen, y su interés por mostrar de la forma más exacta posible las estructuras anatómicas junto con su innegable calidad artística, pasaron a ser características que cualquier monografía anatómica ilustrada posterior hubo de cumplir.

Dado el enorme tamaño y volumen de la *"Fábrica"*, Vesalio publicó un *"Epítome"* (1543). Está también ilustrado, y aquí las imágenes gozan de mayor consideración que el texto.

Como no podía ser de otro modo, la obra de Vesalio no alcanzó aceptación generalizada. Los seguidores de la anatomía galénica en su versión más pura no aceptaron la novedad de la *"Fábrica"*. Así, su antiguo maestro parisino, Jacobo Silvio, se opuso a la anatomía vesaliana lanzando fuertes ataques a su discípulo, a los que éste respondería con una epístola titulada *"Epístola rationem modunque propinando radices chymae decocti pertractans"* (1546).

El legado fundamental de Vesalio es el concepto de que la anatomía es esencial para la enseñanza de la Medicina y la Cirugía y que sin ella no se puede entender todo lo demás. En *"la Fábrica"* se explica como se deben de hacer dichas disecciones, por ello también este texto es considerado uno de los primeros textos de instrucción

quirúrgica. Nos deja también una terminología específica, aunque sigue conservando su nomenclatura antigua en varios idiomas y de preferencia siempre usando el griego, las nuevas descripciones, las bautiza siempre intentando compararlas con algún objeto ya conocido, así lo hace por ejemplo con los huesecillos del oído, la válvula mitral que dice se parece a la mitra de los obispos, el hueso radio, con la lanzadera de tejer, etc.

El libro de Vesalio sentó el inicio de un método para describir, estudiar y entender la anatomía.

La Anatomía Postvesaliana.

Realdo Colombo (1515-1558).- Primero como discípulo y luego como sucesor de Vesalio en Pádua. Son de destacar sus descripciones sobre los músculos del ojo, sus descripciones de las válvulas cardíacas y los músculos de la laringe.

Gabriele Fallopio (1523-1562).- Publicó una obra sin ilustraciones en 1561, las *"Observationes anatomicae"*, en las que comenta con gran consideración hacia el bruselense una serie de errores de Vesalio y realiza bastantes aportaciones novedosas en ámbitos como la osteología (centros de osificación, dientes, aparato auditivo), la miología (musculatura de la cabeza y del ojo), la neurología: el nervio troclear y once pares craneales, y la descripción de los órganos genitales femeninos dejándonos su nombre en las trompas uterinas, además de que acuñó el término de placenta.

Girolamo Fabrizio de Acquapendente (1533-1619).- Discípulo de Fallopio, siguió un esquema de investigación totalmente aristotélico. La abundante práctica disectiva llevada a cabo por el mismo tanto en cadáveres humanos como animales, hizo que sus aportaciones fueran bautizadas como anatomía comparada. Su más significativa aportación anatómica fue la descripción cuidadosa de las válvulas venosas que ya habían sido advertidas en repetidas ocasiones con anterioridad en *"De ostioliis"* (1603), obra acompañada de excelentes ilustraciones.

Bartolomeo Eustacchio (1510-1574).- publicó una serie de tratados anatómicos muy galenistas en principio, pero sería su obra *"Opuscula anatomic"* (1564) ya de tintes vesalianos, en la que se ocupó de diversas estructuras anatómicas como los riñones, las glándulas suprarrenales, el aparato auditivo (trompa de Eustaquio). Especial énfasis puso en el estudio de los dientes, descubriendo la primera y segunda dentición. En cuanto a la angiología torácica describió la vena ácigos y el conducto torácico. De las veintidós ilustraciones que preparó solo ocho aparecieron en su obra. El resto fueron recuperadas y publicadas ya en el siglo XVIII - 1714- por Giovanni Maria Lancisi.



LA ESCUELA ANATÓMICA ESPAÑOLA

A pesar de lo escrito por Vesalio en su “*Examen*” al referir lo difícil que era realizar una práctica cotidiana de anatomía en Madrid se debe de destacar que no ocurría así en otras partes de la península ibérica.

La aceptación plena de las posturas vesalianas se produjo con el acceso en 1547 de **Pedro Jimeno** (1515-1551) a la cátedra de anatomía en Valencia. Discípulo de Vesalio en Pádua, Jimeno introdujo la enseñanza anatómica basada en la disección de cadáveres humanos realizada y explicada por el propio profesor en la Universidad de Valencia y posteriormente en la de Alcalá. En su “*Dialogus de re medica*” (1549) expuso la anatomía del cuerpo humano apoyándose continuamente en la “*Fabrica*” y en su propia experiencia disectiva, y representa el primer libro publicado por un español en España de la nueva anatomía.

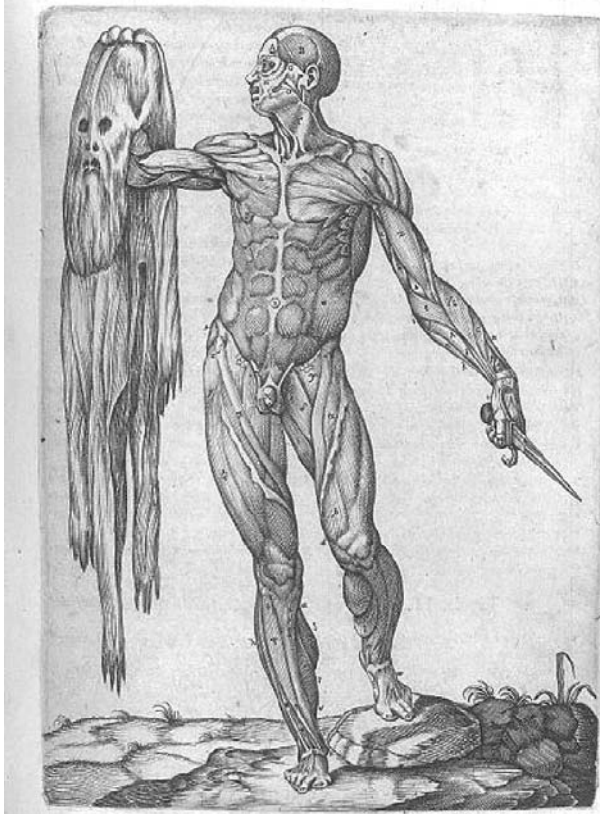
Luis Collado se convertiría en el principal responsable de la consolidación de la escuela anatómica valenciana y de su firme adhesión a las ideas de Vesalio. Su

principal contribución a la anatomía es el volumen titulado “*Cl. Galeni Pergameni Liber de Ossibus... Errationibus illustratus*” (1555). La obra contiene tres textos de diferente longitud: un comentario al citado libro galénico, una descripción de los orificios y senos craneales y una “*carta al lector*” en la que justifica su defensa de Vesalio. En realidad la obra entera de Collado es una defensa de Vesalio frente a Silvio, utilizando su propia experiencia disectiva. Collado, influyó además en la introducción de la reforma vesaliana en la Universidad de Salamanca, a través de su discípulo Cosme Medina.

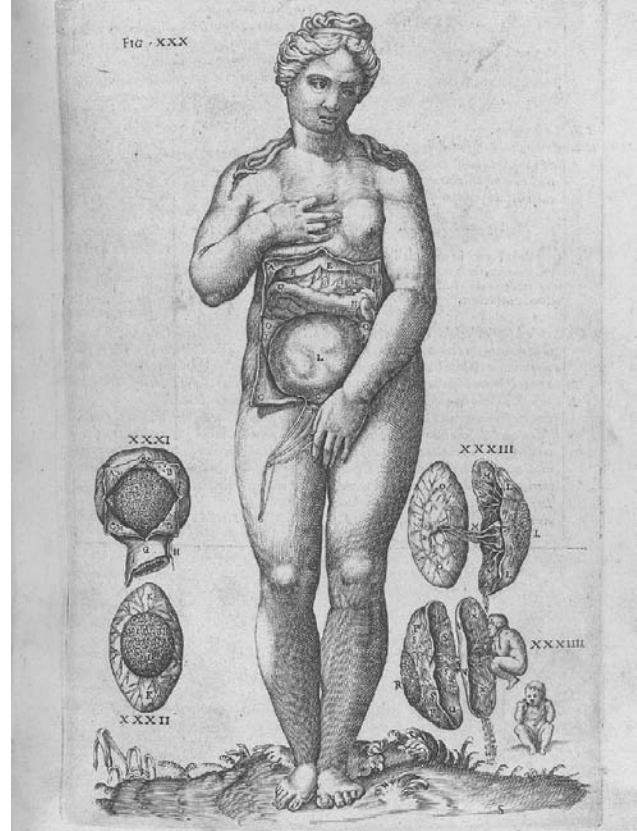
Juan Valverde de Amusco (1525-1588).- es el más destacado anatomista español del siglo XVI. Su obra “*Historia de la composición del cuerpo humano*” (1556) está ilustrada con figuras vesalianas pintadas por Gaspar Becerra y grabadas en cobre por Nicolás Beatrizet. Incluye correcciones conseguidas por sus propias disecciones, así se presenta un notable avance en las descripciones de los músculos de la cara, el ojo y la pierna. Algunas láminas son muy novedosas como la del hombre musculado que sostiene su propia piel desollada, la mujer embarazada, etc. Se realizaron varias reimpressiones de su obra y se tradujo también al italiano.



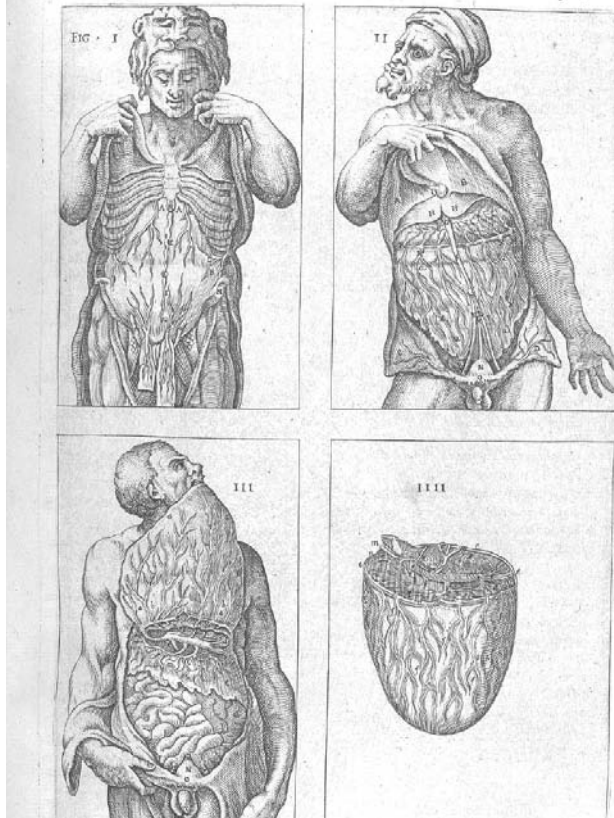
Tauola. I. del Lib. II. 64



Tauola. VI. del Lib. III. 101



Tauola. I. del Lib. III. 94



BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Masson; 2001.
2. Porter R. The Cambridge Illustrated History of Medicine. Cambridge: University Press; 1996.
3. Barquín M. Historia de la Medicina. México: Méndez Editores; 1994.
4. Cid F. Breve historia de las ciencias médicas. Barcelona: Expaxs; 1978.
5. Ortiz Quesada F. Historia del pensamiento médico. México: McGraw Hill; 2002.
6. Granjel LS. La medicina española renacentista. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1980.
7. Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson; 1997.
8. Friedman M, Fiedlan GW. Los diez mayores descubrimientos de la medicina. Barcelona: Paidós; 1999.
9. Romero Huesca A, Ramírez-Bollas J, Ponce-Landín FJ, et al. La cátedra de Cirugía y Anatomía en el Renacimiento. Cir Cir 2005; 73:151-8.
10. Cunningham A. The Anatomical Renaissance: the Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients. Aldershot: Scolar Press ,1997.

- Español Martín, G.**, 24
- Fibla Alfara, J.**, 4, 86, 157
- Fleta Nebot, A.**, 51
- Flores Calero, M.**, 51
- Foncillas Corvinos, J.**, 42, 149, 151
- Fontanals, E.**, 8, 95, 134
- Fuentes, J.**, 88
- Gallart, A.**, 4, 44
- García, M^aJ.**, 74
- García-Penche R**, 54, 93
- Gil de Bernabé, E.**, 29, 76
- Gimeno Toribio, M^a J.**, 48, 140
- Gómez, A.**, 48
- Gómez Sandin, JC.**, 131
- González Peris, M.**, 136
- Gozalo, I.**, 9, 10, 11
- Grau, M.**, 112
- Guasch Bosch, J.**, 136
- Guitart, J.**, 88
- Hernández Pascual, L.**, 47
- Irache Esteban, E.**, 74, 140
- Isidro Llorens, A.**, 54, 123
- Julien, S.**, 12, 14, 17
- Latre, C.**, 9, 10, 11
- Llaverias, S.**, 4, 44
- Lombardía López, C.**, 90
- López Colomer, E.**, 51
- López Fernández, C.**, 51
- Lozano, A.**, 6, 8
- Maristany, T.**, 44
- Marqués Queimadelos, A.**, 28
- Márquez, A.**, 48
- Martí Hernández, M.**, 20
- Martí Flo, J.**, 26
- Martínez A.**, 44
- Mascaró Rodrigo, M.**, 140
- Mata Haya, L.**, 6, 105
- Mauri Paytubí, E.**, 4, 44
- Mayoral, V.**, 88
- Mesas Company, R.**, 51, 140
- Mier Odriozola, JM.**, 4, 86, 157
- Miquel, C.**, 30
- Mir, R.**, 48
- Miserachs N.**, 30, 54, 93
- Moliner, E.**, 26
- Molins López-Rodó, L.**, 4, 86, 157
- Montull E.**, 4, 44
- Moreno Sierra, J.**, 28
- Mundt Dussel, E.**, 4
- Muñoz, J.**, 20
- Nerin, T.**, 74
- Nomdedeu, M.**, 93
- Palomer, JM.**, 95, 134
- Parra, N.**, 95, 134
- Pérez, M^a D.**, 88
- Pérez Colomé, J.**, 37

índex anual

- Pérez Varela, LM.**, 47
- Peso Arenas, FJ.**, 131
- Pina, N.**, 8
- Pinilla Gutsens, N.**, 8, 140
- Pons, M.**, 9, 10, 11, 54
- Puertas C.**, 74
- Puig, M.**, 97, 101
- Querol, V.**, 4, 44
- Remón Jiménez, J.**, 51
- Rendé, A.**, 131
- Roca García, Y.**, 51
- Roca Rossellini, N.**, 32, 42, 149, 151
- Rodelas, F.**, 88
- Rodríguez, A.**, 95, 134
- Rodríguez, L.**, 138
- Rodríguez Rigau, A.**, 26
- Román Roy, A.**, 51
- Rosales Calvo, G.**, 64, 69
- Rosell, F.**, 6, 8, 54, 93, 95, 134
- Ruiz I.**, 131
- Ruiz Gutiérrez, M.**, 51
- Salvador, J.**, 48
- Sánchez López, M^a J.**, 39, 61, 107
- Sauqué, M^a T.**, 138
- Seguí Montesinos, J.**, 145
- Solans Buxeda, R.**, 54
- Sort, D.**, 95, 134
- Surroca, L.**, 97, 101
- Tomás, A.**, 88
- Tor, S.**, 48
- Toro, P.**, 148
- Urgell Morera, S.**, 28
- Vallés Angulo, S.**, 157
- Vargas, M.**, 88
- Vicente, J.**, 74
- Vidal López, G.**, 86, 157
- Vilà Sánchez, M.**, 51

CITACIONES :

Per citar les vostres publicacions als Annals del Sagrat Cor, haureu d'utilitzar :
Autor. Títol..... Ann Sagrat Cor 2008; 15: 157-8.

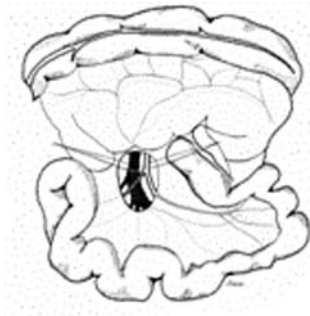
I WORKSHOP SOBRE CIRUGIA HEPATO-BILIOPANCREÁTICA



HOSPITAL
UNIVERSITARI
SAGRAT COR
CLÍNIQUES
DE CATALUNYA

21 de enero de 2009

Profesor invitado: Joan FIGUERAS FELIP (Hospital "Josep Trueta", Girona)
Moderador: Dr. Fernando PARDO (Clínica Universitaria de Navarra)



PROGRAMA:

09.00 **Inauguración y bienvenida**

Dr. Javier Foncillas Corvinos

09.15 **Sesión clínico-radiológica:** Presentación del caso clínico preoperatorio

09.30 **Lección teórica:** Duodenopancreatectomía cefálica con abordaje inicial de la arteria mesentérica superior

Dr. J. Figueras Felip

10.00 **Intervención quirúrgica**

Dr. J. Figueras Felip y A. Bosch Amat

11.00 Coffe-break

14.00 Comida catering

16.00 **Despedida**

Dr. Javier Foncillas Corvinos

La intervención puede sufrir modificaciones en función de la casuística.

UNICIR. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Dr. Javier FONCILLAS CORVINOS.

Hospital Universitari Sagrat Cor (Barcelona - España). **Unidad de cirugía**

hepato-biliopancreática. Antonio BOSCH AMAT, Jaime VALLOVERA y Santiago BARBA SOPEÑA.

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**

