

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2012.
Volum 19. Número 3. Publicació trimestral

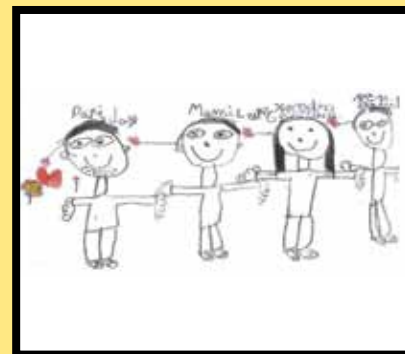
Editorial 108
– Excelencia y calidad.

VI Jornada de Calidad y MA. Grupo Capio Sanidad 109

- Integración de circuitos de atención rápida en pacientes con alerta clínica. Gestionando la alerta evitamos la alarma. *Capio Fundación Jiménez Díaz*
- Enfermería referente en acompañamiento creativo a las enfermedades, al duelo y la muerte. Educación a la comunidad y servicio de voluntariado de Capio-Catalunya. *Xusa Serra Llanas*.
- Cómo se abordan los casos centinelas: a propósito de un caso. *Cristina Sagrera Felip*
- Unidad de cuidados paliativos: fundamentos en los que se basa. Consulta de control de síntomas. *Megías Baeza*
- Prevención de errores de medicación: método observacional multicéntrico (EMOPEM). *Nadia El Hilali Masó, Margarita Aguas Compaired, Rosa García Penche, M^a Antònia Insensé Cortinas, Begoña Eguileor Partearroyo*.
- Infecciones en el campo quirúrgico: incidencia re-esterilización material desechable. *Inmaculada Olivas*
- ¿De quién es la historia clínica? Smartmedicina. *Jordi Delás, Rosa Coll, Cati Fornós, Gloria García, Francesc Fernández, Ana Lozano, Rosario Salas, Dolors Sort, Galdina Valls, Chema Villasenin*
- Ahorro de sangre por el uso de ácido tranexámico en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera. *Ivan Robert Calvet, Marcos Cots Pons*
- Tratamiento quirúrgico de las roturas cardiacas post-IAM. *M. José Caballero, Lydia Martínez, Fernando Mompó*
- Coordinación primaria/hospital. *Jordi Delás, Francesc Fernández, Ana Lozano, Rosario Salas*.
- Unidad de Geriatría Externa: modelo de continuidad asistencial para el paciente anciano. *Berta Alvira Rasal*
- Participación de pacientes y/o familiares en proyectos de seguridad ¿una apuesta de futuro? *Saray Alen Gobernado, Nadia El Hilali, Rosa Garcia-Penche, Anna Cruz Oliveras*
- Registro de enfermedades vasculares cerebrales: resultados de 19 años de experiencia. *Joan Massons, Adrià Arboix, Montserrat Oliveres, Cecilia Targa, Emili Comes E, MJ Vidal*.
- Importancia del tratamiento del dolor en el paciente quirúrgico. *Ana M^a Martínez Navarro, Carmen Hernández Trompeta, Sara del Álamo Juárez*

Homenaje al Dr. Pablo Umbert 138

- Dermatología en Catalunya. *Dr. Corbella*
- Servicio Dermatología Hospital Sagrado Corazón, Barcelona. Resumen histórico: 1879-2012
- Entrevista con el Dr. Pablo Umbert, Director del Servicio de Dermatología 1976-2012.



Consell editorial

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

L'Acadèmia dels Annals

Cayetano Alegre de Miquel, reumatologia
Joan Barceló, radiodiagnòstic
Eduardo Basilio, cirurgia
Pau Umbert, dermatologia
Gonzalo Vidal, cirurgia toràcica

Coordinació

M^a José Sánchez

Director

Jordi Delás

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Consell de Redacció

Miquel Balcells
Jordi Delás
Enric Gil de Bernabé
Eduardo Irache
Lucía Mata
Núria Miserachs
M^a José Sánchez

Disseny

Sònia Poch

Maquetació

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
Joan Ballesta, cirurgia plàstica

Santi Barba, cirurgia
Núria Barrera, medicina de família
Siraj Bechich, medicina interna
Xavier Beltrán, cirurgia vascular
Antoni Bosch, cirurgia
Jesús Broto, cirurgia pediàtrica
Joaquim Camarasa, cirurgia
Eleuterio Cánovas, otorrinolaringol
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
Vicente De Sanctis, anestèsia
Begoña Eguileor, farmàcia
Francesc Fernández, medicina interna
Juanjo Fibla, cirurgia toràcica
Javier Foncillas, cirurgia
Caterina Fornós, medicina interna
Rosa García-Penche, infermeria
Marta Grau, neuropsicologia
Luis Hernández, neurocirurgia
Maribel Iglesias, dermatologia
Albert Isidro, traumatologia
Joan Carles Jordà, infermeria urgències
Fani Labori, anestèsia
Ana Lozano, medicina interna
Juan Martín Zárate, digestiu
Joan Massons, neurologia
Manuel Mateo, anestèsia
Eduard Maurí, radiologia
Ignasi Machengs, oncologia
Juan Carlos Martín, cirurgia pediàtrica
Mario A. Martínez, otorrino
Luis Medina, medicina interna
Carles Miquel, cirurgia vascular
Laure Molins, cirurgia toràcica
Sebastià Monzó, hematologia
César Morcillo, medicina interna
Montserrat Oliveres, neurologia
Olga Parra, pneumologia
Antoni Pelegrí, nefrologia
Luis Manuel Pérez Varela, neurocirurgia
Nuria Pinilla, infermera
Carles Pons, cardiologia
Montserrat Pons, farmàcia

Carme Prat, traumatologia
Núria Queralt, infermera
Vicenç Querol, radiologia
Núria Roca, medicina interna
Assumpta Ros, otorrinolaringologia
Vicenç Ros, cirurgia plàstica
Germán Rosales, traumatologia
Jesus Sacristán, urologia
Rosario Salas, medicina interna
Montse Salleras, dermatologia
Elisabeth Sánchez, medicina interna
Manuel Sánchez Regaña, dermatologia
Antonio Segade, cirurgia
Joan Seguí, psiquiatria
Agustí Segura, cirurgia
Ricard Solans, medicina intensiva
Juanjo Sopeña, pneumologia
Dolors Sort, medicina interna
Marisa Surroca, endocrinologia
Cecilia Targa, neurologia
Pere Torras, medicina interna
Ignasi Valls, ginecologia

Correspondència:

Biblioteca.
Hospital Universitari Sagrat Cor
c / Viladomat 288 - 08029 Barcelona
Telèfon: 933.221.111
e-mail: bibhsc@hscor.com
<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Impressió Digital:
Multitext S. L.
Diputació, 113-115
ISSN: 1695-8942
D.L.: B-3794-93

Summary

Annals del Sagrat Cor, 2012; Volum 19, Issue 3

Editorial.....	108
– Excellence and quality	
Reports to the VI JORNADA DE CALIDAD y MA. Grupo Ca-	
pio Sanidad.....	109
Homage to Dr. Pablo Umbert.....	138

Editorial

Excelencia y calidad

En el año 1976, existió una gran expectación por recibir al Dr. Pablo Umbert Millet en el cargo del Servicio de Dermatología de nuestro Hospital del Sagrat Cor. Y realmente, no nos defraudó. Llegó un hombre vigoroso, que a su exquisito trato añadía algunas frases en inglés, con una placa blanca en su bata en la que estaba rubricado su nombre, y un esclarecedor “MD” a continuación.

Deslumbró con sus sesiones clínicas, con dos pantallas para proyección simultánea y su desbordante entusiasmo y amor por sus pacientes, su trabajo y sus discípulos.

Es un extraordinario honor para Annals del Sagrat Cor asumir la publicación de la historia del Servicio de Dermatología con motivo de la promoción del Dr. Pablo Umbert al cargo de Profesor Emérito. Y ello nos genera una reflexión, y es que necesitamos a todos los profesores que, superada la fase clínica y asistencial, quieran seguir compartiendo con jóvenes discípulos sus conocimientos y experiencias.

Completa este ejemplar el compromiso de nuestro Hospital y Grupo Capio Sanidad por la calidad, en forma de la Jornada de Calidad y Medio Ambiente de la que nos es posible presentar un resumen de las comunicaciones expuestas. Ha supuesto un laborioso trabajo por parte de autores y organizadores que constituyen un excelente acompañamiento del homenaje al Dr. Pablo Umbert Millet, su escuela y su servicio.

EXCEL·LÈNCIA I QUALITAT

L'any 1976 va existir una gran expectació per a rebre el Dr Pablo Umbert Millet en el càrrec del Servei de Dermatologia del nostre Hospital del Sagrat Cor. I realment no ens va defraudar. Era un home vigorós, que al seu exquisit tracte afegia frases en anglès i lluïa una placa blanca en la seva bata amb el seu nom rubricat, i un aclaridor “MD” a continuació.

Va enlluernar amb les seves sessions clíniques amb dues pantalles per a projecció simultània i el desbordant entusiasme i amor pels seus pacients, el seu treball i els seus deixebles.

És un extraordinari honor per Annals del Sagrat Cor assumir la publicació de la història del Servei de Derma-

tologia amb motiu de la promoció del Dr Pablo Umbert al càrrec de professor emèrit. I això ens genera una reflexió i és que necessitem a tots els professors que, superades la fase clínica i assistencial, vulguin seguir compartint amb joves deixebles els seus coneixements i experiències.

Completa aquest exemplar el compromís del nostre Hospital i Grup Capio Sanitat per la qualitat, en forma de la Jornada de Qualitat i Medi Ambient de la qual ens és possible presentar un resum de les comunicacions exposades. Ha suposat un laboriós treball per part d'autors i organitzadors que constitueix un excel·lent acompanyament de l'homenatge al Dr Pablo Umbert Millet, la seva escola i el seu servei.

EXCELLENCE AND QUALITY

In 1976, the arrival of Dr. Pau Umbert Millet to take charge of the Dermatology Department of Hospital Sagrat Cor raised great expectations that would not be disappointed. A vigorous man arrived and his refined treatment was furnished with frequent phrases in English language and a white badge clipped to the breast pocket of his white coat with his name followed by MD. His clinical sessions were amazing, with two simultaneous projection screens and his boundless enthusiasm and love for his patients, his work and his disciples.

It is an extraordinary honor for Annals del Sagrat Cor to publish the history of the Dermatology Department, at the time of the promotion of Dr. Paul Umbert as Professor Emeritus. And that poses a reflection, we need all those teachers that, retired from the clinical activity, want to continue sharing with young disciples their knowledge and experiences.

This issue is completed by the commitment to quality achieved by our Hospital and Capio Group. We present a summary of the sessions of the last Symposium of Quality and Environment. It represents a laborious work by authors and organizers and we conclude that is an excellent companion to the tribute to Dr. Pablo Umbert Millet, his school and Dermatology Department. ●

Jornadas

VI Jornada de Calidad y MA. Grupo Capiro Sanidad

Integración de circuitos de Atención Rápida en pacientes con Alerta Clínica. Gestionando la alerta, evitamos la alarma

Fundación Jiménez Díaz

Palabras clave: continuidad de la atención al paciente, evaluación de procesos y resultados, atención de salud, alerta.

Keywords: continuity of patient care, primary care, outcome and process assessment, healthcare, alert.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el paciente.

OBJETIVOS

Coordinación entre los distintos profesionales, tanto los del hospital como los de atención primaria.

Establecer un sistema de gestión de alertas clínicas homogéneo, independientemente de dónde se genere la alerta clínica.

Efectividad en el diagnóstico y tratamiento de aquellos procesos iniciados con una alerta clínica.

Integración de los diferentes sistemas de información clínica especializada (I-MDH), primaria (SCAE) y de los laboratorios clínicos (SGLAC) y de Anatomía Patológica (NOVO-PATH).

Adecuación y mejora del procedimiento de la Comunidad de Madrid de Sospecha de Malignidad (C15).

Disminuir los tiempos de atención para los casos en los que se ha detectado una alerta clínica.

METODOLOGÍA

REINGENIERÍA DE PROCESOS

Redefinición de las actividades y procesos de la atención rápida de pacientes con alerta clínica. Esto implica volver a establecer y a configurar de manera radical los sistemas organizativos para lograr un incremento significativo en el número de pacientes atendidos.

DESPLIEGUE

DIRECTOR DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- Resolución coordinada entre Atención Primaria y Atención Especializada de los procesos asistenciales del paciente.
- Propuesta de implantación de cualquier otro circuito de derivación que mejore la continuidad asistencial y facilite el acceso de los pacientes al nivel especializado.
- Supervisión diaria de la respuesta al circuito de atención rápida del cumplimiento de los plazos establecidos.
- Garantía del acceso de Atención Primaria a la Historia Clínica hospitalaria, participando en la implantación de las herramientas informáticas que se están desarrollando en la Consejería para permitir la continuidad asistencial (IMDH, SGLAC, HORUS, SCAE...).



- Análisis y evaluación de la implantación del Protocolo de Derivación Rápida de pacientes ante sospecha clínica de malignidad desde Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- Demora media de atención rápida de pacientes 7,5 días.



Creación de un Circuito Hospitalario de derivación de pacientes con sospecha de malignidad desde atención primaria.



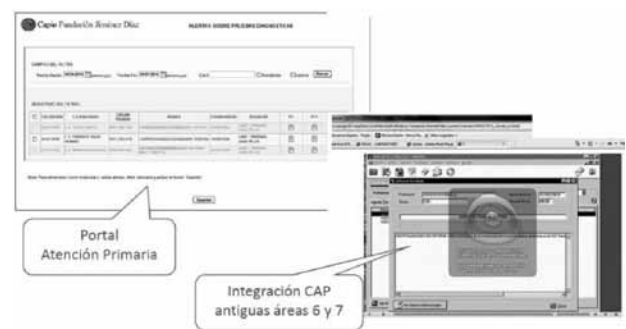
Ampliación de la funcionalidad del Sistema de Alertas Clínicas



Automatización del Sistema de Alertas Clínicas



Extensión del sistema de alertas clínicas a atención primaria



RESULTADOS

Alertas clínicas generadas por sospecha de malignidad desde AP.

AÑO	ALERTAS GENERADAS AP	DEMORA MEDIA (días)
2008 (Desde Nov)	30	7,5
2009	236	3,4
2010	416	1,8
2011	676	1,4



Alertas clínicas generadas por sospecha de malignidad internas.

AÑO	ALERTAS GENERADAS FJD	DEMORA MEDIA (días)
2009 (Desde Octubre)	66	2,36
2010	393	1,26
2011	464	1,2



Resultados Actualizados Mayo 2011

Restos de alertas clínicas generadas en 2010 distribuidas según el destinatario.

	2010	2011
Alertas generadas cuyo destinatario es interno	7.734	24.451
Alertas generadas cuyo destinatario es externo (primaria)	338	1.389

De ello se deduce una buena acogida del Sistema de Alertas por los profesionales de Atención Especializada y Aten-

ción Primaria. También se ha disminuido el tiempo de demora de atención de pacientes con Alerta Clínica.

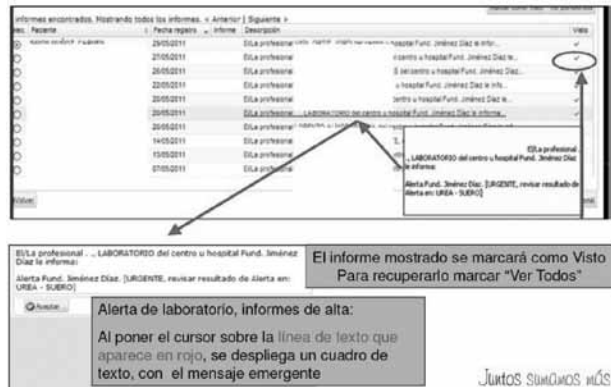
Factores de Éxito

- Implicación de la Dirección y de los profesionales, tanto de Especializada como de Primaria.
- Implicación del Servicio de Informática en el desarrollo del sistema de gestión de alertas clínicas.
- Implicación del Servicio de Admisión en la gestión efectiva de las citas de los pacientes con alerta clínica.
- Desarrollo de una aplicación necesaria y demandada por los profesionales.

Aplicabilidad en la organización

La aplicabilidad del sistema de alertas ha sido tanto interna en el Hospital como en los Centros de Especialidades y se hizo extensivo a Atención Primaria.

En primaria ha sido incorporado en AP- Madrid. ●



Enfermería referente en acompañamiento creativo a las enfermedades, al duelo y la muerte. Educación a la comunidad y servicio de voluntariado de CAPIO-Catalunya

Xusa Serra Llanas

Enfermera Tanatóloga. Capio-Hospital General de Catalunya.

Palabras clave: duelo, consternación, muerte, comunidad terapéutica.

Keywords: grief, bereavement, death, therapeutic community.

INTRODUCCIÓN

En el año 2009, la entonces Directora de Enfermería de Capio-Hospital General de Cataluña, Sra. Anna Cruz, inició un nuevo proyecto de gestión que desarrollaba aspectos relacionados con la investigación, análisis, difusión, planificación y cura integral de pacientes y familiares. Tenía el objetivo de mejorar cualitativamente tanto las Áreas Asistenciales, como las Educativas. Para conseguirlo, se creó la figura de las Enfermeras Referentes en Seguridad del Paciente, en Control de Infecciones, en Enfermería Clínica, en Clínica del Dolor y Acompañamiento Creativo a las enfermedades, en el duelo y la muerte, y en Educación en el duelo a la Comunidad y Servicio de Voluntariado.

El actual Modelo Corporativo Organizativo Transversal promueve una nueva visión de los procesos existentes, y lo alinea a la visión Corporativa de Capio-Catalunya. Por este motivo, la organización y difusión del proyecto está siendo integrado en los tres centros: Hospital General de Catalunya, Hospital Universitario Sagrado Corazón y Clínica del Vallés, según el modelo EFQM.

Los objetivos de la Enfermería Referente en Acompañamiento Creativo a las personas gravemente enfermas, el duelo y la muerte, Educación a la comunidad y Voluntariado son:

- Promover el Rol de la enfermería dentro de la comunidad, con profesionales que tienen una visión holística. La enfermería históricamente y socialmente ha sido referente en la formación, educación y salud de los cuidados.
- Responder a las necesidades y dificultades emocionales durante la enfermedad: el proceso de morir y el duelo de pacientes, familias y profesionales.
- Velar por los procesos de duelo saludables y la salud emocional de la comunidad, garantizando una continuidad asistencial en el acompañamiento en las pérdidas.

- Eliminación de barreras que promuevan la exclusión social, con la gratuidad del servicio, la universalidad y el acceso a él de personas externas e instituciones.
- Visibilizar la necesidad social de un servicio de voluntariado.

La experiencia y resultados indican que se han conseguido los objetivos iniciales. No obstante, el actual Modelo Corporativo de Capio-Catalunya recomienda una visión transversal de los procesos inicialmente existentes. Quiere integrarlos en los tres centros de Capio-Catalunya (HGC, HUCS i CdV).

El actual organigrama de las enfermeras Referentes en Acompañamiento Creativo, Educación a la Comunidad y Servicio de Voluntariado, que inició Xusa Serra en Capio-HGC, es el siguiente:

- Montse Velasco. Enfermera que desarrolla el Servicio de Capio-HUSC.
- Teresa Cerezo. Enfermera que desarrolla el Servicio en Capio-HGC y Capio-Clínica del Vallés.
- Xusa Serra. Enfermera responsable de la Formación y Educación en el duelo. Analiza, valora y difunde el servicio. Garantiza el Modelo transversal en la organización del Servicio en los tres centros.

ENFERMERÍA REFERENTE EN ACOMPAÑAMIENTO CREATIVO EN LAS ENFERMEDADES, LA MUERTE Y EL DUELO

Lo que da sentido al trabajo de la Enfermera Referente en el Acompañamiento Creativo es precisamente que adecue la formación, educación y recursos a las distintas necesidades de cada persona o familia. Así velará por la salud emocional de pacientes, familias (adultos y niños) y profesionales, en la enfermedad; antes, durante y después de la muerte.

Metodología

El servicio se ofrece tanto a personas ingresadas (pacientes, familiares y profesionales), como a visitas externas (programadas) e instituciones.

En las visitas internas, centramos los cuidados en las necesidades de las personas enfermas que se preparan para cerrar su ciclo de vida y morir. En estos momentos de la

vida, su principal preocupación suele ser el control del dolor físico y sus familias. Por ello nuestros esfuerzos se dirigen en ayudarles en poder tener una muerte más apropiada.

Las familias viven una situación desconocida, por lo que es necesario que se sientan acompañados mientras aprenden a acompañar al ser querido. El 90% de las familias manifiestan dificultades para saber cómo cuidar en el tramo final de la vida, por ello les ofrecemos recursos y formación en este sentido.

Los profesionales viven también su propio duelo y sienten dificultades ante la muerte y el dolor que genera. Por ello es importante que se sientan cuidados y con el soporte de una formación al respecto.

Las visitas internas quedan registradas e integradas en el Plan de Curas de Enfermería, de forma que los profesionales pueden consultar el seguimiento del Acompañamiento Creativo de pacientes y familias.

Pueden solicitar el Servicio de Acompañamiento los propios pacientes y familias por medio de los profesionales o departamentos; los propios profesionales a través del programa informático del centro, de correo electrónico o solicitud telefónica.

Correos electrónicos: xusa.serra@hgc.es; teresa.cerezo@hgc.es; mvelasco@hscor.com

Teléfonos: Capio-HGC. 935656000. Ext. 1643; Capio-HUSC 933221111/ 618308464. Ext. 68036; Capio-CdV 937283100



En las visitas externas, el servicio es gratuito para garantizar el soporte emocional a toda persona, familia o institución sensibilizadas en la importancia de la elaboración de duelos saludables. El acceso puede ser personal o a través de una institución (Ayuntamientos, escuelas, CAP...)

El servicio se adecua a las pérdidas relacionadas con una enfermedad grave o el duelo por la muerte de un ser querido. La demanda social ha mostrado unas necesidades especiales en el duelo de los niños y jóvenes, el duelo por una muerte perinatal y en las muertes por suicidio. Por ello damos prioridad a las personas que viven y se encuentran en estas situaciones.

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA COMUNIDAD. TALLER “AHORA SÍ QUE SÉ.”

Hoy en día observamos dificultades a nivel social y familiar para gestionar adversidades tales como la pérdida de la sa-

lud, y en especial la muerte de un ser querido. Las familias gestionan el dolor en soledad en un intento fallido de evitar producir más dolor en los demás. Este intento de sobreprotección se ve acusado en los niños, a los cuales se les intenta mantener al margen. Ante la necesidad de ofrecer respuestas en este sentido y teniendo presente el rol educativo de la Enfermería dentro de la comunidad, la Dirección de Enfermería de Capio-Cataluña desarrolló un proyecto educativo con un objetivo principal: velar por la salud física y emocional de niños, padres, madres y maestros. Por ello se creó un taller que facilitó una educación y expresión de las emociones.

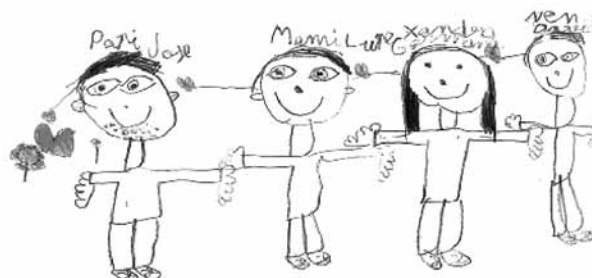


Los objetivos son que los niños/as puedan compartir y reflexionar sobre las pérdidas y su normalidad durante el ciclo de vida. Que aprendan a cuidar y a cuidarse en situación de duelo, en las adversidades, y que descubran estrategias para evitarlas, así como recursos propios para elaborar duelos saludables.

Metodología

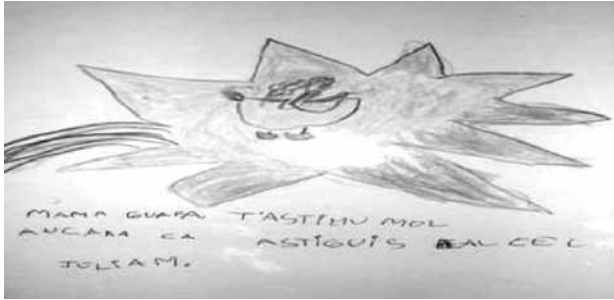
Se imparte a partir de 3 años en las aulas escolares, en presencia de los maestros y por enfermería especializada en Tanatología. El taller tiene un formato visual, participativo y creativo. Cada taller es único e irreplicable por la aportación emocional de los niños/as. Durante el taller realizan unas fichas adaptadas para cada edad, donde los niños se expresan con dibujos o escritura y que son una fuente de información para otros profesionales.

Así se expresó David de 6 años, 15 días después del Taller y 4 meses después de la muerte de su papá.



Taller “Ahora sí que sé”. Julia, 6 años. Descubre a través del ritual del dibujo una forma de expresar su amor por su mamá tras su muerte inesperada. El intento por sobreprotegerla impidió que Julia participara del funeral como facilitador de la despedida y homenaje al ser querido. Días después

aparecieron trastornos físicos y emocionales y fue necesario organizar un acto personalizado de despedida, que facilitara la expresión de sus sentimientos.



Las valoraciones realizadas por los maestros y los padres/madres hasta el momento han sido muy positivas. La demanda del taller ha ido en aumento. En el curso 2009/2010 se impartió a 250 niños. En el 2010/2011 a 818 niños. En el 2011/2012 a 1400 niños. Este curso la demanda ha seguido en aumento.

TALLER QUÈ VULL SER DE GRAN?

Los objetivos de este taller son que el niño descubra, a través de los sentidos, el hospital como institución donde se trabaja para curar y cuidar. Que observen el hospital como una pequeña ciudad donde se vive, se convive y se trabaja en

equipo. Que realicen una reflexión sobre el ciclo de vida y la importancia de la salud y la enfermedad, del curar y el cuidar.

Metodología

El taller está impartido por enfermería y tiene una duración de 3 horas. Se inicia con una acogida en la Sala de Actos, exposición de un audiovisual y coloquio. Prosigue con una visita guiada por los servicios de Neonatología, Rehabilitación, Laboratorio y Cocina.

SERVICIO DE VOLUNTARIADO

En el año 2010, Capiro-HGC firmó un convenio con el Departamento de Justicia de adultos y de menores, con el objetivo de impulsar un proyecto social y humanitario junto a personas con una deuda de servicio a la comunidad. Para ello se elaboraron unos protocolos que garantizaban un óptimo funcionamiento. La valoración hasta el momento ha sido muy positiva. Los voluntarios realizan un cuestionario previo y posterior a la labor social para evaluar cómo el acompañamiento incide en su inteligencia emocional y posicionamiento ante las adversidades.

Hasta el momento han participado 22 voluntarios adultos y 6 menores. La Dirección de Enfermería de Capiro-Cataluña se ha propuesto un nuevo proyecto, integrando dentro del ámbito hospitalario el voluntariado de personas jubiladas. Una mejora cualitativa que promueve la satisfacción personal y social del voluntario, de pacientes y familiares. ●



Cómo se abordan los casos centinelas: a propósito de un caso

Cristina Sagrera Felip

Enfermera Responsable de la Seguridad del Paciente. Capiro Hospital General de Catalunya.

Palabras clave: seguridad del paciente, episodio de atención, vigilancia de guardia.

Keywords: patient safety, episode of care, sentinel surveillance.

INTRODUCCIÓN

Velar por la seguridad del paciente tiene como objetivo reducir y prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria. A pesar de nuestros esfuerzos en intentar que nuestros cuidados no produzcan efectos negativos en el paciente, en ocasiones no lo conseguimos y aparecen adversidades.

Los eventos adversos calificados como más graves, por las consecuencias que tienen en el paciente, son los denominados “eventos centinela”. Estos pueden llegar a provocar la muerte, lesiones graves físicas o psicológicas, o el riesgo de padecerlas.

OBJETIVOS

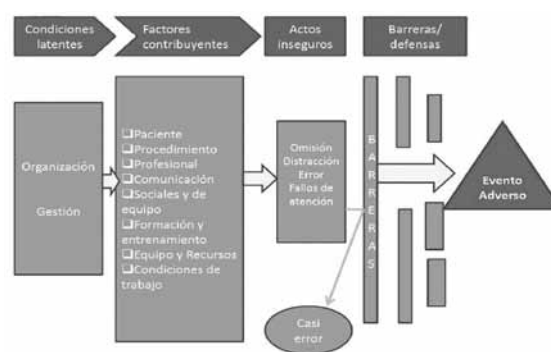
- Demostrar que el análisis metodológico de un evento centinela nos permite identificar las causas, y por lo tanto, aportar propuestas de mejora.
- Demostrar que la aparición de un evento centinela no es atribuible a un único factor, sino que la complejidad del mismo nos evidencia los numerosos factores contribuyentes que lo favorecen.
- Demostrar que la realización de un análisis completo permite la visualización del problema como algo sistémico, que no individual.

METODOLOGÍA

La aparición de los eventos adversos son consecuencia de la coincidencia desafortunada de muchos factores, como por ejemplo: condiciones latentes que se encuentran en la organización, factores contribuyentes que tienen que ver con el paciente, con los profesionales, procedimientos, factores sociales, de comunicación, de formación...etc. Todo esto puede llegar a provocar actos inseguros: lapsus, distracciones o errores provocados por la falta de atención. La mayoría de

ocasiones estos “casi errores” no llegan al paciente porque se encuentran con innumerables barreras que evitan el error. Pero cuando esto no sucede, el error acaba llegando al paciente provocando el evento adverso.

Como podemos ver, la aparición de un evento adverso es multifactorial y casi nunca se concentra en único error.



La metodología, que nos ayuda a valorar los posibles riesgos o problemas de seguridad antes de que sucedan, se denomina Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Es una metodología proactiva que intenta evitar la aparición de eventos adversos valorando, de forma individual, todas las fases de los procesos. Se intenta poner barreras para que el error no llegue a producirse.

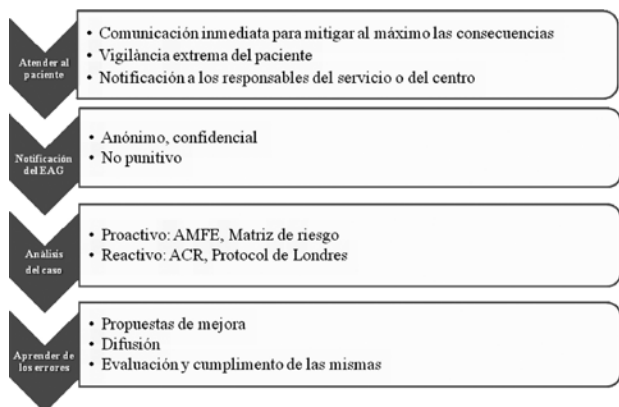
Cuando ya tenemos un problema de seguridad con consecuencias para el paciente, es decir un evento adverso grave o evento centinela la metodología de estudio, se deberá analizar lo sucedido. Nos basaremos en el conocimiento real y completo para determinar los factores que han contribuido a la aparición del efecto adverso, y sus causas desencadenantes. Esta metodología se considera reactiva, la más conocida es la del Análisis Causa-Raíz, aunque también se puede utilizar el protocolo de Londres.

El conocimiento de un evento centinela por parte del Comité de Seguridad del Paciente obliga a la realización del análisis correspondiente. En primer lugar se creará un grupo de trabajo formado por responsables del servicio afectado, y miembros del comité de seguridad que ayudaran en el soporte metodológico para la realización del análisis.

Luego, se procederá a recoger la información de los registros clínicos, del personal implicado, y cualquier dato que pueda ayudar a clarificar los hechos, posteriormente se realizará una descripción cronológica del suceso.

Finalmente, para poder valorar de forma individual las causas y factores contribuyentes, se utilizará como herramienta el diagrama de Ishikawa.

¿Que hacer delante del error?



La finalidad de realizar un ACR consiste en aplicar las propuestas de mejora para conseguir que el evento adverso no se vuelva a producir o que, en caso de producirse, las consecuencias sean mínimas para el paciente. Estas medidas se concretan en un plan de acción que se incluye dentro del plan de calidad del centro. A continuación presentamos el análisis de un evento centinela realizado en nuestro centro:

Caída con consecuencia grave: fractura de tibia y peroné

Descripción de los hechos:

- Una paciente de 81 años ingresa por descompensación de insuficiencia respiratoria crónica más fallo cardiaco en unidad de hospitalización de medicina interna. Deterioro cognitivo desde hace 6 años relacionado con E. Alzheimer, vive en su domicilio con atención de una cuidadora.
- Tras empeoramiento a nivel respiratorio en planta (hipercapnia) se decide ingresarla en UCI para tratamiento de BIPAP, se acuerda con la familia no tributaria de RCP en caso de PCR.
- Ingresa en UCI, sesiones de BIPAP bien toleradas y con buena respuesta clínica.
- A las 48 horas, muestra una buena evolución y se traslada a semi-críticos, con previsión de alta a las 24 horas. Se realiza sedestación en cama bien tolerada, estable con gafas nasales y sesiones de BIPAP intermitentes.
- Por la mañana la familia le trae una planta que se deja en el cabezal de la cama de la paciente.
- Identificada como paciente con riesgo de caída, última valoración en unidad de hospitalización: pulsera y adhesivo en la habitación, no se revalora el riesgo en el cambio de servicio.
- Inicio del turno tarde, control y valoración: desorientación temporo-espacial, nivel de conciencia alerta, se toman medidas de seguridad:
 - cama baja, barandillas subidas, timbre cerca.
 - Se retira maceta y se deja en el pasillo
 - A los 40' minutos se produce caída fortuita y accidental de la paciente al suelo por el lado izquierdo de la cama. La paciente verbaliza: “quería ir a fue-

ra a buscar la maceta”. Consecuencia: fractura de tibia y peroné.

Se realizó un análisis del evento con los responsables del servicio y con miembros del comité de seguridad para valorar todos los posibles factores contribuyentes, el análisis del cual presentamos en este diagrama de Ishikawa.



Las propuestas de mejora surgieron de la valoración de los problemas de seguridad, la implantación de las mismas es el objetivo final ante cualquier notificación de evento adverso. La presentación del resultado del análisis en el servicio ayuda a mejorar la cultura de seguridad, y contribuye a reforzar los conocimientos adquiridos.



Las conclusiones que podemos extraer de este caso son:

- Los errores se pueden prevenir, la **prevención** de los problemas de seguridad es **nuestro objetivo**.
- La notificación es fundamental para conocer los problemas de seguridad, buscar soluciones y aprender de ellos.
- Necesitamos la implicación de las Direcciones y de todos los que trabajamos cerca del paciente, de este modo se disminuirá el riesgo ante el error y implantaremos prácticas seguras por el bien de nuestros pacientes.

Para finalizar esta frase del Dr. L. Donaldson, extraída de “Alianza mundial para la seguridad del Paciente”, OMS, define el compromiso de todos los que trabajamos para mejorar la seguridad de los pacientes: “Equivocarse es humano, esconder los errores es una estupidez, no aprender de ellos es imperdonable.” ●

Unidad de cuidados paliativos: fundamentos en los que se basa. Consulta de control de síntomas

Gracia Mejías Baeza

Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuidado terminal, signos y síntomas.

Keywords: hospice care, terminal care, signs and symptoms.

INTRODUCCIÓN

O.M.S: “Los cuidados paliativos constituyen un método de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias al afrontar los problemas asociados a enfermedades incurables mediante la prevención y el alivio del sufrimiento.”

La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación descrita por la legislación española.

Los Equipos de Soporte Hospitalarios surgen tras la polémica del Hospital Severo Ochoa. En la actualidad, el *Plan Estratégico de Cuidados Paliativos* de la Comunidad de Madrid exige un equipo de paliativos en cada hospital.

En este contexto, nace del servicio de Geriátrica, la iniciativa de crear un “equipo de soporte”, o “unidad de cuidados paliativos”, para la asistencia integral a este grupo de pacientes.

¿Quiénes somos?

Somos una unidad de apoyo y coordinación en el hospital de agudos para atención de pacientes en situación terminal.

¿Qué hacemos?

- Facilitar la asistencia integral que requieren los enfermos en situación avanzada terminal y su familia.
- Facilitar la gestión y el acceso rápido a pruebas diagnósticas, terapias y, en caso necesario, el ingreso hospitalario (UCPA).
- Asistencia global en fase terminal.
- Apoyo familiar y formación sanitaria en coordinación con enfermería.
- Agilización de traslados:
 - UME/ULE
 - Paliativos
 - Domicilio- ESAD

- Coordinación con otros servicios para traslado a domicilio:
 - Farmacia (infusores, palomillas...)
 - ESAD
 - EAP
- Asistencia hospitalaria a pacientes derivados del ESAD/propios para realización de diferentes técnicas (toracocentesis, paracentesis, transfusión...) a Hospital de día.
- Asistencia telefónica a disposición del paciente/familiares, EAP, ESAD, Residencias durante el horario laboral.
- Interconsulta desde cualquier servicio del paciente sin tratamiento curativo, para su seguimiento y ubicación.
- Asesoramiento al Servicio de Urgencias.
- Valoración integral en urgencias desde el tiraje.
- Derivaciones desde la urgencia.
- Prioridad de ingresos para los pacientes en agonía.
- Asistencia integral en Residencias.
- Continuidad asistencial desde el servicio de geriatría.
- Coordinación con AECC del hospital y con psico-oncología de ayuda en el duelo.
- Coordinación con el voluntariado.
- Coordinación con los sacerdotes.
- Coordinación con oncología, ginecología, comité de tumores.
- Comunicación de condolencia.
- Apoyo en el duelo.

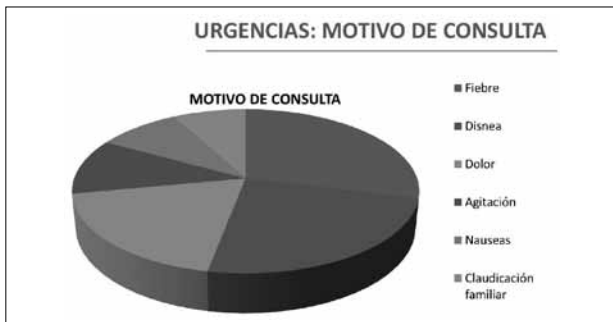
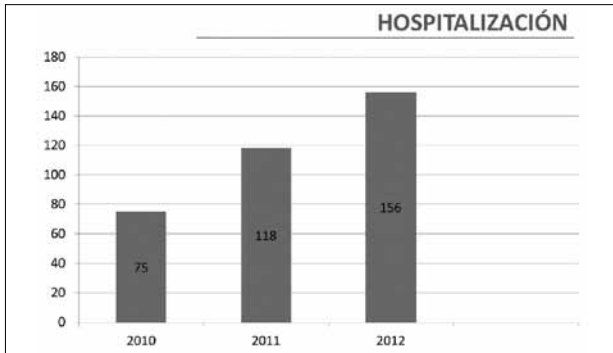
NUESTROS MEDIOS

- 2 médicos paliativistas.
- Enfermería en formación específica.
- Trabajadora social.
- AECC
- Coordinación con oncología/ ginecología y cirugía.

REUNIONES MENSUALES

Ubicación:

- Camas en la planta 0.
- Sala de Información a Familiares.
- Teléfono 8-15 h



CARTERA DE SERVICIOS: 2009

- Camas de hospitalización de agudos.
- Interconsultas puntuales de otros servicios.
- Derivación a unidades específicas de Cuidados Paliativos (ESAD/Media y larga estancia).
- Apoyo telefónico para médicos de ESAD, MAP, familias/pacientes y otros especialistas.

CARTERA DE SERVICIOS: 2010

- Camas de hospitalización de agudos.
- Interconsultas puntuales de otros servicios.
- Derivación a otras unidades.
- Apoyo telefónico.
- Consultas específicas.
- Continuidad asistencial en residencias.

CARTERA DE SERVICIOS: 2011

- Camas de hospitalización de agudos.
- Interconsultas puntuales de otros servicios.
- Derivación a otras unidades.
- Apoyo telefónico.
- Consultas específicas.
- Continuidad asistencial en residencias.
- Valoración integral en urgencia.
- Hospital de día.

CARTERA DE SERVICIOS: 2012

- Camas de hospitalización de agudos.
- Interconsultas puntuales de otros servicios.
- Derivación a otras unidades.
- Apoyo telefónico - Continuidad asistencial en residencias.
- Valoración integral en urgencia.
- Hospital de día.
- Consulta específica de Cuidados Paliativos.
- Consulta específica de control de síntomas.

CONSULTA DE CONTROL DE SÍNTOMAS

Está dirigida a pacientes oncológicos que se encuentren en situación de quimioterapia o radioterapia exclusivamente paliativa. En estos pacientes el control de los síntomas, disnea, dolor, astenia... han sido tratados por su oncólogo/hematólogo, y se trata de un síntoma refractario al tratamiento convencional, procurando que haya llegado hasta tercer escalón de analgesia de la OMS. ●

Prevención de errores de medicación: método observacional multicéntrico (EMOPEM)

El Hilali Masó, N*; Agua Compaired, M*; Garcia Penche, R.**;
Insensé Cortinas, M^aA.***; Eguileor Partearroyo, B.*

* Farmacia, ** Enfermera Control de Infecciones, *** Jefa del área asistencial

Palabras clave: errores de medicación, sistemas de medicación en hospital, control de calidad.

Keywords: medication errors; medication systems, hospital; quality control.

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación (EM) por su magnitud y trascendencia constituyen un problema de salud pública que presenta una importante repercusión económica. Un número importante de pacientes puede sufrir lesiones durante su ingreso en el hospital, estas incidencias pueden producir una prolongación de la estancia, discapacidad o muerte.

Los Errores de Medicación se consideran incidentes que pueden prevenirse mediante sistemas efectivos de control. Estos sistemas de control requieren la implicación de todos los profesionales sanitarios, pacientes, administración sanitaria y la industria farmacéutica. La reducción y prevención de los EM son un objetivo a alcanzar en los hospitales.

Sin embargo, resulta difícil establecer comparaciones válidas debido a la diversidad de métodos utilizados en este control. Las tasas de EM son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad del sistema de distribución de medicamentos.

OBJETIVO

Mejorar el circuito de uso de medicamentos en el hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

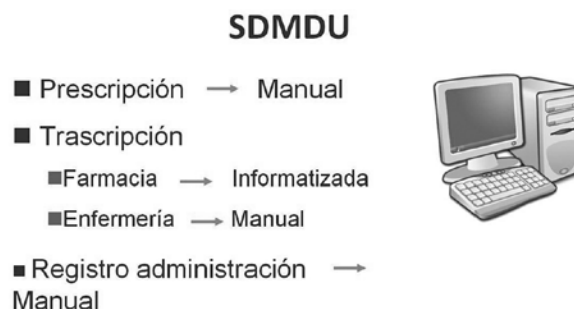
Farmacia conjuntamente con Enfermería está llevando a cabo un estudio prospectivo por observación no disimulado, basado en el método de Barker-McConnell modificado. Consiste en observar al personal de enfermería cuando administra medicamentos. Cada medicación administrada por Enfermería se considera una observación.

Se realizó un estudio piloto para calcular la tasa de error de medicación en el hospital. Con ello, se calculó posteriormente el número de observaciones que se debería de realizar

para que la muestra fuera representativa de la población estudiada.

Además de observar la administración de medicamentos, se revisó la validación en las farmacias y la orden médica original. De esta forma, se analizó el circuito completo de utilización de medicamentos. No se consideró error la falta de información al paciente sobre la medicación administrada.

Circuito de dispensación-administración



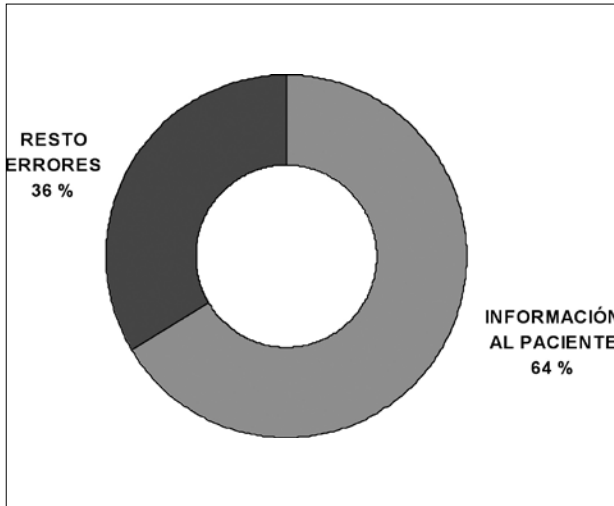
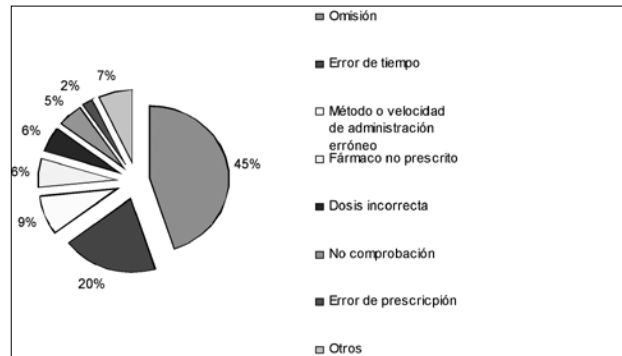
RESULTADOS

De abril a diciembre se realizaron un total de 1400 observaciones. La tasa de error fue del 34,9%. Este dato puede explicarse porque es el primer año que nuestro hospital lleva a cabo este estudio. Si observamos el resto de centros que aplican este estudio desde hace más años, veremos que la tasa de error es menor, de un 15,4%. El mayor porcentaje de errores observados fue el del 63% por falta de información al paciente cuando se le administra la medicación.

Sobre esto último, no se consideró error si el paciente atendido padecía trastornos cognitivos o dificultades comunicativas. Entonces, no se les pudo informar (“no informables”).

Después del error por “falta de información”, sigue el de “omisión” (17%) y el de “momento de la administración” (7,6%). Los analgésicos fueron el grupo de fármacos que se omitió un mayor número de veces.

Periodo de análisis: Todos		Filtrar
Datos del centro Hospital Sagrat Cor de Barcelona		
Tasa de error por observación con hora (%)	38,56	
Tasa de error por observación sin hora (%)	35,56	
Total observaciones: 1400,0		
Con error observado: 544,0		
Sin error observado: 856,0		



CONCLUSIONES

El sistema de observación de la administración de medicamentos, por parte del personal de Enfermería, ha mostrado ser un buen método para conocer la realidad del uso de estos en el hospital. Nos ha permitido identificar los puntos débiles del proceso, puntos que deberán ser cambiados con el fin de evitar errores en la administración de los fármacos. Los dos equipos están estudiando varias propuestas surgidas del análisis de los resultados, de este modo podremos mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

Agradecimientos: Enfermería: Susana Jiménez, Montse Mascaró, Blanca Muñiz, Sandra Prieto; Farmacia: Ángel Escudero, Iván Javier, Elvira Ramió. ●

Infecciones en el campo quirúrgico: incidencia y reesterilización en el material desechable

Inmaculada Olivas

Clínica Capio Albacete

Palabras clave: esterilización, infección hospitalaria, infección herida operatoria.

Keywords: sterilization, cross infection, surgical wound infection.

- Tasa de afección según el tipo de cirugía(*).

Limpia	2,27%
Limpia-contaminada	9,17%
Contaminada	11,40%
Sucia	19,14%

(*) **DATOS: INNS**

TERMINOLOGÍA SOBRE LAS INFECCIONES

• INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Infección adquirida durante la hospitalización, frecuentemente producida por *Candida albicans*, *Escherichia coli*, los virus de la hepatitis y el herpes zoster, *Pseudomonas* o *Staphylococcus*.

• INFECCIÓN EN SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)

Infección nosocomial adquirida durante el procedimiento quirúrgico. Es la segunda infección nosocomial más común. Presenta secreción purulenta. Puede afectar a la incisión y/o los planos profundos.

• INFECCIÓN CRUZADA

Transmisión de una infección de un paciente hospitalizado a otro paciente del mismo hospital o centro sanitario.

FACTORES DE LAS INFECCIONES

FACTORES PREDISPONENTES:

- Tipo de cirugía.
- Duración de la cirugía.
- Enfermedad de base.
- Edad.
- Obesidad.
- Infección a distancia.

FACTOR TIPO DE CIRUGÍA

Limpia: sin apertura de vísceras huecas.

Limpia-contaminada: apertura de vísceras huecas sin contaminación.

Contaminada: apertura de vísceras huecas con contaminación.

Sucia: presencia de supuración, contaminación.

- Presencia de ISQ en el 8,25 % del total de actos quirúrgicos (*).

FACTORES PARA APARICIÓN DE ISQ:

- Imputables al propio paciente: diabetes, incontinencia, uso de esteroides, desnutrición, estancia hospitalaria preoperatoria prolongada, colonización con *Staphylococcus Aureus* o transfusiones preoperatorias.
- Imputables a la preparación de la intervención: ducha preoperatoria, rasurado y preparación del campo quirúrgico, lavado de manos del personal quirúrgico o profilaxis antibiótica.
- Imputables a las características del acto quirúrgico: reutilización DMU, ventilación y limpieza del quirófano, esterilización del material quirúrgico, vestimenta del personal quirúrgico o técnica quirúrgica.
- Imputables a los cuidados postoperatorios: cuidado de la herida quirúrgica

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES

CLASIFICACIÓN DE HORAN

La clasificación de Horan (EE.UU, 1992), distingue según la profundidad de la afección, las siguientes infecciones:

- 1.- Infección de la Herida Quirúrgica Superficial (IHQS)
- 2.- Infección de la Herida Quirúrgica Profunda (IHQP)
- 3.- Infección de la Herida Quirúrgica Órgano / Espacio

La infección de la Herida Quirúrgica Superficial (IHQS): Se produce en los 30 días siguientes a la intervención y afecta piel y tejido subcutáneo, que rodea la incisión. Aparece uno de los siguientes criterios: Drenaje purulento, presencia de gérmenes (cultivo+), uno de los siguientes signos y síntomas (dolor, tumefacción, eritema o calor)

La infección de la Herida Quirúrgica Profunda (IHQP): Hasta 30 días del procedimiento operatorio o 1 año, en caso de implantación de prótesis. Por los menos, aparece una de las siguientes características: drenaje purulento; organismos aislados de cultivo recogido de manera aséptica de secre-

ción o tejido profundo; dehiscencia de la incisión espontánea o abierta por el cirujano, cuando el paciente tenga fiebre (>38°) o dolor localizado o edema, a menos que la cultura sea negativa; absceso, u otra evidencia involucrando tejidos profundos.

La Infección de la Herida Quirúrgica Órgano / Espacio: Hasta 30 días después del procedimiento operatorio o un año, si hubo implantación o prótesis e involucra parte de la anatomía (órgano espacio). Aparece por los menos una de las siguientes características: drenaje purulento, organismos aislados de cultivo recogido de manera aséptica de secreción o tejido órgano espacio, absceso u otra evidencia involucrando órgano espacio.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL PRONÓSTICO FINAL

1.- *Infecciones Autolimitadas:* el paciente se recupera por completo sin tratamiento.

2.- *Infecciones graves que requieren tratamiento:* el pronóstico depende en gran medida de la naturaleza del tratamiento, del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta su administración y del criterio clínico.

3.- *Infecciones Fulminantes:* son mortales u originan incapacidad permanente.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE INICIO

1.- *Infecciones Quirúrgicas Preoperatorias:* los microorganismos entran en el cuerpo antes de la intervención quirúrgica. Se conoce el momento y sitio de entrada: accidente. Se desconoce momento y sitio de entrada

2.- *Infecciones Quirúrgicas Intraoperatorio:* Existen dos grupos, el primero es el de las infecciones quirúrgicas transoperatorias susceptibles de prevención: falta de acatamiento de los principios de asepsia quirúrgica y otras normas establecidas por el cirujano o personal de quirófano. El segundo grupo es el de las infecciones quirúrgicas transoperatorias no susceptibles de prevención: microorganismos patógenos ya presentes en el paciente.

3.- *Infecciones Quirúrgicas Postoperatorias:* pertenecen a este grupo las infecciones de incisiones, las infecciones del aparato respiratorio, y las infecciones del aparato urinario.

MICROBIOLOGÍA ISQ

MICROORGANISMO	PORCENTAJE
Staphylococcus aureus	17%
Enterococci	13%
Staphylococci coagulasa-negativos	12%
Escherichia coli	9,5%
Pseudomonas aeruginosa	8%
Enterobacter species	7,5%
Proteus mirabilis	3,5%
Kebsiella pneumoniae	3%
Candida albicans	3%
Streptococcal spp.	2,5%
Citrobacter spp.	2%
S. Marcescens	1%
Otros	18%

MORBILIDAD ASOCIADA A ISQ

LOCALES	SISTÉMICOS
<ul style="list-style-type: none"> - Destrucción del tejido - Dehiscencia - Hernias - Tromboflebitis - Dolor - Alteración cicatriz final - Sepsis - Muerte 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Aumento del metabolismo - Malnutrición - Toxemia - Bacteriemia - Shock

REUTILIZACIÓN MATERIAL MÉDICO DESECHABLE

- **DISPOSITIVOS DE UN SOLO USO (DMU):** material desechable previsto para ser utilizado en un único paciente, durante un mismo procedimiento. No está diseñado para ser reprocesado.

- **REPROCESADO:** procedimiento aplicado (lavado, desinfección o esterilización) a un dispositivo ya usado para volver a ser empleado en otro paciente.

- **REUTILIZACIÓN:** uso repetido y múltiple de un dispositivo médico mediante el reprocesamiento.

- **REESTERILIZACIÓN:** aplicación de un procedimiento de esterilización en un dispositivo médico que ha sido esterilizado previamente y que no ha sido utilizado (apertura accidental).

- **PROS:** supuesto ahorro por la compra de menos unidades.

- **CONTRAS:** pueden ser técnicos, económicos, legales y éticos. Los encontramos detallados en el apartado siguiente.

CONTRAS EN LA REUTILIZACIÓN DE LOS DMU

PROBLEMAS TÉCNICOS:

- Selección de materiales y diseño pensados para un único uso.
- Alteración de la naturaleza y funcionalidad del dispositivo.
- Garantía incompleta del proceso de esterilización.
- Dificultad en la eliminación de residuos orgánicos.
- Posible incompatibilidad con el método de esterilización (Rayos Gamma).
- Riesgos de infección cruzada, reinfección o contagio del personal sanitario.

PROBLEMAS ECONÓMICOS:

- Verdadero valor económico del objeto y ahorro.
- Coste del proceso de reutilización.
- Mayor gasto en el mantenimiento de equipos asociados, por ejemplo, la reutilización hojas de sierra dañan los cabezales de los motores.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Mayor gasto farmacéutico.

PROBLEMAS LEGALES:

- Incumplimiento del Real Decreto 1143/2007: en el ac-

tual Marco reglamentario español sobre Productos Sanitarios se prohíbe cualquier posible reprocesamiento de dispositivos médicos definidos por el fabricante como de un único uso.

- Suspensión de las garantías, obligaciones y responsabilidades legales del fabricante.
- Responsabilidad del Hospital y del usuario cuando el producto reutilizado perjudica o provoca efectos secundarios.
- Responsabilidad civil derivada.

- Marcado CE queda invalidado tras reesterilización.

PROBLEMAS ÉTICOS:

- ¿Corre el paciente un riesgo más elevado?
- ¿Deben los pacientes dar su conocimiento al uso del material reutilizado?
- ¿Está justificado el aumento del riesgo asociado?
- ¿Merece la pena correr el riesgo? ●

¿De quién es la historia clínica?

Jordi Delás, Cati Fornós, César Morcillo, Gloria García, Francesc Fernández, Ana Lozano, Rosario Salas, Dolors Sort, Galdina Vall, José Manuel Villasenín

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

Palabras clave: historia clínica, planificación de atención al paciente, control de formularios y registros.

Keywords: medical records, patient care planning, forms and records control.

La reiteración en la elaboración de historiales e informes clínicos implica una inversión de tiempo poco productiva (1-2). Los pacientes tienen profusión de informes en formato papel, difíciles de consultar por diferentes redes sanitarias, sistemas informáticos que obligan a reescribir numerosas veces sus historiales.

Sin embargo, con frecuencia el problema no es contar con un buen informe de alta, sino poder acceder a él. A menudo, el paciente es un mero mensajero (3) que lleva un informe por escrito al médico de familia, si se acuerda o quiere hacerlo. El paciente tras el alta hospitalaria va a ser atendido por diferentes equipos. Al respecto es importante la adecuada comunicación entre Hospital y Atención Primaria (4), que en nuestro sistema sanitario es imprescindible garantizar de forma universal (5-6).

La solución puede estar en un sistema informático accesible a las diferentes redes sanitarias y sistemas informáticos, una vez soslayados problemas de confidencialidad y protección de datos (7). Sin embargo, puede que no sea rápida la implantación. Un estudio en 2008 mostró que sólo el 1,5% de los hospitales de los Estados Unidos tenía un sistema integrado de registros médicos electrónicos; a pesar del amplio consenso sobre que la información sanitaria informatizada es más eficiente, segura y supone mayor calidad (8).

Mientras tanto, una alternativa e incluso complemento es que la tutela de la historia clínica recalc también en el paciente

y su familia, con un papel responsable y activo en el mantenimiento actualizado de los principales datos sanitarios: filiación de la persona, antecedentes sanitarios, medicación en curso y que sea factible consultarlo por las distintas formas de comunicación actuales.

Creemos que una manera fácil de compartir esta información con otros profesionales sanitarios es que paciente y cuidadores dispongan de ella en formato electrónico, ya sea en un dispositivo electrónico de almacenamiento tipo USB (Universal Serial Bus), un archivo listo para ser enviado por mensaje de texto (SMS), el sistema de mensajería instantáneo WhatsApp o un adjunto en un correo electrónico.

El objetivo es contar con datos fiables y ahorrar tiempo y molestias en reiterados interrogatorios de las mismas cuestiones y en la redacción de párrafos ya escritos en papel.

No todos los pacientes están capacitados para facilitar la propia documentación clínica con soporte informático. Pero con seguridad cuentan con un benefactor allegado que podrá enviar, puntualmente, la información sanitaria del padre, abuelo, tío, vecino en forma de un mensaje telefónico adjunto (9-10) o del correo electrónico.

Renovar o simplemente comprar un *smartphone* a los jóvenes de la casa es un trueque para tener actualizados los datos sanitarios de sus abuelos. Pone de relieve la importancia de la información clínica, favorece el diálogo entre generaciones y es una forma diferente de cuidar. Todo ello en un entorno que a los jóvenes les es grato y conocido. Consiguiendo conversaciones del tipo “abuelo, ¿cuántas unidades de insulina me has dicho que tomas?”.

Pero no es imprescindible desarrollar aplicaciones informáticas. A menudo la complejidad es mala compañera y la inmediatez: una bondad. Los sencillos ingredientes son el mismo informe de alta en un programa de texto convencional, una tabla fácil de crear y la voluntad de que sea de utilidad para nuestros mayores o nuestra propia salud (Tabla 1).

¿Tenemos, nosotros, al día nuestra información sanitaria, la de las personas a nuestro cargo, en especial las que tienen afecciones de largo recorrido? Ojalá que en la próxima visita, al inicio de la anamnesis, el paciente o familiar nos diga, “aquí están los principales datos, los antecedentes,

la medicación en curso. Todo a punto para copiar y pegar”. No se trata de recortar el diálogo ni la comunicación, sino de dedicar menos tiempo al pasado, para hablar de qué le pasa y a qué lo atribuye.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES Estos son los antecedentes principales de la historia clínica. Compruebe su exactitud ya que su conocimiento va a ser de interés en un futuro para todos los equipos que le atiendan. Complételos con documentos anteriores o bien otros que vayan apareciendo.				
¿Alergias?	¿Fuma?	¿Toma alcohol?	¿Intolerancia a medicamentos?	
¿Tiene hipertensión?	¿Hiperglucemia?	¿Elevados colesterol y triglicéridos?	¿Toma anticoagulantes?	¿Toma antiagregantes?
¿Arritmia cardiaca?		¿Enfermedad pulmonar obstructiva crónica?		
Antecedentes familiares a destacar.				
¿De qué trabaja o ha trabajado? ¿Tiene animales en casa? ¿Es independiente para las actividades de la vida diaria? ¿Sale a la calle todos los días?				
Año	Datos de cuestiones sanitarias, intervenciones y enfermedades más importantes			
	Nacimiento			

TRATAMIENTO ACTUAL

Tratamiento actual	Tratamiento actual			Tratamiento modificado			
	Desayuno	Comida	Cena		Desayuno	Comida	Cena
Furosemida 40 mgs	1				1		
Atenolol 50 mgs	1				1		
Enalapril 20 mgs	½				½		
Come se lava, se viste, va al lavabo, se arregla por sus propios medios. Continencia de esfínteres. Camina y sube escalones habitualmente.							

¹ Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et-al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010; 134:505-10.

² Pérez Pérez A, Gómez Huelgas R, Alvarez Guisasaola F, García Alegría J, Mediavilla Bravo JJ, Menéndez Torre E. Med Clin (Barc). 2012;138 :666.e1-666.e10.

³ Delás J, editor. Quaderns de la Bona Praxi. Informes clínics, eines de comunicació. [Internet] Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2005. [Consulta 10 de juny de 2012]. Disponible a:

<http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bo-napraxi/praxi18.pdf>

⁴ Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. N Engl J Med. 2011;365: 2287-95.

⁵ Gómez-Moreno N, Orozco-Beltrán D, Carratalá-

Munuera C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. Atención Primaria 2006; 37: 195-202.

⁶ Zapatero-Gaviria A, Barba-Martín R. Gestión de los reingresos en medicina interna. Rev Clin Esp. 2012. doi: 10.1016/j.rce.2012.03.007

⁷ Geisler BP, Schuur JD, Pallin DJ. Estimates of electronic medical records in U.S. Emergency departments. PLoS One 2010; 5:e9274.

⁸ Jha AK, Desroches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG et al. Use of Electronic Health Records in U.S. Hospitals. N Engl J Med 2009; 360:1628-38.

⁹ Phillippi JC, Wyatt TH. Smartphones in nursing education. Comput Inform Nurs. 2011;29:449-54.

¹⁰ Choi JS, Yi B, Park JH, Choi K, Jung J, Park SW, Rhee PL. The uses of the smartphone for doctors: an empirical study from Samsung Medical Center. Health Inform Res. 2011; 17: 131-8. ●

Ahorro de sangre por el uso del ácido tranexámico en los pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla o cadera

Ivan Robert Calvet, Marcos Cots Pons

Servei De Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Capio Hospital General De Catalunya.

Palabras clave: artroplastia de reemplazo de rodilla, artroplastia de reemplazo de cadera, antifibrinolíticos, ácido tranexámico, pérdida de sangre quirúrgica.

Keywords: arthroplasty, replacement, knee; arthroplasty, replacement, hip; antifibrinolytic agents; tranexamic acid; blood loss, surgical.

SITUACIÓN ACTUAL

- Los procedimientos de cirugía mayor en COT están asociados a una pérdida de sangre importante.
- Artroplastias de cadera
- Artroplastias de rodilla.
- Artrodesis raquídeas complejas.
- Osteosíntesis de las fracturas.
- Implica necesidad frecuente de transfundir sangre homóloga.
- Problemas:
 - Escasez de productos sanguíneos.
 - Encarecimiento procedimiento.

ESTRATEGIAS

- Replantear las indicaciones de transfusión.
 - No transfundir si $Hb \geq 8$
- Programas de transfusión autóloga
 - Donación preoperatoria
- Recuperadores de sangre
- Técnicas de hipotensión controlada.
- Empleo de fármacos.
 - Aprotinina
 - Ac. Tranexámico
 - Fe
 - EPO
- En Noviembre de 2007 se implementó “el protocolo para la administración de ATX en pacientes intervenidos de PTR” con la finalidad de aumentar el ahorro de sangre en estrategias de cirugía protésica de la rodilla. El protocolo fue supervisado por la Comisión de Política Transfusional. (HMT, COT, Anestesia).
- En 2009 se implementó protocolo para PTC.

OBJETIVO

- Reducción de las pérdidas sanguíneas.
- Disminución de la necesidad de transfusión de sangre.
- Optimización de la utilización de sangre.

ÁCIDO TRANEXÁMICO

- Propuesta: uso antifibrinolítico (Ac. Tranexámico).
- Dosis baja: inhibidor plasminogeno competitivo.
- Dosis alta: inhibidor plasmina no competitivo.
- Utilidad en artroplastias de rodilla probada.

Contraindicado en pacientes:

Tromboembolismo.

angor durante el año previo.

IAM durante 12 meses anteriores.

alteración grave de la función renal (eliminación renal).

portadores de stents coronarios.

Utilidad en PTR

- Artroplastia rodilla: 35-80% transfusión hemáticas.
- 1.250.000 artroplastias en el mundo.
- Aumento del riesgo IQ.
- Aumento del coste.

Material y método

- Estudio retrospectivo observacional.
- Pacientes entre Enero '05 – Diciembre '08.
- Prótesis Total de Rodilla (PTR).
- Mismo equipo quirúrgico.
- Transfusión si $Hb < 8$ g/dL.
- Recogida eventos trombóticos y necesidad de transfusión.
- Recogida de datos epidemiológicos.
- Pauta administración ácido Tranexámico:
 - 10mg/kg 30 min. antes soltar isquemia (20').
 - 5mg/kg 2 horas después soltar isquemia (30').
- Control hemodinámica durante 30 minutos tras infusión en reanimación.

Consideraciones PTR

- PTR habitualmente IQ con isquemia.
- Sangrado postoperatorio.
- 700-800ml de media.
- Torniquete puede provocar desequilibrio entre los sistemas procoagulante y fibrinolítico.

Resultados

- 192 PTR en el periodo de estudio:
153 no TNX
39 si TNX
- Transfusión de 56 bolsas de sangre en grupo no TNX.
- Transfusión 0 bolsas en grupo TNX.
- Descenso:
7,8 puntos menos Hto (%).
2,7 puntos menos Hb (g/dL).
- No eventos trombóticos.
- No efectos adversos.

Conclusiones

- Ahorro del 100% de sangre.
- Fármaco seguro para uso en PTR.
- Confirma el ahorro por uso de ATX en PTR ya citado en otras fuentes.

Utilidad en PTC

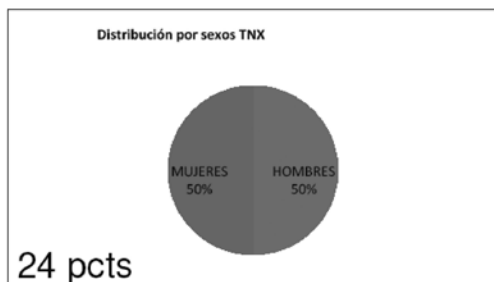
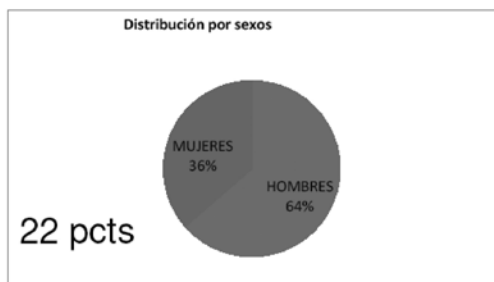
- Artroplastia cadera: 30-70% transfusión hemáties.
- 800.000 artroplastias en el mundo.
- Aumento del riesgo IQ.
- Aumento del coste.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio retrospectivo observacional.
- Pacientes entre Enero '08 – Diciembre '09.
- Artroplastia Total de Cadera.
- Mismo equipo quirúrgico.
- Recogida de datos epidemiológicos.

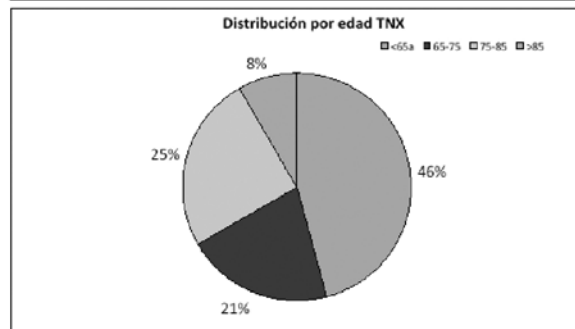
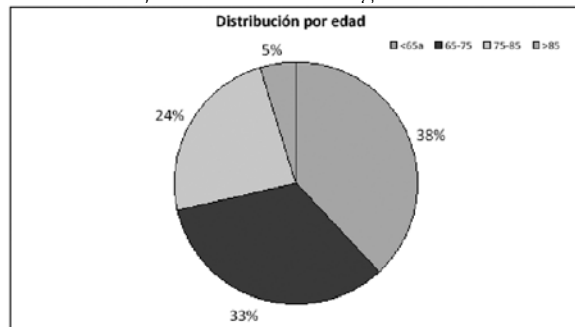
RESULTADOS

- 46 artroplastias totales de cadera primarias.
- 20 hombres / 26 mujeres.
- 24 pacientes con tratamiento ácido Tranexámico.

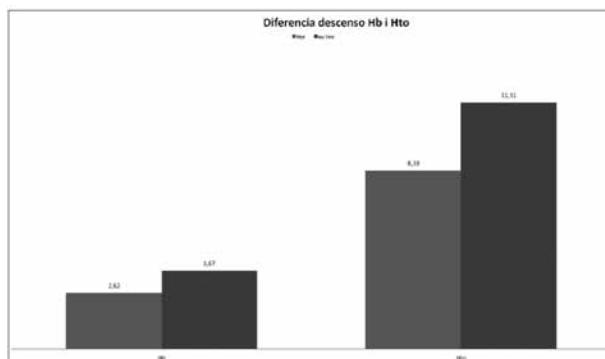


Edad media 67a (TNX)/ 69a.

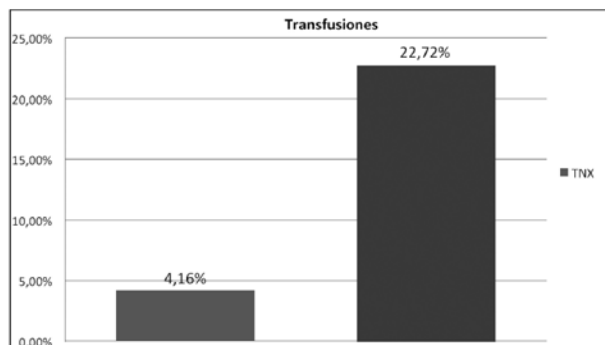
- Pacientes jóvenes – “Resurfacing”.



- Descenso:
– 3,18 puntos menos Hto (%).
– 1,05 puntos menos Hb (g/dL).



- Transfusiones:
– Grupo no TNX 5 casos (22%).
– Grupo TNX 1 caso (4%).
- No efectos adversos de las transfusiones.
- No eventos trombóticos.



- En todos los casos Hb preop. < 13 g/dL.
- Edad transfusión TNX: 86^a.
- Edad transfusión no TNX: 71^a.

CONCLUSIONES

- El uso de ácido Tranexámico:
 - Disminuye el descenso de la cifra de Hb.
 - Disminuye la necesidad de transfusión.
 - Es un fármaco “seguro”.
- Intentar Hb preop. > 13g/dL.

BIBLIOGRAFÍA

¹Yamasaki S, Masuhara K, Fuji T. Tranexamic acid reduces blood loss after cementless total hip arthroplasty-prospective randomized study in 40 cases. *Int Orthop.* 2004;28:69-73.

²Yamasaki S, Masuhara K, Fuji T. Tranexamic acid reduces postoperative blood loss in cementless total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:766-70.

³Kagoma YK, Crowther MA, Douketis J, Bhandari M, Eikelboom J, Lim W. Use of antifibrinolytic therapy to reduce transfusion in patients undergoing orthopedic surgery: a systematic review of randomized trials. *Thromb Res.* 2009;123:687-96. ●

Tratamiento quirúrgico de las roturas cardíacas postinfarto agudo de miocardio (POST-IAM)

M. José Caballero, Lydia Martínez, Fernando Mompó

Unidad de cuidados intensivos Capio-Albacete

Palabras clave: rotura cardíaca postinfarto, rotura septal ventricular, procedimientos quirúrgicos cardíacos, resultado del tratamiento.

Keywords: heart rupture post-infarction, ventricular septal rupture, cardiac surgical procedures, treatment outcome.

- Síncope.
- Disnea y taquipnea.
- Hipotensión y taquicardia.
- Mala perfusión periférica.
- Oliguria.

DEFINICIÓN

- Rotura de la pared libre del corazón secundaria a Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
- Complicación mecánica de los IAM.
- Segunda causa más frecuente de mortalidad en los pacientes con IAM (supone el 20% de los exitus por IAM).
- Ocurre normalmente entre 1-7 día post-IAM.
- La localización más frecuente es en cara anterior o lateral del ventrículo izquierdo.

DIAGNÓSTICO

- En el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica: sospechar de las roturas cardíacas en pacientes con IAM reciente que comienzan con:
 - Dolor torácico persistente o recurrente.

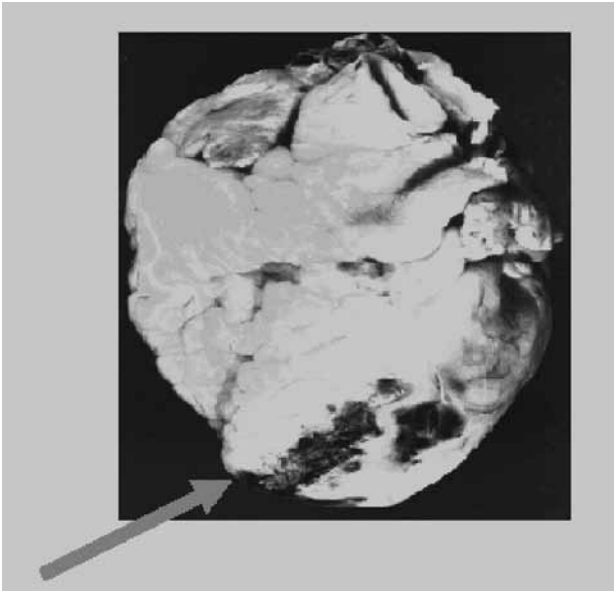
FORMAS CLÍNICAS

- Existen dos formas clínicas básicas:
 - Masiva: poco frecuente y normalmente fulminante.
 - Subaguda: la forma más frecuente de presentación. Se producen pequeñas fisuras en el miocardio que dan lugar a la formación de un hematoma que gradualmente diseca en el tejido necrótico hasta llegar al pericardio y producir taponamiento.

DIAGNÓSTICO

- La prueba diagnóstica definitiva es el ECOcardiograma: visualización de derrame pericárdico o hematoma.
- Si el paciente está hemodinámicamente estable, el angio-TAC o la angioRMN pueden ayudar a confirmar la rotura.

Si el ecocardiograma confirma el diagnóstico y además hay signos de taponamiento, no es necesario realizar más pruebas y el paciente debe de ser intervenido inmediatamente.



TRATAMIENTO MÉDICO

- En pacientes con taponamiento y en espera de la disponibilidad de quirófano, el paciente debe de ser estabilizado en UCI:
 - Canalización de presión invasiva, vías periféricas y vía central, EKG, pulsioximetría, sonda urinaria.
 - Fluidoterapia agresiva: elevación PVC para mantener el llenado ventricular.
 - Vasoconstrictores (¡Existe riesgo de aumentar rotura con inotrópicos!)
 - ¿Balón de contrapulsación?
- Pericardiocentesis evacuadora: eliminación parcial del derrame pericárdico hemorrágico.

TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Infartectomía + reconstrucción del ventrículo con parche de Gore-Tex. Alta mortalidad y complejidad técnica. Prácticamente no se emplea.
 - Cierre con puntos en “U” apoyados en teflón; los tejidos son muy friables por lo que existen serios problemas de desgarro.
 - Sutura de un amplio parche de Gore-Tex o pericardio alrededor de la zona de infarto.
- La técnica más utilizada actualmente, la más sencilla y la que mejores resultados obtiene es la contención de la rotura con sellado con parche de pericardio, Gore-Tex o Teflón pegado con pegamento o cola biológica. No necesita circulación extracorpórea.

CUIDADOS DEL PACIENTE EN UCI

- Post operatorio inmediato: monitorización, control de la vía aérea y ventilación mecánica, valoración hemodinámica, inicio de sedación, extracción analítica, EKG, RX tórax, manejo hipotermia (SP), administraciones del tratamiento médico pautado, control de permeabilidad y sangrado de drenajes torácicos, registro de constantes horarias, vigilancia continua del paciente y manejo del dolor.
- Complicaciones en UCI: la más frecuente es el Bajo Gasto Cardíaco, otras son el sangrado: antiagregación + anticoagulación, la re-rotura, las arritmias: post-IAM, FA. Las hay comunes a otras cirugías cardíacas como las infecciones respiratorias y renales.

ESTUDIO REALIZADO

El estudio realizado es observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos en la clínica Capio Albacete, por Rotura Cardíaca post-IAM. Duró de 2001 al marzo 2012. Participaron 18 pacientes: 13 hombres y 5 mujeres, cuyo rango de edad abarcaba de los 39 a 83 años (por tanto, la media de edad fue: 68 años). El seguimiento tuvo una duración de 1 mes a 124 meses (media 66 meses). Mortalidad hospitalaria: 2/18 pacientes (11%).

- Técnica quirúrgica: en todos ellos, se realizó el control de la rotura con parche de pericardio heterólogo + cola biológica
 - 2 pacientes precisaron CEC para la colocación del parche (1 de ellos por revascularización coronaria concomitante y el otro por shock cardiogénico).
 - En los restantes 16 pacientes, el parche pudo ser colocado sin CEC.
- Mortalidad en el seguimiento: 5/16 pacientes. Estos 5 pacientes fallecieron una media de 75 meses tras la intervención.
 - Causas del fallecimiento: 3 isquémicas; 1 neurológica; 1 pulmonar.
 - Los restantes 11 supervivientes, llevan una supervivencia media de 71 meses (1-124 meses).

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de la rotura cardíaca post-IAM presenta unos resultados muy favorables, con una baja mortalidad hospitalaria y larga supervivencia post-operatoria.

La calidad de vida de los pacientes supervivientes tras la cirugía es muy buena, refiriendo encontrarse todos ellos en grado funcional I-II/IV de la NYHA. ●

Coordinación Primaria en el Hospital

Jordi Delàs, Francesc Fernández, Ana Lozano, Rosario Salas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari del Sagrat Cor.

Palabras clave: hospital, admisión del paciente, readmisión del paciente, alta del paciente, cooperación técnica.

Keywords: hospitals, patient admisión, patient readmisión, patient discharge, technical cooperation.

El 19 de diciembre de 2010 tuvimos una reunión con un Centro de Atención Sanitaria, cercano a nuestro Hospital Universitari del Sagrat Cor, que abarca cuatro distintas Áreas Básicas de Atención Primaria. El contexto era estrictamente clínico, bajo el punto de partida de que atendemos a menudo a grupos similares de personas en diferentes momentos de la enfermedad. Se diseñó un proyecto piloto de coordinación entre niveles asistenciales a fin de optimizar recursos.

OBJETIVOS PREHOSPITALARIOS

Evitar, siempre que fuera posible, el ingreso a través de urgencias. En los servicios de Medicina Interna, está a menudo incrementado el ingreso a través de urgencias. Y con una buena comunicación entre diferentes niveles se podría realizar el ingreso de forma programada o, incluso, desarrollar una alternativa a través de la consulta externa hospitalaria.

Ofrecer asesoría a través del teléfono o del correo electrónico sobre casos de atención primaria. Los internistas podrían dar su opinión sobre casos que se producen en el seno de la atención primaria, evitando el desplazamiento de médicos y de pacientes.

OBJETIVOS POST-HOSPITALARIOS

Informar del alta hospitalaria: si bien existe un programa pre-alt muy dirigido a los servicios de cirugía y atención de enfermería a domicilio, en medicina interna y especialidades afines el objetivo es que el equipo de atención primaria sepa de la existencia de pacientes que han ingresado y que, después del alta, no contacten con los equipos de atención primaria. De hecho es sabido que muchos pacientes reingresan sin haber sido visitados por su equipo de atención primaria⁽¹⁻³⁾.

VALORACIÓN

Transcurridos 16 meses desde la puesta en marcha del programa, se constata un interés profesional por mejorar los contactos entre equipos, ya que la actividad diaria asistencial no facilita el establecimiento de estos lazos lógicos y necesarios para la correcta coordinación.

En cuanto a la asesoría *on line*, se ha facilitado la interlocución en relación a casos clínicos que preocupan e interesan a un médico de familia y a un internista, con un coste mínimo y ninguna molestia para el paciente.

En ocasiones el resultado ha conllevado a realizar la visita en la consulta externa, pero dentro de un proceso mucho mejor elaborado y con un notable conocimiento del caso clínico en cuestión.

Tema pendiente es cómo cuantificar los tiempos utilizados por ambos profesionales. Y otro tema importante que debe solventarse es la detección de la población vulnerable, que no es visitada por los equipos de atención primaria y reingresan sucesivamente de manera que los servicios hospitalarios son casi sus servicios de atención primaria.

Agradecimientos

Jordi Altirriba, Gerardo Vieytes, Guillem Fluxà, Montse Caubet, Susanna Bermúdez, Clara Massagué, Ana Muñoz, Raquel Martín, Glòria Brunet, J.M Lloret, Julián Soto, Josepa Pous, CAP Manso. Institut Català de la Salut.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *N Engl J Med.* 2011;365:2287-95.
2. Ancochea L, Pericas J, Casagran A, Delàs J, Fonollosa V, Mengual L, et al. Relacions entre nivells assistencials. En: *Atenció Primària. Alternatives de futur.* Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona;1997. p.: 99-122.
3. Bundó M, Delàs J, Gavagnach M, Acarín PN, Torres M. Relació entre l'atenció primària i l'hospitalària. Situació actual i propostes de millora. *Ann Med (Barc)* 2008; 91: 21-5. ●

	Motivo de consulta	email	c externa	ingresa
1	Derrame pericárdico	x		
2	Alteración marcadores tumorales	x		
3	Hemólisis. CK normal i LDH aumentada),	x		
4	Febrícula. Fatiga crónica	x		
5	Hipertensió arterial	x		
6	Neoplasia de pulmón.			x
7	Síndrome tóxico			x
8	VSG elevada, Polimialgia reumática		x	
9	Alteración pruebas hepáticas		x	
10	Sospecha arteritis de la temporal		x	
11	Síndrome tóxico	x		
12	Alteración marcadores tumorales	x		
13	Anemia y talasemia	x		
14	Anemia y talasemia	x		
	Subtotales	9	3	2

Unidad de geriatría externa. Modelo de continuidad asistencial para el paciente anciano

Berta Alvira Rasal

Unidad de Geriatría. Hospital Infanta Elena.

Palabras clave: geriatría, anciano, salud del anciano institucionalizado, asistencia sanitaria.

Keywords: geriatrics, aged, health of institutionalized elderly, delivery of health care.

HOSPITAL INFANTA ELENA (DICIEMBRE DEL 2007)

- Hospital nivel 1.
- Área de influencia: Valdemoro, Ciempozuelos, San Martín de la Vega y Titulcia; en total 150000 habitantes.
- 1300 personas institucionalizadas.

11 RESIDENCIAS GERIÁTRICAS (1300 RESIDENTES)

- Municipal de San Martín de la Vega (50)
- San Marcos (80)
- Municipal Nuestra Señora del Rosario (120)
- Valdeblanca (160)
- Maguilar (140)
- Geriatros (120)
- Las Vegas (70)
- Virgen del Consuelo (70)
- Palacios (70)
- Pablo Neruda (100)
- Casaquinta (300)

OBJETIVOS

- Continuidad asistencial del paciente geriátrico.
- Continuidad hospital-residencia.
- Coordinación entre Atención Primaria/Médico de Residencia/Geriatra.
- Asistencia multidisciplinar: médicos, enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas y psicólogos.
- Evitar traslados innecesarios a múltiples consultas externas, urgencias.
- Garantizar la misma accesibilidad a las prestaciones hospitalarias.
- Disminuir polifarmacia fútil en pacientes institucionalizados.
- Facilitar la accesibilidad a una atención geriátrica especializada a los residentes

HERRAMIENTAS

- Geriatra del Servicio de GRT del HIE (una o dos visitas mensuales a cada residencia del área).
- Posibilidad de interconsulta no presencial de lunes a viernes de 8 a 15 horas por medio de teléfono exclusivo para este servicio y mail.
- Integración de esa consulta en la historia informatizada (visible por lo tanto también para sus médicos de AP).
- Consulta conjunta con médico de residencia y otros profesionales implicados (enfermería, fisioterapia, psicólogo).
- Se ofrecen sesiones docentes de forma programada para todo el personal asistencial, tanto en las residencias como en el HIE.

PERFIL DE LA CONSULTA

- La edad promedio de los pacientes es de 83,5 años, con importante grado de dependencia, deterioro funcional, mental, enfermedades crónicas y múltiples consultas a urgencias
- En más del 80% de los casos la evaluación respondió a las preocupaciones del personal de la residencia, que de otra forma hubieran tenido que ser valoradas en la Urgencia o las distintas consultas del hospital.
- En 60% de los pacientes tienen polifarmacia, haciéndose reducción de fármacos fútiles en 20,4%.

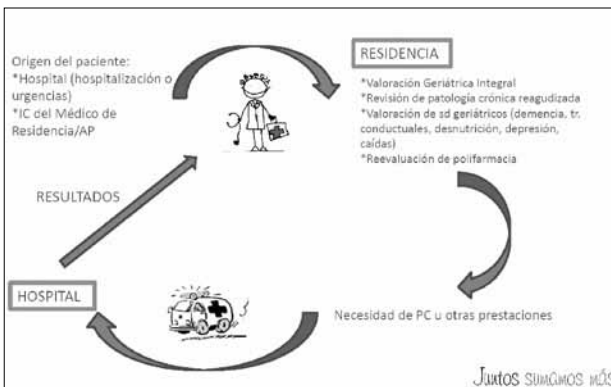




Más de la mitad de los ancianos de las residencias del área son visitados por nuestro equipo.



En total, 800 pacientes están incorporados al seguimiento de la UGE. Este proyecto ha pasado de tener 453 valoraciones durante el primer año, a 2620 en el 2011.



- Modelo fácilmente reproducible para otros hospitales.
- Va un paso por delante de la figura del Geriatra/Equipo Consultor incluida dentro del Plan Estratégico de Geriátrica de la CAM.
- Da una asistencia especializada y multidisciplinar a un tipo especial de paciente crónico, que es el anciano frágil, optimizando recursos y facilitando su seguimiento para todos los implicados (paciente, familia, personal asistencial y médicos).

CONCLUSIONES

- Mantenemos una asistencia integral, especializada y continuada del paciente geriátrico.
- Evitamos traslados innecesarios del paciente frágil, tanto a urgencias como a las diversas consultas externas.
- Optimizamos los recursos, disminuyendo la carga burocrática de los centros de salud, transporte sanitario.
- Garantizamos accesibilidad de los pacientes a las prestaciones del hospital.
- Optimizamos tratamientos.
- Contamos con la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario que les atiende. ●

Participación de pacientes y/o familiares en proyectos de seguridad: ¿una apuesta de futuro?

S. Alen Gobernado¹, N.El Hilali², R.García-Penche Sánchez³, A. Cruz Oliveras⁴

¹Dirección Enfermería Capio HSC, ²Farmacéutica Capio HUSC, ³Enfermera referente control de infección Capio HUSC, ⁴Directora asistencial de Enfermería Capio HUSC.

Palabras clave: atención al paciente, participación del paciente, relaciones paciente-hospital, seguridad del paciente.

Keywords: patient care, patient participation, hospital-patient relations, patient safety.

INTRODUCCIÓN

Las directrices de la OMS sobre la higiene de manos (HM) en atención sanitaria, representan la base científica para la mejora de esta práctica, como parte de una estrategia integrada en la reducción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Para fomentar su cumplimiento, la OMS convoca anualmente la jornada mundial de HM en los hospitales del mundo con el fin de atraer a los profesionales en la adhesión de la práctica de HM. La implicación de pacientes y familiares en este marco es una forma de avanzar conjuntamente con los profesionales hacia la mejora de la seguridad. Nuestro hospital está adherido a la campaña sobre la HM de la Alianza para la seguridad de los pacientes en Cataluña. Se constituyó un grupo de trabajo de HM para el seguimiento del cumplimiento y elaborar propuestas de mejora.

OBJETIVO

Evaluar el grado de conocimientos sobre la práctica de HM en el hospital, mediante un cuestionario dirigido a los pacientes ingresados y/o sus familiares, en la Jornada Mundial de HM del día 5 de Mayo de 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo las directrices de la OMS sobre la implicación de los pacientes en proyectos de seguridad, se elaboró un cuestionario de 12 preguntas, coincidiendo con esta jornada. Tomando como base el formulario de la OMS para evaluar los conocimientos de los profesionales, se adaptó el modelo para los pacientes ingresados en el hospital. La distribución fue entre dos personas del grupo de trabajo de HM. Después de una explicación del objetivo del cuestionario, se entregaba para su

complimentación por parte del paciente o sus familiares.

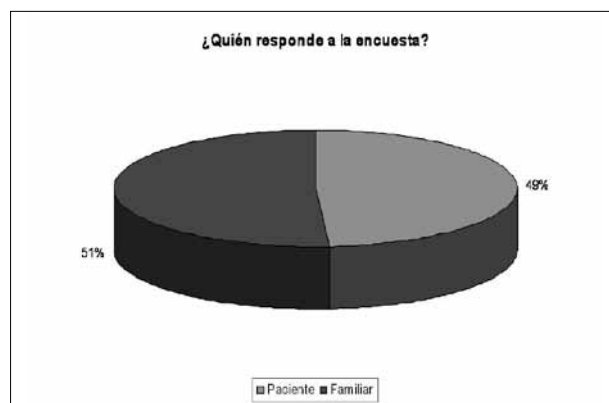
Se incluyó un glosario de definiciones de preparado de base alcohólica (PBA), fricción de manos y lavado de manos. Se recogieron datos de filiación, servicio de ingreso, persona que responde. Se redactaron preguntas de respuesta múltiple (sí, no; nada, poco o mucho; valoración del 1 al 5).

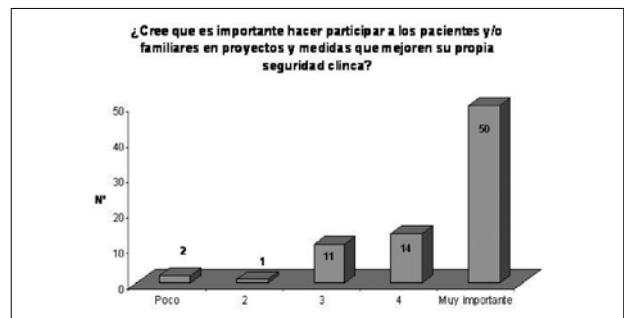
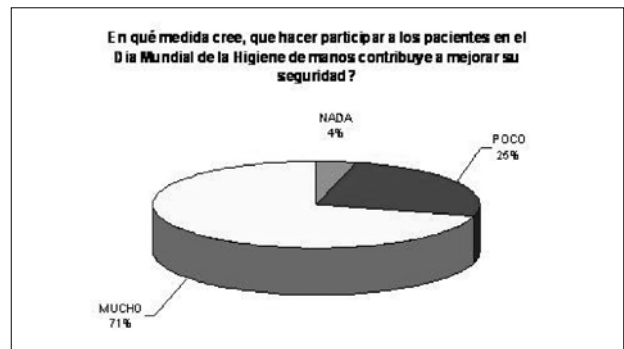
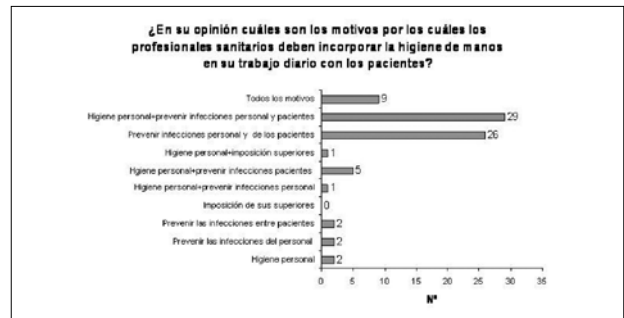
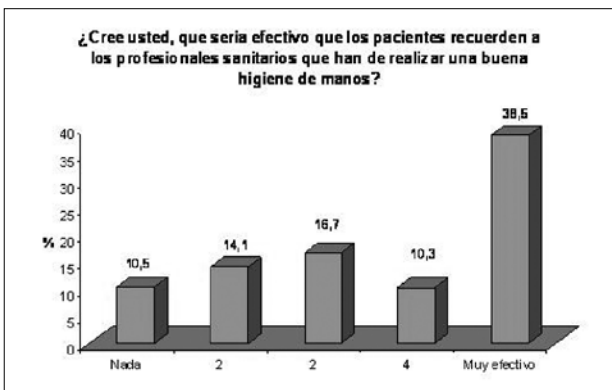
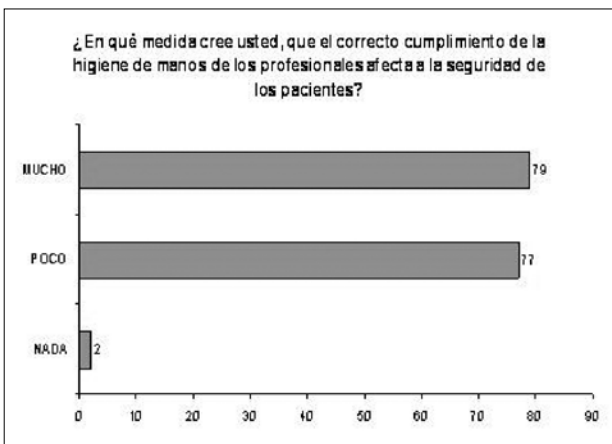
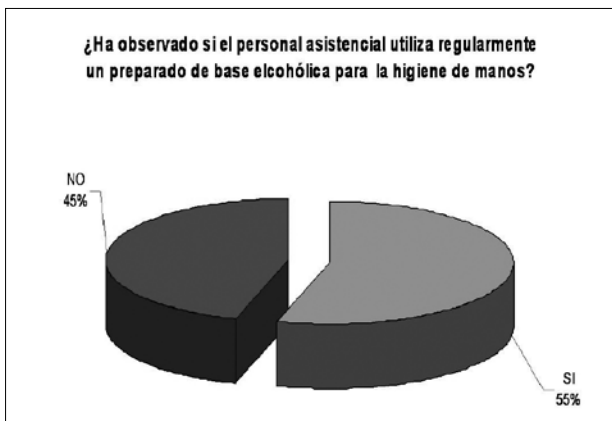
RESULTADOS

Se contestaron 80 encuestas de las 100 entregadas. La distribución de resultados fue: 48,8% pacientes y 51,3% familiares de los cuales 60% mujeres y 40% hombres, la mayoría de las respuestas procedían de servicios médicos (63%).

De las preguntas más significativas se destaca:

- “¿Sabe que el uso de la solución alcohólica (SA) sustituye la HM con agua y jabón?” Contestó que sí, un 83,8%.
- “¿Ha observado si el personal asistencial utiliza regularmente un PBA para la HM?” Contestaron afirmativamente un 58,8%
- “¿En qué medida cree usted que el correcto cumplimiento de HM de los profesionales afecta a la seguridad de los pacientes?” En nada (2,5%), en mucho (97,5%).
- “¿Sería efectivo que los pacientes recordasen a los profesionales que se han de realizar HM?” Un 37,5% responde que muy efectivo.
- “¿En qué momento es necesario que los profesionales han de realizar HM?” La mayoría lo considera antes del contacto.





CONCLUSIONES.

La propuesta del cuestionario fue muy bien acogida por los pacientes y familiares.

Los pacientes y familiares tienen un amplio conocimiento de la utilización de las soluciones de base alcohólica.

Los pacientes y familiares consideran que su participación contribuye a mejorar su seguridad.

A pesar de ello, piensan que recordar a los profesionales que deben realizar HM aún no sería bien acogido. ●

Registro de enfermedades vasculares cerebrales: resultados de 19 años de experiencia

Joan Massons, Adrià Arboix, Montserrat Oliveres, Cecilia Targa, Emili Comes, MJ Vidal.

Unidad de Enfermedades Vasculares Cerebrales. Servicio de Neurología. Capio Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Palabras clave: ictus, registro médico, accidente vascular cerebral, apoplejía, derrame cerebral.

Keywords: stroke, medical record, cerebrovascular accident, apoplexy, cerebral stroke.

ICTUS INCIDENTES Y RECURRENTES

	Incidentes	Recurrentes	Total
Hombres	386 (69,5%)	169 (30,5%)	555
Mujeres	456 (79,9%)	115 (20,1%)	571
Total	842 (74,8%)	284 (25,2%)	1126

Registro Capio-Hospital Sagrat Cor

TIPOS DE REGISTROS

Ventajas

- Investigación clínica.
- Estudio ideal: subtipos etiológicos.
- Alta calidad de los datos clínicos, neuro-radiológicos, laboratorio, etiológicos.

Desventajas

El 15-30% de ictus no llegan al Hospital, y sesgo por mayor frecuencia de ictus más graves.

Pacientes y Métodos

- Todos los pacientes con ictus ingresados en el Servicio de Neurología se incluyen en el registro.
- En todos los casos se realiza un estudio con neuroimagen (TAC cerebral y/o RM cerebral).
- Los pacientes son siempre evaluados por un neurólogo experto en patología vascular cerebral.
- Se recogen 167 ítems por paciente que incluyen variables demográficas, clínicas y de exploraciones complementarias (neurología 1987; 2: 166-175).

Registro Hospital Sagrat Cor (n=3.808)

ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS	n = 612
INFARTOS CEREBRALES	n= 2.703
Trombóticos	770
Cardioembólicos	763
Lacunares	733
Esenciales	323
Causa inhabitual	114
HEMORRAGIAS INTRACEREBRALES	n = 407
OTRAS ENTIDADES	n = 86
Hem. Subaracnoidea	47
H. Subdural / epidural	39

OBJETIVO

Analizar y comparar la existencia de cambios en aspectos clínicos, asistenciales y pronósticos de los pacientes ingresados con un primer ictus (“first-ever stroke”) e incluidos en el Registro del Hospital Sagrat Cor de Barcelona durante un período de tiempo de 19 años.

Registro EVC hospital sagrat cor de barcelona

Edad	1986-1992 (n=898)	1993-1998 (n=797)	1999-2004 (n=721)	p
Edad media (SD) años	70.9 (13.6)	75.4 (11.2)	78.2 (10.5)	0.0001
Edad estratificada				0.001
<65 años	228 (25.4)	103 (12.9)	74 (10.3)	
65-74 años	251 (28)	223 (28)	144 (20)	
75-84 años	305 (34)	316 (39.6)	290 (40.2)	
85 años o más	114 (12.6)	155 (19.4)	213 (29.5)	

Sexo	1986-1992 (n=898)	1993-1998 (n=797)	1999-2004 (n=721)	P
Masculino	473 (52.7)	354 (44.4)	329 (45.6)	0.001
Femenino	425 (47.3)	443 (55.6)	392 (54.4)	

Factores de riesgo	1986-1992 (n=898)	1993-1998 (n=797)	1999-2004 (n=721)	P
HTA	471 (52.4)	421 (52.8)	437 (60.6)	0.001
Diabetes	175 (19.5)	158 (19.8)	185 (25.7)	0.004
Cardiopatía isquémica	101 (11.2)	119 (14.9)	124 (17.2)	0.002

Fibrilación Auricular	187 (20.8)	255 (32)	211 (29.3)	0.000
AIT	107 (11.9)	88 (11)	57 (7.9)	0.025
Tabaquismo severo (>20cig/d)	120 (13.4)	63 (7.9)	53 (7.4)	0.000

En el último periodo de estudio en comparación con los otros, se observa una menor proporción de **infartos cerebrales de etiología desconocida** (7.8%), posiblemente debido a la práctica estandarizada y sistemática de aplicar los *exámenes complementarios vasculares, de neuroimagen y analíticos* para efectuar un adecuado **diagnóstico etiológico** en los pacientes ingresados con ictus.

	1986-1992 (n=898)	1993-1998 (n=797)	1999-2004 (n=721)	P
Recuperación al alta (Rankin m 0-2)	148 (16.5)	116 (14.6)	138 (19.1)	0.056
Mortalidad Hospitalaria	145 (16.1)	109 (13.7)	84 (11.7)	0.033
Traslado a otro Centro	81 (9)	103 (12.9)	115 (16)	0.001
Estancia hospitalaria mediana (25%-75% desviación intercuartil)	12.5 (8-22)	12.0 (8-20)	10 (7-17)	0.001

Tanto la **mortalidad hospitalaria** (16.1% vs 13.7% vs 11.7%; $p=0.0001$) como la **estancia hospitalaria** media (12.5

vs 12.0 vs 10 días; $p=0.0001$) disminuyeron de forma progresiva y la **regresión de la focalidad neurológica** fue máxima (19.1%) en el último periodo estudiado.

CONSIDERACIONES FINALES

Los pacientes con un *primer ictus* -durante el período analizado de 19 años-, se benefician del manejo terapéutico y asistencial *sistematizado y protocolizado* reflejo de las variaciones en la terapia y en el manejo asistencial experimentado durante dicho período de tiempo.

CONCLUSIONES

- Los *Registros de Enfermedades Vasculares Cerebrales* son herramientas **útiles** en la investigación clínica de los pacientes con ictus.
- Su análisis permite un mejor conocimiento de los aspectos clínicos, asistenciales y terapéuticos.
- El estudio comparativo periódico permite detectar aspectos clínicos y asistenciales susceptibles de ser modificados.
- Permiten la obtención de datos objetivos comparables con otras organizaciones tanto a nivel local, nacional o internacional.
- Dan valor a los datos de cualquier enfermo independientemente de su situación.
- Aumentan la cohesión del servicio y del Hospital.
- Facilitan la publicación de trabajos científicos.



Importancia del tratamiento del dolor en el paciente quirúrgico

Ana M^a Martínez Navarro, Carmen Hernández Trompeta, Sara del Álamo Juárez

Unidad de CMA H.U. Infanta Elena

Palabras clave: dolor, dolor postoperatorio, dimensión del dolor, manejo del dolor, dolor agudo.

Keywords: pain; pain, postoperative; pain measurement; pain management; acute pain.

1. ADECUADA INFORMACIÓN

- Aumenta la confianza del paciente.
- Disminuye la ansiedad.
- Favorece el control del dolor al aumentar la efectividad del tratamiento analgésico.
- Contribuye a aumentar el confort del paciente, disminuyendo la morbilidad y así el número de ingresos hospitalarios.

2. DEFINICIÓN DEL DOLOR

• Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain-IASP), éste es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión”.

• Esta definición integra tanto la faceta objetiva del dolor relacionada con los aspectos fisiológicos, como la subjetiva, es decir, la carga emocional y psicológica que cada individuo asigna al dolor.

3. ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO

- Preoperatorio.
- Intraoperatorio.
- Postoperatorio.
- Alta (ambulatoria u hospitalización).

3.1. PREOPERATORIO

RECEPCIÓN

- Confirmar datos del paciente.
- Vestuario y ubicación.

PREPARACIÓN

- Registro de enfermería.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Sueroterapia y profilaxis antibiótica.
- Rasurado si precisa.
- Check-list.

- Técnicas prequirúrgicas para el tratamiento del dolor.

Técnicas prequirúrgicas para el tratamiento del dolor

INFILTRACIÓN DE PLEXOS NERVIOSOS

Técnica que consiste en la inyección de anestésico local y/o corticoides en el recorrido de un nervio para el bloqueo de éste, y evitar que la señal del dolor llegue al cerebro.

ANESTESIA RETROBULBAR OCULAR

Técnica que consiste en la inyección de anestésico local en el espacio retrobulbar, obteniéndose una parálisis de los músculos extrínsecos del ojo y por lo tanto una inmovilidad del globo ocular que facilita las maniobras quirúrgicas, y próximo al ganglio ciliar, lo que nos proporciona analgesia.

Plexos nerviosos más usados en la Unidad de CMA del HUIE

- Plexo braquial y plexo axilar para cirugías de MMSS como la cirugía de hombro, la cirugía de brazo, la cirugía de codo y la cirugía de mano.
- Plexo femoral y plexo poplíteo para cirugías de MMII como la cirugía de rodilla, la cirugía de tobillo y la cirugía de pie.

Duración de los anestésicos locales más usados

A.L.	ACCIÓN	INICIO	TIEMPO
Lidocaína	Rápida	5-10'	60-120'
Mepivacaína	Media	10-1'	120-180'
Bupivacaína	Lenta	20-30'	180-360'
Levobupivacaína	Lenta	20-30'	180-360'

3.2. INTRAOPERATORIO

- Anestesia locoregional.
- Infiltración de anestésicos locales en heridas quirúrgicas.
- Bloqueos nerviosos (abdominales y del nervio pudendo).
- Analgesia intravenosa.

3.3. POSTOPERATORIO

- Monitorización y registros de enfermería.
- Control del dolor agudo postoperatorio.

Definición de Dolor Agudo Postoperatorio

Es aquel que se presenta en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus compli-

caciones o a la combinación de dichos factores.

Este dolor aparece al inicio de la intervención y finaliza con la curación de la patología quirúrgica que lo ha generado.

Factores influyentes

- Dependientes del propio PACIENTE.
- Dependientes de la CIRUGÍA y su técnica.
- Dependientes de la ANESTESIA.
- OTROS factores de carácter coyuntural.

Tratamiento del Dolor

VALORACIÓN DEL DOLOR SEGÚN ESCALAS

- Escala descriptiva.

Dolor ausente – leve – moderado – severo.

- Escala descriptiva.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.

- Escala visual analógica.



3.4. ALTA

1. Alta > hospitalización.
 2. Alta > adaptación al medio.
- Requisitos del dolor.
 - Informe de enfermería al alta.

Alta hospitalaria a Domicilio

- Informe médico.
- Informe de enfermería.
- Recomendaciones postquirúrgicas de enfermería.
- Llamada postquirúrgica.

Llamada Postquirúrgica

- Valoración del dolor postoperatorio en domicilio, y seguimiento del tratamiento médico pautado.
- Valoración de posibles complicaciones quirúrgicas y postanestésicas en domicilio.

Decálogo

1. Los pacientes tienen derecho a ser informados sobre el dolor.
2. El alivio del dolor requiere un enfoque multidisciplinar y su abordaje debe ser multimodal e individualizado.
3. Un tratamiento adecuado del dolor es fundamental para mejorar la calidad asistencial.
4. Un aspecto fundamental del tratamiento satisfactorio del dolor es la educación y formación de todo el personal sanitario.
5. La información al paciente y sus familiares constituyen un componente central del tratamiento efectivo del dolor.
6. La intensidad del dolor postoperatorio debe ser valorado por el paciente.
7. El tipo de fármaco y vía de administración deben seleccionarse después de sopesarse las ventajas, desventajas, contraindicaciones y preferencias de los pacientes.
8. La satisfacción del paciente en el alivio del dolor debe ser evaluada y documentada.
9. Las valoraciones del dolor deben documentarse en la historia clínica del paciente.
10. El informe de alta hospitalaria debe incluir un plan de tratamiento continuado del dolor. ●





**Homenatge al Dr.
Pablo
Umbert
Millet**

L'escola de dermatologia catalana: les arrels

Jacint Corbella

President Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

La Dermatologia és una especialitat que a Catalunya té, des de fa molts anys, un nivell alt. Quan hi havia una sola universitat, els dermatòlegs més coneguts eren els professors universitaris, els de la Santa Creu i després els del Clínic. Aviat, el desenvolupament fou més multicèntric. Hi hagué especialistes de molt nivell que cal recordar.

A l'inici, les malalties de la pell no s'estudiaven de manera independent, sinó que formaven part del tronc comú de la medicina. Després, s'estudiaven dins del que s'anomenava patologia externa. Més tard, ha estat una especialitat pròpia, amb un afegit, les malalties venèries, que han configurat una de les denominacions clàssiques de l'especialitat "Dermatologia i Venereologia". Posteriorment, s'ha desenvolupat la "Dermatologia mèdico-quirúrgica", a l'estat espanyol principalment per l'impuls del doctor Felip Dulanto.

L'evolució més recent tant pels continguts, com per les orientacions, les possibilitats diagnòstiques i terapèutiques, ha canviat en bona part el panorama, d'aquestes i de moltes altres especialitats. Aquí es comentaran principalment les arrels, tant pel que fa als continguts, com les persones que s'hi han dedicat.

ANTECEDENTS ANTICS

Deixem de banda les malalties infeccioses, tant d'infants com d'adults en el cas de la verola, o les exantemàtiques infantils, en les quals la simptomatologia cutània ha estat sovint l'aspecte inicial més visible. Conceptualment és patologia també a la pell, però s'estudien en altres capítols.

En visió cronològica cal esmentar la florida d'escrits sobre una malaltia aleshores nova, la sífilis, a començaments del segle XVI; en aquest cas per autors catalans de València, exercint alguns a Roma, portats pels Borgia.

Per fora de les infeccioses, potser la primera en diferenciar-se des del punt de vista cutània, si més no també en el nom, sigui la pel·lagra. L'aportació catalana més important pel

seu estudi és el treball de Gaspar Casal i Julián, (1680- Madrid, 1759), nascut a Girona, en una estada temporal de la seva família, i que va desenvolupar la major part de la seva activitat a Astúries. La descriví com a "mal de la rosa".

En el temps del Reial Col·legi de Cirurgia, la patologia cutània s'estudiava relativament poc. En les Juntes del Col·legi ben poques memòries s'ocupen d'aquests temes. Igualment en les memòries manuscrites de l'Acadèmia Mèdico Pràctica de Barcelona, comprnent l'últim terç del segle XVIII i la primera meitat del XIX.

Cal dir també que el capdavanter més important de la dermatologia francesa, Jean Louis Alibert (1768- 1837), professor a París, creador del conegut arbre de les dermatosis, era occità, de l'Aveyron (que cap el segle XI fou regit pels comtes de Barcelona) tot i que va fer la seva carrera a París, però fou enterrat al seu lloc d'origen.

LA DERMATOLOGIA A LA UNIVERSITAT

El primer gran dermatòleg català va ser Joan Giné i Partagàs (1836-1903), una de les personalitats més importants de la medicina catalana del seu temps, actiu en molts camps, amb una empena i capacitat de treball excepcionals. Va ser un dels grans motors de la generació mèdica catalana de 1888.

Fou també un dels creadors de l'escola catalana de psiquiatria, des del manicomi de Nova Betlem. Va ser catedràtic primer d'Higiene i després de Clínica Quirúrgica durant més de trenta anys, de 1871 a la seva mort. Entre les seves aportacions cal esmentar dos volums molt amplis dedicats específicament al tema, que en realitat formava part de la Patologia Externa, és a dir de les matèries de les quals era professor. Són dos volums magnífics, un per la Dermatologia i l'altre per la Sifiliografia, amb il·lustracions en color i una clara influència de la dermatologia francesa. Cadascun d'ells tenen més de cinc-cents pàgines i són dos clàssics de l'especialitat a Catalunya.

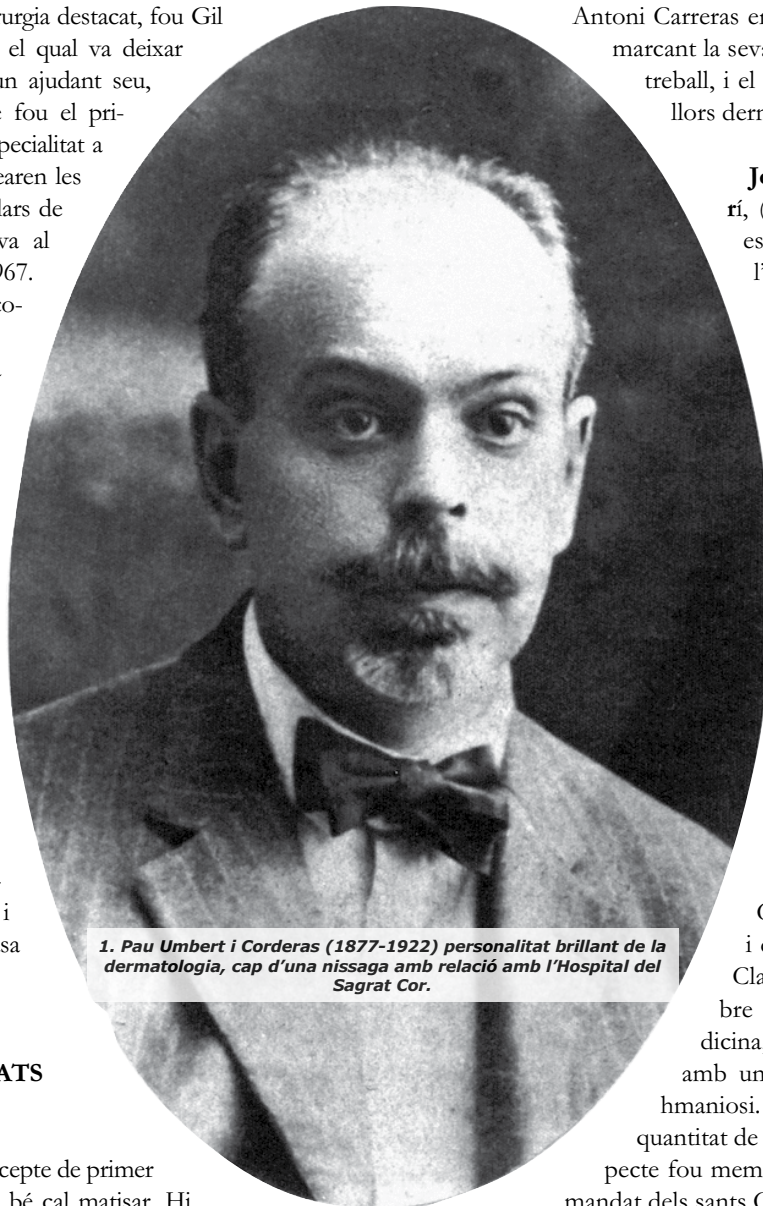
Un altre professor de cirurgia destacat, fou Gil Saltor i Lavall (1895-1909), el qual va deixar la part de dermatologia a un ajudant seu, el doctor Jaume Peyrí, que fou el primer catedràtic oficial de l'especialitat a partir de 1915 en que es crearen les càtedres. Després foren titulars de l'assignatura Xavier Vilanova al 1947 i Joaquim Piñol al 1967. L'obra de tots ells és prou coneguda.

Poc més tard apareixerà el doctor Josep Cabré, com a primer catedràtic a l'Autònoma. Els temps més moderns, contemporanis, amb un conjunt molt brillant de dermatòlegs, no entren en "les arrels", molts d'ells amb una bona projecció internacional. Vilanova fou un formidable creador d'escola. Entre els seus deixebles ja traspassats, van arribar a la càtedra Felip Dulanto (Granada), Josep Cabré (Cadis, UAB, Madrid), Joaquim Piñol (UB) i Josep M. Giménez Camarasa (UAB).

ALTRES PERSONALITATS DE PRIMER NIVELL

Pot ser discutible aquest concepte de primer nivell, però al cap dels anys bé cal matisar. Hi considerem dermatòlegs que han tingut una projecció professional destacada, sigui pels seus escrits, text o articles, o pel reconeixement institucional, cas dels acadèmics. Entre ells creiem que hi ha tres persones amb obra més destacada: Pau Umbert i Corderas, Josep Mercadal Peyrí i Antoni Carreras Verdaguier.

Pau Umbert i Corderas (Sant Feliu de Codines, 1877 - Barcelona, 1922), va fer una obra molt intensa durant una vida relativament curta. Va tenir formació especialitzada durant gairebé dos anys a França, 1902-1904, quan aquí encara no hi havia càtedra, i en tornar exercí a l'Hospital de sant Pau. Col·laborà en els Congressos de Metges de Llengua Catalana. Es va dedicar molt a l'estudi de la sífilis, i la que es deia "parasífilis". Autor, entre altres, de "*Diagnóstico retrospectivo de la sífilis*" (Barcelona, 1914). Va publicar una quantitat notable d'articles de l'especialitat, alguns en revistes franceses. Obrí una nissaga de dermatòlegs, amb el seu fill Enric Umbert de Torrecasana i el nét, Pau Umbert i Millet, que ha dirigit el servei de l'Hospital del Sagrat Cor.



1. Pau Umbert i Corderas (1877-1922) personalitat brillant de la dermatologia, cap d'una nissaga amb relació amb l'Hospital del Sagrat Cor.

Antoni Carreras en feu un gran elogi, remarcant la seva capacitat d'estudi i de treball, i el considera "un dels millors dermatòlegs catalans".

Josep Mercadal Peyrí, (Barcelona, 1903-1976) es formà al redós de l'escola de la facultat portada pel doctor Jaume Peyrí, ampliant estudis principalment a París amb Sabouraud i Zurich, amb Bloch. Va ser professor adjunt de la facultat i aspirava a succeir Peyrí, però l'arribada de la gran personalitat de Xavier Vilanova, ja catedràtic de Valladolid i València, va frustrar aquesta possibilitat. Va seguir la seva activitat a l'Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet i després al de sant Pere Claver. Fou també membre de l'Acadèmia de Medicina, on ingressà el 1970, amb un discurs sobre la leishmaniosi. Va publicar una gran quantitat de treballs. En un altre aspecte fou membre destacat de la Germandat dels sants Cosme i Damià.

Antoni Carreras i Verdaguier (Barcelona, 1892 - 1989) va ser deixeble de Pau Umbert. També va tenir formació exterior, a París i Zurich. Fou director de l'Hospital de la lluita antivenèria de la Magdalena i dermatòleg de l'Hospital de nens pobres. Membre de la Reial Acadèmia de Medicina des del 1979, amb un discurs sobre la dermatologia en la medicina catalana, amb informació interessant sobre el tema.

LA IMPORTÀNCIA DE LA SÍFILIS. ALTRES AUTORS MENYS CONEGUTS

Entre diversos metges del segle XIX n'hi hagué bastants amb obra interessant en el camp de les malalties venèries, que eren un problema social important, més que la patologia cutània "sensu stricto". Alguns d'ells van ingressar com a membres de l'Acadèmia de Medicina.

Quan es feien els que es deien “exercicis de provisió”, per places de l'Acadèmia, és a dir la presentació d'un treball, a vegades en règim de competència entre diversos aspirants, el Dr. Ramon Torrent i Torradella (Granollers, 1826 – Barcelona, 1882) va presentar el treball “*Del chancro indurado y sus relaciones con la infección sífilítica constitucional*”. Era primer cirurgià de l'Hospital de la Santa Creu. Ramon Rosselló i Oliver (m. 1914), va llegir l'any 1883, la lliçó inaugural de curs amb el tema “*La sífilis y la prostitución; sus relaciones. Medios de prevenir sus perniciosos efectos*”. Rosselló era un metge de pràctica. La prostitució, com a problema social, més enllà de la patologia directa va ser objecte d'altres treballs d'ingrés o de començament de curs.

La sífilis estava aleshores en un primer pla molt destacat de la patologia i la medicina social. Encara faltaven uns vint anys per a la introducció dels arsenicals orgànics, el més conegut el salvarsan. El 1883 ingressà a l'Acadèmia el doctor Josep Cabot i Rovira, més dedicat a les malalties dels nens, amb un estudi sobre les lesions òssies en la sífilis hereditària.

L'acadèmic següent en ordre d'ingrés, el 1884, el doctor Joan Soler i Buscallà, primer cirurgià de la Santa Creu, va dedicar a la sífilis tant el discurs d'ingrés “*Sífilis conyugal*”, com la lliçó inicial de curs de 1892, amb el tema “*El secreto médico en orden a la sífilis*”. Soler va ser probablement el sífilògraf més important de Barcelona en el seu temps. Carreras apunta que “la seva tasca dins de la dermatologia és important” i encara aporta “una visió molt clara de la dermatologia d'aquell temps”.

Cap a finals del segle XIX hi hagué algun treball sobre la blenorràgia, que tot i tenir una incidència social important, estava menys present des d'un punt de vista de les publicacions.

Començat el segle XX, l'interès del tema a l'Acadèmia ja no fou tan rellevant. Fins el 1925 no es troba referència. Llavors apareixerà en un discurs d'entrada, el de Miquel Fargas Raymat (1891-1925), que morí al cap d'un mes del seu ingrés. Era ginecòleg i tractà el tema “*Trastornos menstruales y hemorragias genitales de origen sífilítico en la mujer*”. Li contestà Jaume Peyrí.

Una mica fora d'aquest camp, va pertànyer a l'Acadèmia de Bones Lletres, és l'obra de Josep M. Roca i Heras (1863-1930), erudit de la història de la medicina catalana, metge de la Santa Creu, exercint com a dematovenereòleg, i autor d'estudis, més d'història tant sobre la sífilis com sobre la lepra. Roca havia treballat també a l'Hospital del Sagrat Cor. Igualment sobre la lepra va publicar algun escrit Gaspar Sentiñón (1835-1902).

Encara cal esmentar altres autors d'obra que va tenir una difusió o repercussió menor. Així J. Viñeta i Bellaserra, autor de “*La sífilis como hecho social punible*”, metge de la casa de Lactància, que va fer una lliçó a la Societat Econòmica de Gràcia d'Amics del País, l'any 1885.

Un dels qui van influir més, però de manera discreta, en el tomb del gairebé exclusivisme de l'assistència a la patologia venèria, cap a una valoració també d'altres lesions de la pell fou Miquel Horta, metge de la Santa Creu, cap del servei de dermatologia i venereologia, que va acollir, com a consultor a Pau Umbert, que no tenia servei propi.

Una mica més tardà fou Pelai Vilanova i Massanet (1868-1953), empordanès, polític republicà en el seu temps jove.



2. Josep Cabré i Claramunt (1897-1956) potser l'iniciador més important de la dermatologia a l'Hospital del Sagrat Cor.

També començà amb treballs sobre la sífilis, però ja bastant aviat escriurà sobre el tractament de l'èczema (1900); i l'estudi clínic dels epiteliomes, la leucoplàsia de la boca, la micosis fungoide, també el lupus, tot això abans de 1910. Fou el pare de Xavier Vilanova.

DERMATÒLEGS EN ALTRES HOSPITALS

Ja en la generació anterior a l'actualment activa hi hagué un cert nombre de bons dermatòlegs, amb bona pràctica assistencial i amb bon coneixement de l'especialitat, que estaven, a més de la visita privada que ha estat una de les constants de l'especialitat, treballant, o dirigint els serveis de dermatologia d'altres institucions hospitalàries, i a vegades ambulatòries. Aclarim també que alguns han estat en més d'una institució, i no volem esmentar persones encara vivents.

Així en el servei de l'Hospital de Sant Pau, els doctors Ferran Solduga Castells i Santiago Noguer Moré. També Lluís Pallés Reig, responsable del “apèndix” de Sant Llützer. A Sant Pere Claver, on la dermatologia excel·lí, la direcció d'Enric Umbert Torrecasana i de Josep Mercadal Peyrí. A la Creu Roja el mateix Noguer Moré. Al Sagrat Cor, inicialment Josep Cabré i Claramunt, juntament amb Carles Cardenal de Salas, i Josep Fornós i Benaiges, que succeí Cabré en la direcció, quan Cardenal ja tenia un tumor irreversible. A l'Hospital militar potser el dermatòleg més conegut fou Jesús Sánchez Cosido, de graduació elevada. En diverses institucions Josep Marsal i Feliubadaló; igualment Antoni Carreras Verdaguier, ja esmentat per la seva projecció a l'Acadèmia. Queda encara la llistat extensa de metges de la lluita antivenèria, molt més en una visió funcional i de feina afegida. Veiem doncs que hi hagué un bon planter de dermatòlegs i del conjunt n'ha sortit després, en un moment que els coneixements han progressat i fet un salt, un grup realment important, a nivell internacional, de la dermatologia catalana. ●

Servicio Dermatología Hospital Sagrado Corazón, Barcelona. Resumen histórico: 1879-2012

INTRODUCCIÓN

DR. PABLO UMBERT MILLET

Inicio una nueva etapa de mi vida como Profesor Emérito del Servicio de dermatología del Hospital Universitario Sagrado Corazón, al cumplir mis 70 años. Treinta y seis años han pasado fugazmente como una película que me tiene atrapado y no deseo que finalice.

Durante el recorrido de estos años apasionantes he podido realizar la mayoría de mis ambiciones profesionales. Una de ellas fue formar una escuela de 36 dermatólogos nacionales y 28 extranjeros.

Gracias a este proyecto hemos introducido en España nuevas tecnologías terapéuticas: foto quimioterapia, criocirugía, cirugía micrográfica de Mohs, micro injertos micro unidades, entre otras. Las aportaciones en nuestros cursos internacionales, por los profesores invitados, pioneros en dichas técnicas nos fueron de gran ayuda.

Así mismo, los avances en Dermatopatología con la llegada de la inmunohistoquímica hemos podido estar al día en los diagnósticos histopatológicos que es la columna vertebral de nuestro servicio. Hemos crecido y desarrollado con una metodología constante, sesiones clínicas, oncológicas, correlaciones clínico-patológicas y terapéuticas donde la enseñanza el aprendizaje así como el intercambio constante discípulo-maestro ha sido fundamental.

Nuestras iniciativas estuvieron siempre apoyadas por la institución que ambicionaba con sus nuevas instalaciones a ser hospital punta en Barcelona disponiendo de unas infraestructuras de primer orden que le diferenciaba de los demás hospitales.

Personas muy cercanas y entrañables me empujaron y facilitaron el camino: mi padre Enrique Umbert de Torrescañana que me ayudó moralmente y económicamente en mis 6 años de formación en París y Rochester(USA), El Dr. Cayetano Alegre Marcet -Director del Hospital- que me seleccionó entre otros posibles opositores, mis profesores Joaquín Piñol Aguadé, el profesor B Duperrat, el Dr. Charles Grupper, y el Dr. RK. Winkelmann entre otros.

Gracias también al Profesor JM Mascaró Ballester, catedrático de Dermatología, que me abrió las puertas a la Universidad de Barcelona al considerarnos capacitados para formar un Servicio docente, responsabilizándose de cubrir aquellas áreas huérfanas que pudiesen existir con el apoyo del Hospi-

tal Clínico de Barcelona. Y al Profesor JM de Moragas valoró mis capacidades organizativas y de conocimiento en histopatología cutánea, para organizar y crear el Grupo Español de Dermatopatología, a día de hoy es uno de los grupos más prestigiosos de nuestra Academia Española de Dermatología.

En estos años son muchas las personas que han compartido esta aventura; compañeros que se iniciaron conmigo: Dra. Nuria Sendra, Dr. Joaquin Juando y posteriormente mi amigo entrañable Dr. Rodolfo Tovar. Personal administrativo: Srta Pitu, Srta. Mercè, Srta Carmina, Srta Maria Rosa, Srta Olga. Enfermeras; Cheli, Sampere; Gaby Van roessel, Srta Chiqui, Lourdes Gallego, Srta Carmen Pla, Lola, Marta y que forman una larga lista de personas que me han acompañado.

Mi dedicación por la especialidad la he compartido con mis médicos adjuntos que en su mayoría fueron residentes que han ido repartiéndose en el mapa catalán, español y extranjero. En este día a día ha quedado una estela reflejada por 8 tesis doctorales, 47 cursos nacionales e internacionales realizados, 553 comunicaciones y 252 publicaciones.

¿Cómo es posible esta dedicación de 12 horas diarias de trabajo compartido entre el Hospital y el Instituto Pablo Umbert (Clínica Corachan)? La respuesta es sencilla: el amor de mi esposa Ida, el cariño de mis hijos Enrique, Alejandro y Mónica y la paz espiritual, me han marcado al ordenar mis prioridades, pasiones, ambiciones y desafíos continuos.

Esta nueva etapa será más sosegada pero muy apasionante también, con mayor tiempo para dedicarme a la Dermatopatología, Cirugía de Mohs y a la formación de residentes bajo las directrices de la Dra. Montse Salleras, la actual Jefe de Servicio, y el apoyo de los médicos adjuntos.

HISTORIA 1879-1976

DRA NURIA SENDRA.

Médico adjunto. Servicio de Dermatología del Hospital Sagrado Corazón (1976-1981)

En el año 1879, se funda el hospital de Beneficencia Sagrat Cor gracias a la implicación y financiación de la burguesía católica catalana liderada por Doña Dorothea de Chopitea. En 1893, se inauguran las nuevas instalaciones, siendo director el oftalmólogo venezolano residente en Barcelona Dr. Manuel Osio, sucediéndole el Dr. Salvador

Cardenal, cirujano que impulso y modernizo el hospital con medidas de asepsia de Lister apenas utilizadas en nuestro país. Realiza la primera laparotomía en España y se exige la práctica de autopsias.

El Dr. Francisco Rusca y Doménech, futuro catedrático de patología quirúrgica de la Facultad de Barcelona y ayudante del Dr. Cardenal en el hospital Sagrado Corazón publica en **1904**: “El melanoma estudio clínico, histológico e histogénico”.

El Dr. Carlos Cardenal y de Salas, **1906-1959**, (sobrino del prestigioso fundador), formado dermatológicamente en Hamburgo y Breslau, experto en biología, histopatología, farmacología, compaginó su trabajo asistencial en el hospital Sagrado Corazón y como auxiliar docente en la Facultad de Medicina de Barcelona

El Dr. José Cabré Claramunt, **1897-1956**, se formó dermatológicamente en el Hospital San Luis de París y en la Universidad de Toulouse por un periodo de tres años. A su regreso fue nombrado Jefe de Servicio del Hospital Sagrado Corazón hasta su fallecimiento en **1956**. Carrera fecunda por sus aportaciones continuadas a la Academia Española, Francesa y la Real Academia de Medicina y cirugía de Barcelona. Entre sus trabajos figuran el Micofungoma inicial, ictericia contemporánea de chancro sífilítico, patogenia de las eritrodermias esenciales, el queratoma difuso congénito, el síndrome de Senear Usher así como las traducciones del compendio dermatológico de Darier. Su hijo, Prof. José Cabré Piera, fue catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Al fallecimiento del Dr. José Cabré Claramunt, el Dr. José Fornos, fue el responsable del Servicio de Dermatología durante el periodo de **1956-1975**. Sus tratamientos en las enfermedades inflamatorias y víricas se apoyaban en las vacunas y autovacunas. Era reconocido como experto en enfermedades venéreas en su consulta privada en las Ramblas de nuestra ciudad. Los tratamientos quirúrgicos se centraban en la electrocoagulación.

Los servicios del hospital se auto financiaban cobrando pequeñas cantidades directamente al paciente. Gracias a la llegada de la Caja de ahorros y Monte Piedad de Barcelona, que asumió el patronato y la dirección del hospital se fue cambiando a una estructura coordinada, bien financiada, y se construyó el nuevo hospital. El Dr. Cayetano Alegre Marcet, Director Médico y con el beneplácito del Presidente de la Caja, Marqués de Alfarrás, dotaron el hospital de profesionales prestigiosos, bien formados, seleccionando las jefaturas por la trayectoria, prestigio profesional y curricular. Fueron significativos entre otros, el Dr. Pijoan en cardiología, el Dr. Joan Agustí y Dr. Víctor Salleras en cirugía general, el Dr. José María Puigdollers en Medicina General, el Dr. Santos Pallazzi figura nacional e internacional en traumatología, reconocido por sus avances y cursos prácticos, con Profesores Europeos, el Dr. Rodríguez Soriano eminente ginecólogo que disponía de su propio laboratorio de citología. El Profesor Dr. Fernando Palomar Petit figura prestigiosa de la oftalmología Catalana.

Esta tercera etapa del hospital viene marcada por la inauguración del nuevo hospital en **1976**, adquiriendo una estructura organizada y coordinada por una junta facultativa,

presidida por un presidente rotatorio. El director médico Dr. José Jurado, fue una personalidad autoritaria que controlaba con minuciosidad todas las parcelas de la institución. En el organigrama del hospital persistían sin embargo la representatividad y responsabilidad del jefe de Servicio, a semejanza de los demás servicios hospitalarios Universitarios docentes de la nación. Una involucración mayor suplementaria de los Jefes de servicio en nuestra institución era la obligación de realizar sus consultas privadas por las tardes en la policlínica del hospital.

En 1976 la jefatura del servicio de dermatología seleccionó al Dr. Pablo Umbert entre otros tres candidatos. La decisión se valoró el curriculum. El Dr. Pablo Umbert se desplazó desde Estados Unidos para tomar posesión de su cargo. Su formación de residente por oposición en el Hospital Clínico de Barcelona, sus cuatro años como Jefe Clínico en el Hospital de San Luis de París y dos años como research fellow en la Clínica Mayo de Minnesota.

La elección del Dr. Pablo Umbert estaba justificada por su sólida formación clínica y su especialización en Dermatopatología e inmunopatología. A resaltar su experiencia en la creación del laboratorio de inmunopatología en el Servicio del Profesor Bernard Duperrat del Hospital de San Luis, en las técnicas de inmunofluorescencia directa en tejidos e indirecta en sangre. El apoyo del Profesor Jean Dausset le permitió utilizar sus instalaciones de su laboratorio de hematología del mismo Hospital de San Luis.

Gracias a las aplicaciones prácticas de las técnicas de inmunofluorescencia pudo realizar su tesis doctoral en las enfermedades ampollas de la mucosa bucal. Por dicho mérito obtuvo la plaza de jefe clínico del Servicio de Dermatología del Servicio del Profesor B. Duperrat. Pocos años después, **1980** el Profesor Dausset obtuvo el premio *Nobel de Medicina* por el descubrimiento en los antígenos leucocitarios, HLA, que han permitido la viabilidad de los trasplantes humanos.

PERÍODO 1976 – 1981: LLEGADA DEL DR. PABLO UMBERT MILLET

DRA NURIA SENDRA

La toma de posesión de la Jefatura del Servicio por el Dr. Pablo Umbert, coincide con la inauguración del nuevo hospital en la calle Londres remplazando a las históricas instalaciones del hospital.

El Servicio de dermatología se traslada de la 1ª a la 4ª planta de la policlínica con el apoyo y colaboración mía y del Dr. Joaquín Juando. La llegada del Dr. Umbert Millet dotó el Servicio con una nueva metodología asistencial-docente nueva, con una mentalidad anglosajona, que revolucionó las normas rígidas del hospital, venciendo serias dificultades para conseguir un servicio bien estructurado a modo de los vividos en la clínica Mayo.

Además, el doctor incorporó la biblioteca de dermatología, actualizada con las revistas de primera línea en la espe-



cialidad. El laboratorio de dermatopatología con una infraestructura dinámica que nos permitía en 72 horas, la lectura de las laminillas procesadas. Ambas infraestructuras fueron los dos puntales del Servicio, permitiéndonos arrancar un servicio con una base sólida y diferenciada de los demás servicios del hospital. Por falta de espacio en el hospital y para no crear problemas a la dirección con otros servicios, se amplió la superficie con el alquiler de dos pisos a pocos metros del hospital en la calle Conde de Borrell nº 292, piso 4 y sótano-portería.

El técnico del laboratorio, hoy Dr. Ramón Solé, pudo compaginar su trabajo con los estudios de Medicina a pesar de su hándicap de ceguera de un ojo y la amputación de un brazo por un accidente de bomba que le estalló en su infancia. El Director Médico del Hospital, Dr. José Juradono era partidario de aquellas iniciativas que no estuviesen bajo su control, pero afortunadamente estaba limitado por el criterio de la dirección general personalizada por el Director – gerente, Dr. Cayetano Alegre, apoyando aquellas, que no comportasen coste adicional para la institución. El organigrama del servicio se fue paulatinamente aceptado por los resultados inmediatos conseguidos.

La Academia Catalana de Dermatología (sección de la Academia Española) premió las iniciativas y las actividades desarrolladas con el nombramiento del Dr. Pablo Umbert como Presidente de dicha corporación, celebrándose varias sesiones de la academia en la sala de actos-capilla del nuevo hospital.

El carácter docente e innovador tuvo un efecto multiplicador, el servicio creció en personal administrativo, enfermería y médico. La gestión económica representaba unos riesgos

que asumía el Dr. Pablo Umbert como líder que creía en su propia apuesta.

En el año **1978**, fuimos pioneros en España de la fotoquimioterapia al introducir en nuestro servicio, conjuntamente con el hospital de San Pau de Barcelona, en el tratamiento de la Psoriasis y otras dermatopatías como el Liquen Plano, acné quístico, dermatitis atópica y linfomas cutáneos. También se constituyó la Unidad de Psoriasis con una gran afluencia de pacientes por el gran índice de blanqueamiento que se conseguían en pacientes no respondedores viegentes en este momento.

El 10 de noviembre **1979** por iniciativa del Profesor Dr. P.Umbert, se fundó en nuestro hospital “El Grupo Español de Dermatopatología” del cual fue secretario fundador por un periodo de 6 años. El grupo se reúne anualmente desde entonces, dermatólogos y patólogos unifican criterios y durante dos días se presentan casos, problemas, comunicaciones libres y posters, estos últimos abiertos a los no miembros del grupo, con asistencia masiva que supera la mayoría de las veces la cifra entre un centenar de dermatólogos y patólogos.

En septiembre de **1980**, se constituye la Asociación Dermatológica Pablo Umbert sin ánimo de lucro, inscrita en el registro civil con los términos de interés científico, estudio e investigación de enfermedades cutáneas, celebración de congresos y cursos, divulgación, publicación e información, libros, revistas, enseñanza a residentes, médicos adjuntos y ex discípulos. El carácter asistencial, docente y social del servicio cumplía con las exigencias normativas. Son los que todavía hoy en el 2012, se mantienen en los estatutos de la actual “Derma Sagrat Cor SL”.

1981- 1987 CREACIÓN UNIDAD DOCENTE

DR. RAMÓN TORNÉ

Médico adjunto del Servicio de Dermatología, Hospital Sagrado Corazón

Me interesó por la dermatología sobrevino cuando ejercía como médico general en Lérida. La circunstancia de que un paciente que trataba, afecto de una urticaria crónica idiopática resistente a los antihistamínicos, fue determinante. Diagnosticado por el Dr. Pablo Umberto de edema angioneurótico familiar secundaria a una deficiencia enzimática familiar del C-1 inhibidor, estaba diezmando mortalmente a un gran número de familiares.

Solicité mi ingreso como residente, ya que en aquellos momentos se podía escoger la especialidad con el visto bueno del jefe de Servicio. Por tratarse de un centro docente acreditado, 1986, por el comité nacional de especialidades, decidí formarme en la especialidad de dermatología.

Existieron dificultades iniciales para la catalogación de unidad docente por no cumplir el hospital los requisitos de la normativa para dicha acreditación. La tenacidad del Dr. Pablo Umberto y la buena organización del servicio, cumplían los requisitos para ser acreditado. El apoyo del Profesor José María Mascaró Ballester fue decisivo, pues se comprometió oficialmente en cubrir desde el Hospital Clínico de Barcelona, aquellas áreas posibles que no estuviesen cubiertas. El servicio atrajo a nuevos residentes y se incorporaron los doctores Rodolfo Tovar, Rayab Yafari, María Luisa Peral, Emilio Villodres, Enrique Rovira, José Luis Alos, hoy todos ellos acreditados dermatólogos.

Una de las distinciones del servicio era la unidad de Dermatopatología e inmunopatología. El Profesor Dr. Pablo Umberto leía las laminillas histopatológicas (3 mil anuales de promedio) permitiendo realizar una correlación clínico-patológica, decisiva en el diagnóstico y tratamiento. La experiencia del Profesor, la accesibilidad inmediata al laboratorio y la infraestructura del Servicio con instalaciones quirúrgicas óptimas nos distinguió en el mapa hospitalario catalán por una rápida ejecución del diagnóstico y tratamiento.

Las sesiones clínicas de los jueves a las 8 de la mañana y la sesión oncológica fueron de un gran valor asistencial y docente, con imágenes clínicas e histológicas simultáneas en proyección, unificar así los criterios diagnósticos e histológicos además de las diferentes opciones terapéuticas. La sesión bibliográfica se enriquecía gracias a la información obtenida de las 15 revistas nacionales e internacionales de nuestra especialidad y de medicina interna financiada a través de la Asociación Dermatológica Pablo Umberto.

Actualmente, la biblioteca acumula todos los volúmenes, clasificados y encuadrados. Los cursos internacionales de cirugía dermatológica y dermatopatología se distinguían por su carácter interactivo y práctico. Los cursos de dermatopatología eran conducidos por la dirección del profesor y los diferentes profesores ponentes, dermatopatólogos y patólogos más relevantes, gracias a las relaciones de amistad con el profesor.

Entre los profesores invitados destacan: Prof. Adolfo Aliaga (Valencia), Prof. E. Sánchez Yus (Madrid), Prof. Helmut Kerl (Austria), Prof. D.M. Mac Donald (UK), Prof. JM Mascaró (Barcelona). Prof. G.E. Pierard (Bélgica), Prof. F. Contreras (Madrid), Prof. JL Díaz (Bilbao), Prof. JM. Moragas (Barcelona), Prof. Abelardo Moreno (Barcelona). Los cursos, de dos días de duración, eran eminentemente prácticos, con microscopios individuales dentro de la modalidad de autoevaluación. Los asistentes eran dermatólogos y patólogos nacionales y extranjeros, sobre pasando en número de los 60 asistentes.

Los cursos de cirugía dermatológica se iniciaron del 2 al 5 de junio de 1982. Se realizaban bianualmente existiendo dos niveles, el de los principiantes, ejercicios con pata de cerdo y el nivel superior para dermatólogos con más experiencia in vivo, en quirófanos de cirugía menor con pacientes previa aceptación.

Nuestra institución disponía de una infraestructura nueva, moderna, idónea con más de 4 quirófanos simultáneos, sala de conferencia e imágenes en video in vivo in directo desde los quirófanos a la sala de conferencias. Los profesores extranjeros, en su mayoría eran Europeos y Americanos. Destacando Prof. A Picotto (Lisboa), Dr. J Arouette (París), Dr. G Monheit (USA). La vertiente quirúrgica de nuestro servicio fue desarrollada por el cirujano plástico Dr. Augusto Andrés Trias que nos introdujo en la cirugía oncológica. En los cursos se introdujeron en nuestro país las primeras intervenciones en cirugía micrográfica de Mohs, microinjertos, criocirugía, láser, cirugía cosmética etc.

El 10- 11 de abril de 1981 el Servicio organizó un seminario de Dermatopatología con el conferenciante Dr. R.K Winkelman de la Clínica Mayo (Rochester, Minn USA) considerado como el dermatólogo con más publicaciones y de más relieve mundial. En el seminario estuvieron presentes su compañero el Prof. J. María de Moragas y sus discípulos en Rochester los Drs. José Luis Díaz, Pablo Umberto y P. Carapeto

El 21 de octubre de 1983 el servicio organizó el "Simposium internacional de patología de la mucosa oral" en el Colegio de Médicos con la participación del Dr. R. Kuffer (París), Prof. Roger (Clínica Mayo), Dr. Pablo Umberto, Prof. Heneker (Alemania).

En setiembre 1985 el Servicio organizó un Workshop en el colegio de Médicos, con el Prof. Daniel Su de la clínica Mayo.

El 20-21 de noviembre de 1986, el Servicio organiza el 1º Curso Internacional de Cosmética Dermatológica en Barcelona, con los avances actuales del momento.

Del 15 al 17 de mayo de 1986 se celebra el XVI Congreso Español de Dermatología y el XI Congreso Hispano Portugués de Dermatología en Palma de Mallorca con la presidencia de los Drs. Pablo Umberto y Antonio Montis. Por primera vez se cambia la estructura del Congreso Nacional bajo la presión de los organizadores, con sesiones simultáneas, simposio, cursos prácticos, desayunos de trabajo y se cierra con "Novedades en Clínica, cirugía, tratamientos y dermatopatología".

A diferencia del organigrama de los congresos nacionales previos con conferencias magistrales de los diferentes cate-



dráticos, se abre un congreso a la participación de múltiples ponentes y expertos en los diferentes temas a tratar. Los residentes son financiados por primera vez por el mismo congreso consiguiendo una asistencia más numerosa a los nacionales previos.

En 1987 introdujimos en España la Cirugía Micrográfica de Mohs (CMM). El Dr. Pablo Umbert tuvo la visión de enviar a Lisboa al Dr. Alex Camps a Lisboa para aprender la técnica de cirugía micrográfica controlada de Mohs con el Dr. Antonio Picoto, de la escuela de NY del Dr. Perry Robins.

En sus inicios la vertiente quirúrgica la practicaba el Dr. Camps y la vertiente histopatológica el Dr. Pablo Umbert, para posteriormente el Profesor la realizaba en su totalidad.

La CMM fue la estrella del departamento por ser pioneros en España acudiendo a nuestro Servicio pacientes referidos por dermatólogos de toda el área Nacional. Las indicaciones mayoritarias eran los carcinomas recidivantes, los de alto riesgo y los de patrón histológico invasivo. Las infraestructuras para desarrollar la unidad de CMM así como la unidad del Psoriasis eran idóneas difícilmente existían en otros hospitales.

La actividad científica durante este periodo fue de 60 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, 166 Comunicaciones en congresos y cursos, 6 Cursos internacionales organizados por el servicio. Tesis doctorales: Clasificación inmunohistoquímica de los pseudolinfomas cutáneos Ramón Torné, Universidad de Barcelona.

En resumen, fue una época de formación integral en la que además de los conocimientos clínicos, histopatológicos, quirúrgicos y terapéuticos, se fomentó el trabajo en equipo, el carácter emprendedor y el liderazgo personal. Todo ello ha dado sus frutos en una generación de dermatólogos y dermatólogas que han dejado su impronta personal tanto en el campo profesional, como en las Instituciones Médicas y Científicas, fruto de nuestra formación en un Servicio de Dermatología con un sello personal que ha creado Escuela.

1987-1997. DERMA SAGRAT COR.

DR. MANUEL SÁNCHEZ-REGAÑA

Médico adjunto del Servicio de Dermatología Hospital Sagrado Corazón y tutor de los residentes.

El servicio iba creciendo con la llegada de nuevos residentes siendo el primer MIR el Dr. López Gil (1987) la mayoría continuaban como médicos adjuntos al finalizar su residencia. La actividad asistencial era de un 80% y el resto docencia. La actividad docente se iniciaba cada mañana a las 8- 9, 30 h, con las sesiones de histopatología del profesor con los residentes, los miércoles de 9 a 10 h sesión oncológica y los jueves sesión general con asistencia de todo el equipo de 8 a las 10,45 h.



Se iniciaba con una sesión bibliográfica muy rica en información gracias a la disponibilidad de todas las revistas dermatológicas. La biblioteca disponía de dos secretarías con un sistema informático avanzado, una dinámica rápida de la información iconográfica de todos los pacientes, con los casos problemas y protocolos terapéuticos actualizados. Nos ha permitido hacer aportaciones continuadas en los foros académicos: Congreso Nacional, Academia catalana, Congresos internacionales. Las publicaciones que requieren un esfuerzo añadido en horarios extra-hospitalarios eran más reducidas y dependientes del esfuerzo individual. Esta dinámica docente y asistencial era clave para retener a los residentes al finalizar sus cuatro años de formación.

Residentes formados en este periodo: Dr. A. Bello, Dr. JR Garcés, Dr. J. Alos, Dr. E. Villodres, Dra. Coronas, Dr. Gutiérrez., Dra. Carmen Fuentes (Chile), Dra. Chaussade (Francia), Dr. Ignacio Umbert, Dr. F. López, Dra. M. Roura.

Profesores ponentes en los cursos de Dermatopatología: Prof. Rino Cerio (UK), Prof. E. Grosshans (Francia), Prof. Lorenzo Cerroni (Austria), Prof.: Rein Willemze (Holanda), Prof. A. Bernard Ackermann (Filadelfia,USA), Prof. Adolfo Aliaga (Valencia), Prof. Evaristo Sánchez Yus (Madrid), Prof. Abelardo Moreno (Madrid), Prof. Luis Requena (Madrid), Prof. Martin Black (Londres), Prof. José Luis Díaz (Bilbao), Prof. JM Mascaro Ballester (Barcelona) Dra. M. T Fernández Figueras (Barcelona)

Profesores Invitados en Cirugía dermatológica: YH AIT (USA), Dr. L Field (USA), Dr. Polley (USA), Dr. N Walker (UK), Dra. Graham (USA), Prof. R.Roenigh (USA), Dr. W Unger (USA), Dr., R Baran (Francia), Dr. Chow (USA), Dr. Paul C Levins (USA) y eminente cirujanos plásticos y dermatólogos quirúrgicos Españoles

Presentaciones en congresos y cursos: 239

Publicaciones: Nacionales: 45, Internacionales: 23.

1998- 2012

DRA. MONTSERRAT SALLERAS

Médico adjunto del Servicio de Dermatología y jefe de Servicio (agosto 2012), Hospital Sagrado Corazón

El 22 de enero de 1987 se celebra el 10º aniversario de la Unidad de Oncología Cutánea en una sesión presidida por el Profesor A. Castells Rodellas donde se presentó el organigrama de la unidad. El diagnóstico inmunohistoquímico por el Dr. Ramón Torné, la estadística de oncologías cutánea de los 5 últimos años por el Prof. Pablo Umbert, el diagnóstico precoz por la Dra. Nuria Sendra, el protocolo Melanoma Maligno por la Dra. Coronas, tratamiento con rayos blandos en los carcinomas por el Dr.

Rodolfo Tovar, la criocirugía por el Dr. Rayab Yafari y la Cirugía Micrográfica de Mohs por los Drs. A. Camps y Prof. Pablo Umbert.

Se inician los cursos anuales de protocolos para médicos generales: 27-28 mayo 1987, 10 febrero 1989, 15 junio 1990, 14 marzo 1991, 14-15 mayo 1992; que debido a la gran audiencia se trasladan al Hotel Plaza.

El curso Internacional más relevante de la historia de nuestro Servicio se realiza en el Palacio de Congresos de Barcelona del 8 al 10 de octubre 1987, bajo la presidencia del Prof. Pablo Umbert: "8th International Dermatopathology colloquium" con una asistencia internacional de 230 dermatopatólogos de 4 continentes donde las actividades científicas estuvieron a la par con el "welcome" en la Bolsa de Barcelona y la cena de Gala en el Palacio Real de Barcelona. En el mismo año el servicio organizó el Simposio Internacional de actualizaciones en alopecias en el que el Presidente organizador Prof. Pablo Umbert, presentó la ponencia "Histopatología de las alopecias"

Los cursos internacionales de cirugía dermatológica: (18-20 octubre 1988, 16-18 octubre 1990, 25-27 febrero 1993), se celebran periódicamente con eslabones de 2- 3 años y son eminentemente prácticos: conferencias y prácticas en 4 quirófanos simultáneos y visión en TV para los asistentes con intercambio de preguntas y respuestas inmediatas.

Los cursos internacionales de dermatopatología: (23- 24 febrero 1990; 20- 21 febrero 1992; 17-18 febrero 1994 se celebran también periódicamente con Profesores conferenciantes como, Prof. Helmut Kerl (Austria), Dr. Ignacio Umbert (Barcelona), Dr. Eckart Haneke (Alemania), Dr. R. H. Weenig (USA), Prof. Omar Sanguenza (USA) Dra. Lynne Goldberg (USA)

El 24 de enero 1995 el Prof. Pablo Umbert entra como académico de número en la Real Academia de Doctores con el discurso de ingreso "El arte de enseñar y aprender" donde hace una exposición de la excelencias de los intercambios científicos, éticos y espirituales entre el maestro y discípulo: el Prof. Pablo Umbert siempre ha sabido transmitir estos sentimientos de excelencia en que no existe ningún mercantilismo; a diferencia de otras profesiones solo prima la generosidad y el amor a nuestra profesión y hacia nuestros pacientes. La respuesta del Profesor Agustín Luna Serrano resaltó el currículum del nominado y disertó "El médico en el código civil".

El 8 de mayo 2000 se constituye Derma Sagrat Cor SL. Sociedad que tiene como Presidente al Dr. Pablo Umbert y de socios: Dr. Rodolfo Tovar, Dra. Montserrat Salleras, Dr. Manuel Sánchez, Dra. María Ángeles Sola, Dr. Jordi Serra, Dra. Lidia Creus, Dra. Maribel Iglesias.

El 16 marzo 2012 Derma Sagrat Cor SLP, modifica el accionariado para adaptarse a la normativa de Sociedades profesionales y a los médicos adjuntos no accionistas se les dota de un contrato laboral, posteriormente jubilándose el Dr. Tovar. El Profesor Pablo Umbert cesa como Jefe de Servicio en agosto 2012 con motivo de cumplir 70 años y

pasa a Profesor Emeritus conservando sus responsabilidades como dermatopatólogo y cirujano de Mohs, y presidiendo la Asociación Dermatológica.

En setiembre 2012 asumo la responsabilidad como jefe de Servicio apoyada por El Dr. Manuel Sánchez y Dra Iglesias como tutores en docencia. El Dr Jordi Serra responsable de la unidad de uñas, Dra Sola, Dra. Rodríguez en la unida de patología de mucosas, Dr. Manuel Sánchez la unidad de Psoriasis, Dra Marta Redondo la unidad de laser y cosmética, Dra Lidia Creus y Dra Iglesias unidad de pediatría, Dr. Pablo Umbert unidad de dermatopatología y cirugía de Mohs.

Durante el periodo 1987 la actividad científica del servicio es intensa: 83 Trabajos publicados en revistas nacionales, 23 en revistas internacionales, destacando los publicados en revistas de 1º línea; (Actas Dermatovenereol, Actas Dermosifiliograficas, Annales Dermatologie, Archives Of Dermatologie, British Journal of Dermatology, Clinics in Dermatology, Dermatologic Surgery, Dermatologic Therapy, Dermatology, JEADV, Journal of Cosmetic Dermatology, Journal Cutaneous Pathology, Journal Dermatological Treatment, International Journal of Dermatology, Journal of Dermatology, Journal American Academy of Dermatology, Medicina Cutánea I.L.A, Pediatric Dermatology, Piel, Seminars Cutaneous Medicin & Surg, The American Journal Dermatopathology)

- Comunicaciones: 314 reuniones nacionales e internacionales.
- Cursos Internacionales de dermatopatología: 7
- Cursos internacionales de cirugía dermatológica: 4
- Cursos Protocolos para el Médico general: 11
- Simposium: Alopecias (13 febrero 1988)
- Cursos de formulación magistral: 1995 (noviembre), 1997 (Octubre), Enero (2000), marzo (2002), abril (2006)
- Spanish-German Dermatological Friendship Meeting, Ciudadela Menorca, octubre 2000
- Reunión Internacional Club Dermatopatólogos Unna Darier 19-20 abril 2002, hospital Sagrado Corazón Barcelona.
- Jornada Dermatológica Prof. Philip E. Leboit Reunión extraordinaria de la Sección Catalana de Dermatología. Hospital Sagrado Corazón Barcelona 20 Setiembre 2004.
- Jornada del 30 aniversario de la Unidad de psoriasis del Hospital Sagrado Corazón. Barcelona 7 Abril 2006.
- Reuniones y congreso organizados por el Servicio: 47

El futuro del Servicio de Dermatología es prometedor al disponer de una infraestructura sólida y un equipo de dermatólogos que paulatinamente se van renovando siendo en su mayoría discípulos del Servicio. Todos conservamos el sello del entusiasmo, dedicación y ambición que nuestros maestros predecesores han precedido nos han inculcado. ●

Entrevista con el Dr. Pablo Umbert Millet

Hospital Sagrat Cor Noviembre 2012



1. Cómo empezó su interés por la medicina y posteriormente por la especialidad de dermatología?

En la infancia se nos despierta el interés por un mañana esperanzador y, sin duda, mi padre fue la luz y el camino que yo deseaba recorrer. Recuerdo una entrevista de la revista del colegio de los padres jesuitas de Caspe (debía tener 9 años de edad) en que me preguntaban ¿qué querrás ser cuando seas mayor?, mi respuesta fue tajante: como mi padre y mi abuelo: dermatólogo.

Tuve la dicha de realizar prácticas en el último curso de medicina en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico con el recién nombrado catedrático Prof. Joaquín Piñol Aguadé que me acogió como a un hijo introduciéndome en la dermatología hospitalaria, que complementaba con la dermatología práctica privada, en el despacho de mi padre. Estas vivencias de la medicina hospitalaria y privada me han marcado siempre: ciencia y medicina social y liberal.

En el Hospital Clínico me percaté de la importancia de la Anatomía Patológica, al poder ver las patologías traducidas en imágenes histopatológicas, facilitándome el conocimiento gracias a la correlación clínico-patológica. Mis apti-

tudes son mayoritariamente visuales y pobres en memoria, la dermatología era para mí más fácil de aprender.

2. Explíquenos detalles de su formación de postgrado

No quería omitir en esta entrevista, el traslado de mi casa familiar en *Sarrià* a mi habitación del Hospital Clínico. El Prof. Piñol me contrató, como primer médico residente, con sueldo, que por primera vez se creaba en el Servicio de Dermatología. Supuso para mí una gran ayuda, para concentrarme en el estudio de los enfermos de sala que en aquellos momentos eran muy numerosos, alrededor de 30. En mi casa, con 16 hermanos, difícilmente podía concentrarme en mis estudios.

Al finalizar mi residencia opté por irme al extranjero, con gran pena de mi maestro, el Prof. Piñol que intuía la posibilidad de haber podido realizar una carrera universitaria con posibilidades a futuras oposiciones. Opté para una beca del gobierno francés que gané gracias a mi conocimiento de la lengua y a mi pequeño currículum.

Tuve la dicha que el Profesor José María Mascaró, recién llegado al Hospital de San Luis de Paris, me introdujo a su maestro, Profesor Bernard Duperrat, eminente derma-

tólogo y dermatopatólogo. Trabajé durante 4 años como médico adjunto y dermatopatólogo.

Los dos últimos como Jefe Clínico gracias a mi iniciativa de crear el laboratorio de inmunopatología. El profesor Dausset premio Nobel de medicina pocos años después, me facilitó la tecnología de su laboratorio además de sus consejos prácticos de interpretación de los resultados.

Me percaté que la dermatología había hecho un giro de prestigiosa escuela Francesa a la Anglosajona. En los congresos Internacionales, la estrella de nuestra especialidad se centraba en el Prof. Richard Winkelmann "Chairman" de la prestigiosa Clínica Mayo de Minnesota. Opté por una plaza de médico extranjero que conseguí por el periodo de dos años.

Fueron decisivos en mi formación, al adquirir criterios científicos sólidos que aprendía a diario gracias a una metodología bien estructurada y nueva para mí: sesiones clínicas, conferencias diarias, sesiones de residentes, investigación, publicaciones, revisión de laminillas histopatológicas, correlación clínico patológicas etc. Me enseñaron a estructurar un servicio de dermatología que pude desarrollar en Barcelona con mi nombramiento de Jefe de Servicio del nuevo Hospital Sagrado Corazón.

3. ¿A qué escuela cree pertenecer?

Pertenezco a la escuela catalana del Hospital Clínico, a la francesa y, en especial, a la americana de la Clínica Mayo de Estados Unidos.

4. ¿Qué vertiente de la especialidad domina más?

La dermatopatología, la he desarrollado desde que me inicié en la especialidad. Tengo el honor de haber sido ser el fundador y primer secretario del grupo Español de dermatopatología durante 6 años. Actualmente es un grupo muy activo que reúne anualmente durante 2 días a dermatólogos y patólogos con un nivel científico que nada tiene que envidiar al de la Sociedad Americana de Dermatopatología a la que pertenezco.

Introduje en España en el año 1978, juntamente con el hospital de San Pablo, la fotoquimioterapia (PUVA, UVB) en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, como la psoriasis. Fue un tratamiento revolucionario, por su gran eficacia lo que nos permitió formar la unidad de psoriasis, actualmente vigente con una gran demanda.

Fuimos pioneros en los microinjertos capilares, y en los autotransplantes capilares. Dichas técnicas se introdujeron a consecuencia de los cursos internacionales que realizamos en nuestro hospital, con los profesores extranjeros en su mayoría, más prestigiosos del momento. La criocirugía y la terapia fotodinámica, conjuntamente con otros servicios nacionales, hemos sido iniciadores de estas técnicas hoy muy utilizadas en la terapéutica dermatológica.

La cirugía micrográfica de Mohs es, sin duda, mi actividad con más excelencia. Fuimos pioneros en España durante un largo periodo de 5 años. Es la técnica estrella en oncología cutánea todavía a día de hoy. Ha trascendido en

nuestro servicio como diferenciación frente a otros centros hospitalarios, formándose dermatólogos nacionales y extranjeros, hoy día pioneros en sus países.

En Francia, la Dra. Veronique Chaussade; Argentina: Dr. Gastón Galimberti, Chile: Dra. Carmen Gloria Fuentes, Méjico: Dr. Jorge Ocampo, Dra. Mónica Alejandra Morcos, Brasil: Dra. Erica Riveiro, Colombia: Dr. Ivan Diazgranados, Inglaterra: Dra. Fernanda Texeira y en España Dr. Alex Camps, Dr. Augusto Andrés, Dr. JR Garcés etc.

Actualmente es la técnica quirúrgica- patológica que da los mayores índices de curación frente a los carcinomas invasivos, recidivantes, los de alto riesgo así como algunos sarcoma cutáneos. Somos un centro de referencia nacional por más de dos décadas. Disponemos de unas instalaciones idóneas, quirófanos de cirugía menor, el laboratorio con el criostato colindante a los quirófanos.

La excelencia reside la inmediatez que en pocos minutos, gracias a la interacción del cirujano de Mohs, el técnico-a del laboratorio y la lectura inmediata histopatológica, una precisión milimétrica de las células tumorales en el mapa tumoral. El foco positivo es erradicado en el siguiente estadio en pocos minutos erradicando el tumor cutáneo, respetando al máximo el tejido sano. La reconstrucción de la pérdida de substancia la realizamos de inmediato con una mínima morbilidad y buena excelencia cosmética.

Recientemente hemos introducido la técnica del DIC "diagnóstico inmediato cutáneo" que nos permite en 15 minutos realizar el estudio histopatológico frente a tumores cutáneos y realizar de inmediato el tratamiento si procede.

5. ¿Cómo se organiza su servicio?

Es la labor en equipo, donde el primer eslabón es decisivo. Nuestras secretarías, en especial la Sra. Mercedes Bonet y la Sra. Olga Paijã que conocen todas las minuciosidades del departamento, corrigiendo de inmediato problemas frecuentes de programación, información ...

Así mismo son estrechas colaboradoras del equipo, residentes, médicos adjuntos, enfermería etc. En nuestras negociaciones con los diferentes directivos de nuestro centro hospitalario hemos conseguido que estas personas claves fueran inamovibles, avalados por eficacia por la propia institución.

El segundo eslabón es nuestro equipo de médicos adjuntos, que en su mayoría han sido residentes formados y creo haberlos enamorado de la suerte de trabajar en un hospital docente, bien dotado técnicamente y bien estructurado. La docencia, la formación continuada entre nosotros es clave para la satisfacción personal y en la eficacia de nuestra actividad asistencial. Nuestros protocolos de patologías, exploraciones y terapéuticos se renuevan periódicamente.

El tercer eslabón son nuestros residentes, actualmente disponemos de dos por año sumándose los residentes extranjeros y médicos visitantes. Nuestros residentes son las raíces del servicio que nos obligan a estructurar, clarificar, enseñar, y formarles en el diagnóstico y tratamiento. Son



ellos los que nos estimulan. Para mi acudir al las 7h30 minutos por la mañana, preparar casos clínicos, las correlación clínico-patológica es una gran satisfacción y me enriquece. Actualizo mis criterios, a la vez que doy todo lo que tengo de mi experiencia.

6. ¿Cómo consiguió la acreditación del servicio?

Fue un desafío que me obligó a acudir al ministerio de Madrid en repetidas ocasiones y demostrar al comité de acreditación las exigencias, que cubríamos largamente, para conseguirlo. Creo que nos ayudó la organización de los cursos internacionales en cirugía, dermatopatología, patología de las mucosas, cosmética, psoriasis etc. con la asistencia numerosa de la mayoría de los residentes nacionales; el apoyo de la mayoría de las cátedras de España contribuyeron la aceptación como centro acreditado para formación de residentes. Todo esto nos ayudó, sin embargo, el apoyo del catedrático, Profesor José María Mascaró, que avalaba el servicio al responsabilizarse de cubrir aquellas áreas posibles huérfanas de la especialidad, fue definitivo.

Lo más difícil fue el financiamiento de los residentes que, en un principio lo pagaba nuestro Servicio en su totalidad, permitiéndonos seleccionar a los posibles residentes. Sabía que era la mejor inversión. Posteriormente la institución cubría el 50% y en los últimos años en su to-

talidad ya que el dinero procedía de la Generalitat de Cataluña. Se han formado: 30 Médicos Internos Residentes y 29 Médicos asistentes extranjeros. El número de publicaciones: 252, y el número de Comunicaciones: 558. Tesis doctorales: 9.

7. El servicio de dermatología siempre se ha aislado del resto de los servicios, creándonos una pobre relación personal, ¿debería ser estudiada esta situación?

Esto fue cierto en un tiempo pasado, donde solo las interconsultas hospitalarias, los informes clínicos, el laboratorio nos eran suficientes y aparentemente para el exterior poco interactivos.

Ahora, nuestra especialidad está bien fundamentada con la clínica, la histopatología y las técnicas terapéuticas y quirúrgicas que disponemos, gracias a disponibilidades que tenemos. Con el Servicio de Medicina interna son continuas las interconsultas, como el de cirugía plástica, el servicio de hematología, el de imagen radiológica, los laboratorios en general. Con menor frecuencia con las otras especialidades, para casos concretos como la oftalmología, cirugía plástica, cirugía máxilofacial.

Hoy este aparente aislamiento está resuelto, gracias a la rotación de los residentes MIR que conocen todas las actividades del hospital.

8. ¿Cuál es el futuro de la dermatología?

El futuro a nivel general es prometedor. Los residentes con mejor número escogen esta especialidad médico quirúrgica, por su amplitud, por su vertiente práctica con múltiples subespecialidades: médica, quirúrgica, oncológica, dermatopatología, cosmética, investigación etc. Es idónea para las doctoras, permitiéndoles compartir el trabajo con la familia, además de tener mejores retribuciones salariales respecto a otras especialidades.

9. Después de 36 años como jefe de Servicio continúa como dermatopatólogo y cirujano de Mohs, ¿qué ha motivado esta decisión?

Mi motivación por el trabajo en este Servicio es idéntica a la de mis inicios. No me siento todavía el peso de los años y mis mejores horas están todavía aquí.

Me despierto a las 6 de la mañana con la ilusión de venir pronto a leer mis 25 laminillas de histopatología, discutirla con mis residentes. Preparar las sesiones clínico-patológicas y mantenerme al día en mis conocimientos.

Creo que hoy soy mejor médico que antaño a la hora de tratar un paciente, al simplificar y no ampliar exámenes superfluos. Creo más en el criterio clínico actualizado, con la solidez de la dermatopatología, el apoyo y asesoramiento de mis colaboradores expertos en determinadas patologías. Intento dejar que mis ex discípulos tomen iniciativas. Que sean ambiciosos y darles mi consejo en las sesiones clíni-

cas. Debo de agradecerles que me mantengan como presidente de la Asociación dermatológica Pablo Umbert, que se centra en mantener la infraestructura docente con nuestra biblioteca, donde disponemos de todas las informaciones actualizadas, las revistas de los 36 últimos años, encuadernadas, bien clasificadas, la colección de las 170 mil laminillas de histopatología y la colección iconográfica.

Pueden suceder muchas cosas en nuestro hospital universitario, pero siempre el servicio de dermatología ha flotado en las tempestades que hemos sufrido. Les transmito que cada tempestad es una gran oportunidad para merecernos la confianza de la institución y los problemas se resuelven si somos eficaces y rentables económicamente. El binomio docencia – asistencia con excelencia es la piedra que sustenta mi herencia de estos 36 años como responsable del Servicio y de la escuela de dermatología Sagrat Cor.

10. ¿Qué hay detrás del dermatólogo Pablo Umbert?

La respuesta la tenéis en mi despacho que conservo: la presencia de Jesús en el Santo Cristo que conservo desde mi adolescencia. La imagen de mi padre Enrique Umbert de Torrecasana, mi abuelo pionero de la dermatología catalana, de mis maestros, de mis colaboradores, residentes y en especial de mi querida Ida, nuestros tres hijos y cinco nietos. Sin duda Menorca y Can Bac de Santa Pau, son nuestro hogar de retiro que está siempre abierto a mi personal no médico y a mis discípulos a quienes tanto les debo y quiero. ●

PROGRAMA

Reunió del comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

- Presentació d'un cas clínic inhabitual
- Plantejament de problemes de la pràctica assistencial diària.
- Informació d'aspectes singulars, clínics o d'imatge.
- Programa de protocols.
- Programació d'estudis cooperatius multicèntrics.

9 de Novembre de 2012

HORARI: 8.30 H.

Conferència d'inauguració:

"Bioritmes biològics i malaltia vascular cerebral".

Dr J. Jiménez-Conde

Hospital del Mar (Barcelona).

14 de Novembre de 2012

HORARI: 13.30 H.

"Avenços i controvèrsies en el tractament intraarterial a l'ictus agut".

Dra. Aitziber Aleu

Hospital Nuestra Señora del Rosario (Madrid)

23 de Gener de 2013

HORARI: 13.30 H.

"Avenços i controvèrsies en el maneig assistencial dels AITs".

Dr. Francesc Purroy

Hospital Arnau de Vilanova (Lleida).

20 de Març de 2013

HORARI: 13.30 H.

Conferència de cloenda:

"Perspectives de futur immediat i a mig termini en el maneig clínic de les MVC".

Dr. José Alvarez Sabin

Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona).

15 de Maig de 2013

HORARI: 13.30 H.

INVITATS PARTICIPANTS

Dra. Aitziber Aleu

Hospital Nuestra Señora del Rosario (Madrid)

Dr. José Alvarez Sabin

Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)

Dr. Jordi Jiménez-Conde

Hospital del Mar (Barcelona)

Dr. Francesc Purroy

Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Capio Sagrat Cor
Hospital Universitari

Societat Catalana
de Neurologia

XVIII Sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Curs Acadèmic 2012-2013

Acreditat amb 1.2 crèdits pel Consell Català de Formació Mèdica Continuada

Direcció: Dr Adrià Arboix

**Amb el suport de la
Societat Catalana de Neurologia i
El Comitè d'Experts en Malalties Vasculars Cerebrals de la
Societat Catalana de Neurologia**

Sala d'actes de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Visita el nostre blog

<http://annalsdelsagratcor.wordpress.com/>



The screenshot shows the website for 'Annals del Sagrat Cor', issue number 1, 2012. The browser address bar shows the URL: <http://annalsdelsagratcor.wordpress.com/2012/07/18/annals-del-sagrat-cor-numero-1-2012/>. The website header includes the title 'Annals del Sagrat Cor' and the date '18 de juliol de 2012'. The main content area features the title 'Annals del Sagrat Cor' in a large font, followed by the issue information: 'ANNALS DEL SAGRAT COR, número 1, 2012'. Below this, there are links for 'Podeu accedir a la llibreria dels apartats' and 'Editorial: Publiem als Annals'. A section titled 'III Jornades d'Atenció Compartida en Pneumologia Infeccions Respiratòries' lists several articles, including 'Memoria de las III Jornades d'Atenció Compartida en Neumologia. Hermin Manrique Clavero e Ignacio Moncho Pascual', 'L'evolució de contactes dels malalts amb tuberculosi a Barcelona. M^a José Santoni-Balanda', 'Manejo de la neumonía del adulto atendida en la comunidad. Josep M. Cots Yago', 'Presència de la comunitat: salvació des de la perspectiva hospitalària. Josep Enric Boada Port', and 'Encefalopatie infeccioses a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Paper de la infermera gestora de casos. Carmen Bayo'. The right sidebar contains sections for 'Articles recents', 'Articles', 'Categorías', and 'Etiquetas'. The footer includes the text 'accés obert' and 'Biblioteca catalana'.