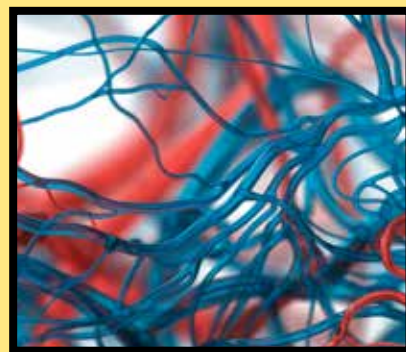


Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2014.
Volum 21. Número 2. Publicació trimestral

EDITORIAL	56
– Formar també en Redacció mèdica	
DEBAT: Narració científica, un oximoron?	57
– Del rigor científic al storytelling. <i>César Morcillo</i>	
– La ciència per als científics, la literatura per als escriptors i periodistes. <i>Adrià Arboix</i>	
– Rigor i voluntat de fer-se entendre. <i>Núria Barrera</i>	
– Divulgació Mèdica: La informació no es conocimiento. <i>Carles Pons de Beristain</i>	
– Comunicuem millor, com més senzillament ho fem. <i>Jordi Delás</i>	
– Responsabilitat i comunicació sanitària. <i>Núria Parra</i>	
– Contar historias o hechos. <i>Nadia El Hilali</i>	
NOTA CLÍNICA	63
– Mutilació genital femenina: què cal saber? <i>Mireia Bernal Claverol</i>	
– Contraccions tonicoclòniques al peu com a símptoma d'una neoplàsia de pulmó. <i>Elena Rodríguez Barber</i>	
– Valor pronòstic de l'anèmia microcítica a la neoplàsia d'esòfag. <i>Luise Werlich</i>	
– Amebiasis simulant síndrome intestinal inflamatòria. <i>Pol Sanz Serra</i>	
– Aspergil·loma: la importància de la microbiologia. <i>Marina Reig Canyelles</i>	
– Pericarditis constrictiva amb fallada biventricular. <i>Teresa Casanovas Braun</i>	
CAS CLÍNIC	79
– Limfoma de Burkitt amb localització retroperitoneal. <i>Joana Rodríguez Montolio</i>	
– Colitis ulcerosa extensa. <i>Naiara Becerril Martínez</i>	
– Infart d'Oment. <i>José Antonio Nova Marqués</i>	
DIAGNÒSTIC PER IMATGES del Servei de Radiodiagnòstic	85
– Cos estrany metàl·lic. <i>Ana María García Correa, Elisenda Grivé Isern</i>	
PRÀCTICA CLÍNICA	87
– Protocol mèdic front un accident biològic. <i>Anna Raboso Fidalgo</i>	
ARTICLE ESPECIAL	89
– Redacció mèdica. Escriure un resum. <i>M^a José Sánchez, Jordi Delás</i>	
COMUNICACIONS	92
– XVI Jornada de la Societat Catalana de Qualitat. Dades i qualitat: un model d'eficiència i millora assistencial. Sant Boi de Llobregat, 19 de Juny de 2014.	
APUNTS. L'Església de l'Hospital	100
Notícies	102





ANNALS del SAGRAT
COR

Publicació trimestral :
4 números l'any

D.L.: B-3794-93

ISSN: 1695-8942

Correspondència:

Biblioteca.
Hospital Universitari Sa-
grat Cor
c/ Viladomat 288
08029 Barcelona
Tel.: 933.221.111
mail: bibhsc@hscor.com

DISPONIBILITAT ELECTRÒNICA

Annals del Sagrat Cor
està disponible online a:
[http://
www.annalsdelsagratcor.org](http://www.annalsdelsagratcor.org)
[http://issuu.com/
annals_sagrat_cor/](http://issuu.com/annals_sagrat_cor/)

LICENCIA DE USO



Annals del Sagrat Cor por
[Hospital Universitari Sagrat Cor](http://www.annalsdelsagratcor.org)
se distribuye bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Amb el suport de
l'associació professional
de metges i titulats
superiors



ANNALS DEL SAGRAT COR

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^o Puigdollers Colás

Director

Jordi Delàs

Coordinació

María José Sánchez

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell de Redacció

Miquel Balcells

Jordi Delàs

Enric Gil de Bernabé

Eduardo Irache

Lucía Mata

Núria Miserachs

María José Sánchez

CONSELL EDITORIAL

Margarita Aguas (Farmàcia)
Jamil Ajram (Pediatria)
Rosa Antón (Cirurgia)
José Aragó (Gastroenterologia)
Adrià Arboix (Neurologia)
Jordi Argimón (Medicina interna)
Isabel Arias (Anestèsia)
Joan Ballesta (Cirurgia plàstica)
Santi Barba (Cirurgia)
Núria Barrera (Medicina família)
Xavier Beltrán (Cirurgia vascular)
Antoni Bosch (Cirurgia)
Jesús Broto (Cirurgia pediàtrica)
Eleuterio Cánovas (Otorrinolaringologia)
Margarita Centelles (Oncologia)
Rosa Coll (Medicina interna)
Maria José Conde (Radiologia)
Emili Comes (Neurologia)
Frederic Dachs (Traumatologia)
Vicente De Sanctis (Anestèsia, dolor)
Nadia ElHilali (Farmàcia)
Francesc Fernández (Medicina interna)
Juanjo Fibla (Cirurgia toràcica)
Javier Foncillas (Cirurgia)
Caterina Fornós (Medicina interna)
Rosa García-Penche (Infermeria)
Maribel Iglesias (Dermatologia)
Albert Isidro (Traumatologia)

Joan Carles Jordà (Infermeria, urgències)
Ana Lozano (Medicina interna)
Joan Massons (Neurologia)
Ignasi Machengs (Oncologia)
Juan Carlos Martín (Cirurgia pediàtrica)
Carles Miquel (Cirurgia vascular)
Montserrat Oliveres (Neurologia)
Núria Parra (Docència)
Olga Parra (Pneumologia)
Antoni Pelegrí (Nefrologia)
Núria Pinilla (Infermeria)
Montserrat Pons (Farmàcia)
Carme Prat (Traumatologia)
Vicenç Querol (Radiologia)
Núria Roca (Medicina interna)
Assumpta Ros (Otorrinolaringologia)
Vicenç Ros (Cirurgia plàstica)
Germán Rosales (Traumatologia)
Jesús Sacristán (Urologia)
Rosario Salas (Medicina interna)
Montse Salleras (Dermatologia)
Manuel Sánchez Regaña (Dermatologia)
Antonio Segade (Cirurgia)
Joan Seguí (Psiquiatria)
Ricard Solans (Medicina intensiva)
Juanjo Sopeña (Pneumologia)
Dolors Sort (Medicina interna)
Ignasi Valls (Ginecologia)

CONSELL ASSESSOR

Siraj Bechich
José Luis Casaubon
Marta Grau
Luis Hernández
Fani Labori

Eduard Mauri
Luis Medina
Laure Molins
César Morcillo
Luis M. Pérez Varela

Cecilia Targa
Pere Torras
Carles Pons
Núria Queralt
Elisabeth Sánchez

ACADÈMIA DELS ANNALS

Cayetano Alegre de Miquel
Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet
Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

Summary

Annals del Sagrat Cor, 2014; Volum 21, Issue 2

EDITORIAL	56
– Discussion: Scientific storytelling, an oximoron?	
DEBAT: Narració científica, un oximoron?	57
– Del rigor científic al storytelling. <i>César Morcillo</i>	
– La ciència per als científics, la literatura per als escriptors i periodistes. <i>Adrià Arboix</i>	
– Rigor i voluntat de fer-se entendre. <i>Núria Barrera</i>	
– Divulgación Médica: La información no es conocimiento. <i>Carles Pons de Beristain</i>	
– Comunicuem millor, com més senzillament ho fem. <i>Jordi Delás</i>	
– Responsabilitat i comunicació sanitària. <i>Núria Parra</i>	
– Contar historias o hechos. <i>Nadia El Hilali</i> .	
CLINICAL NOTE	63
– Female genital mutilation: what must be know? <i>Mireia Bernal Claverol</i>	
– Tonic-clonic seizures in the foot as a symptom of lung neoplasm. <i>Elena Rodríguez Barber</i>	
– Prognostic value of microcytic anemia in esophageal carcinoma. <i>Luise Werlich</i>	
– Amebiasis mimicking inflammatory bowel disease. <i>Pol Sanz Serra</i>	
– Aspergilloma: the significance of microbiology. <i>Marina Reig Canyelles</i>	
– Biventricular failure in constrictive pericarditis. <i>Teresa Casanovas Braun</i> .	
CASE REPORTS	79
– Burkitt lymphoma of retroperitoneal localization. <i>Joana Rodríguez Montolio</i>	
– Extensive ulcerative colitis. <i>Naiara Becerril Martínez</i>	
– Omental infarction. <i>José Antonio Nova Marqués</i>	
DIAGNOSTIC IMAGING	85
– Metallic foreign body. <i>Ana María García Correa, Elisenda Grivé Isern</i>	
CLINICAL PRACTICE	87
– Medical protocol for a biological accident. <i>Anna Raboso Fidalgo</i>	
SPECIAL ARTICLE	89
– Medical writing. Writing an abstract. <i>M^a José Sánchez, Jordi Delás</i>	
COMMUNICATIONS	92
– XVI Jornada de la Societat Catalana de Qualitat. Dades i qualitat: un model d'eficiència i millora assistencial. Sant Boi de Llobregat, 19 de Juny de 2014.	
The church of the hospital	100
News	102

Editorial

Formar també en Redacció Mèdica

Són, en l'actualitat, freqüents les reflexions sobre la conveniència de formar estudiants també en l'àmbit de la redacció científica i mèdica(1). Com hospital universitari, compartim aquesta encàrrec i considerem que la millor manera de portar-lo a terme és animant la publicació d'articles mèdics amb participació d'estudiants o, fins i tot, elaborats per ells mateixos sota la supervisió dels seus tutors.

En aquest exemplar dels Annals del Sagrat Cor ho fem efectiu, amb la satisfacció de presentar, en els apartats de nota clínica i cas clínic, articles elaborats pels nostres estudiants. Breus articles que han de permetre al lector aconseguir experiències clíniques encara que no hagin estat viscudes directament.

El debat incideix en la comunicació mèdica, buscant resposta a si es pot modificar el estil de les revistes biomèdiques.

L'article especial aborda com fer el resum d'un article científic. La dificultat i també bondat d'un bon resum està precisament en la seva brevetat. Ja coneixem àmpliament el terme visita de metge per fer referència a un acte curt però

efectiu. Ho podríem fer extensiu als resums mèdics: dir-ho tot amb molt poques paraules.

Comunicació i qualitat van de la ma. La **XVI Jornada de la Societat Catalana de Qualitat, va tenir lloc a Sant Boi de Llobregat, el 19 de Juny de 2014. Focalitzada a Dades i qualitat: un model d'eficiència i millora assistencial. El nostre Hospital va estar present amb importants aportacions del Serveis de Medicina Intensiva i del Departament d'Infermeria. És una satisfacció posar a la vostra consideració aquests treballs.**

Completa el número l'habitual diagnòstic per imatges del Servei de Radiodiagnòstic.

1) Taype-Rondán A, Palma-Gutiérrez E, Palacios-Quintana M, Carbajal-Castro C, Ponce-Torres Ch, Producción científica estudiantil en Latinoamérica: un análisis de las revistas médicas de habla hispana indizadas en SciELO, 2011. FEM 2013; 16: 186-189.

http://www.educmed.net/pdf/revista/1703/1703_0171_0177.pdf



Debat

Narració científica, un oxímoron?

¿Narración científica, un oxímoron?

Scientific narrative, an oximoron?

Als números d'agost i novembre del 2013 de la revista *Nature methods* va sorgir un debat entre la comunitat científica i la no científica i que encara és vigent. Aquest debat consisteix a preguntar:

Els científics haurien de transmetre els seus resultats tal i com els obtenen, encara que resultin incomprensibles i estèrils a una comunitat no experta (no científica)? O bé, haurien d'utilitzar recursos "literaris" a la manera dels narradors d'històries per tal que el públic no expert comprengui aquests resultats? Podria contemplar-se una tercera opció: que perso-

nes diferents dels científics, per exemple periodistes, comunicassin aquests resultats dels científics.

- Krzywinski M, Cario A. Storytelling. *Nature Methods* 2013; 10(8): 687.
- Should scientists tell stories? [Editorial]. *Nature Methods* 2013; 10(11):1037.

Des del Consell de Redacció em proposat aquest debat als nostres professionals i...

Del rigor científic al storytelling

Cèsar Morcillo Serra

Jefe de Servicio, Medicina Interna. Hospital Sanitas CIMA

Alhora de triar la forma de comunicació se'ns dubta cal conèixer el públic a qui va dirigit. Però igualment crec que el rigor científic i l'emoció no són excoents. Em sembla ideal barrejar l'art amb la ciència per dissenyar quelcom visualment més atractiu però a l'hora medicament exacte. Tot s'hi val amb la finalitat d'augmentar l'atenció i sobretot la retenció del missatge.

Benvinguts doncs els recursos literaris, l'storytelling i fins i tot els còmics, eines poderoses de comunicació que ja en el seu temps la prestigiosa revista *Annals of Internal Medicine* va adoptar com a eina de comunicació mèdica.

"The *Annals of Internal Medicine* wel-

comes submission of original graphic narratives, comics, animation/video and other creative forms addressing medically-relevant topics. Healthcare providers are encouraged to submit work capturing the experiences of those who provide and receive care- be they poignant, thought-provoking, or just plain entertaining. <http://www.graphicmedicine.org/call-for-work-comics-and-the-annals-of-internal-medicine/> ●



grap
hic
medi
cine



MADE COPYRIGHT TROM FERRER 2012

La ciència per als científics, la literatura per als escriptors i periodistes

Adrià Arboix

Els científics han d'exposar els seus resultats amb llenguatge científic, és a dir, de manera, clara, concisa, rigorosa i breu, i amb mesura, sense adjectius qualificatius ni metàfores literàries.

L'objectiu de la ciència és avançar en el coneixement i en la recerca de la veritat, la utilització d'un llenguatge despulat i autèntic ajuda. Els periodistes especialitzats que són universitaris, ja tindran temps d'interpretar i utilitzar recursos literaris i imatges suggerents per fer arribar al públic general aquelles troballes científiques

que siguin d'interès per a l'audiència no especialitzada. Els científics crec que fins i tot, haurien d'adherir-se estrictament —sempre que fos possible— al pensament filosòfic d'Immanuel Kant, —una mica oblidat però amb plena vigència i actualitat— que deia a l'any 1784: “Atreueix-te a veure les coses tal com són i no com te les han ensenyat o com les pensa la majoria; busca i defensa la veritat que tu, personalment i individualment, has trobat; confia en les forces del teu enteniment i passa pel sedàs de l'experiència i de la crítica tot el que et proposen els altres que pensis o facis”. ●

Rigor i voluntat de fer-se entendre

Nuria Barrera

La primera vegada que pensava a escriure aquest article em vaig dir: buff... Per on començaré? Jo pensava que per donar una opinió sobre un tema, i més deixant-la per escrit, haves de ser un expert en el tema, i jo de científica amb resultats que comunicar en tinc poc, i de comunicadora encara menys. És a dir, no sóc precisament una experta. Però tot i així, intentaré dir la meua.

Llegint les opcions proposades, no m'ha costat gaire eliminar la tercera opció, la que diu que persones alienes a la investigació comuniquin els resultats. Però entre la primera i la segona opcions, no ho he vist tant clar.

Penso que els científics haurien de comunicar a la població els resultats dels seus treballs, intentant arribar al públic interessat, probablement força heterogeni, però sense deixar d'utilitzar terminologia científica ni perdre el rigor científic. I com es pot fer això?

El primer que em va venir al cap, va ser la meteorologia i la seva difusió a la televisió. No sé si és un bon exemple, però l'utilitzaré per justificar la meua opinió. Com suposo que pensa molta gent, crec que hi ha un abans i un després en la meteorologia a partir del canvi de format del temps a

la televisió. Em resulta difícil posar una data, més aviat ho relaciono amb l'aparició de la televisió en català. Hi havia un temps, fa molt (gairebé ho recordo en blanc i negre), on la informació del temps venia donada al final de les notícies, on només sortia A, D, i línies isòbares, pràcticament. Semblava una part poc important de les notícies, més aviat un apartat per omplir. Era el moment per canviar de canal o si més no, aprofitar per pensar en una altra cosa...

Però un bon dia, va aparèixer un senyor, un científic, que va començar a parlar de fenòmens meteorològics, de calamarses, d'oratge i d'un munt de conceptes, potser coneguts, però que fins llavors no tenien nom.

Des d'aquell moment sembla que tothom està pendent de l'hora del temps, de la previsió meteorològica i tothom opina del temps. De fet, l'espai del temps s'ha arribat a independitzar i a funcionar com a entitat pròpia. Van sortir fins i tot llibres.

Doncs com si del temps es tractés, hi ha molts temes que es podrien fer arribar a la població amb la terminologia corresponent.

Suposo que hi ha molts altres exemples, novel·les històriques, pel·lícules, però jo he triat aquest. ●

lunes 27 febrero	MAX 26° MIN 14° UV 0.0		
Tempo: a càlid.			
martes 28 febrero	MAX 28° MIN 17° UV 7.5		
Càlid: Probables tormentas y chaparrones aislados por la mañana. Probables lluvias por la tarde a noche. Ascenso de temperatura.			
miércoles 29 febrero	MAX 24° MIN 16° UV 7.6		
Càlid: a temperado. Poca cambio de temperatura.			
jueves 1 marzo	MAX 20° MIN 11° UV 6.9		
Tempo: Poca cambio de temperatura.			
viernes 2 marzo	MAX 23° MIN 11° UV 0.0		
Tempo: Poca cambio de temperatura.			

Divulgación médica: la información no es conocimiento

Carles Pons de Beristain

Cardiólogo

Reza el refrán que “*de fútbol y medicina todo el mundo opina*”, aunque hemos de convenir que parece más sencillo comprender las tácticas de Guardiola que adentrarse en el complejo mundo de la Ciencia Médica.

Nos encontramos en la Sociedad de la Información y ésta nos bombardea por medios visuales, locutados o mediante la búsqueda personal a través de la red.

Todos queremos saberlo todo, desde esferificar tomates a comprender la paradoja del gato de Schrödinger y parece que Google nos lo permite, pero es obvio que sin formación básica, conocimiento de la jerga y el estudio de las variables, nuestro conocimiento será parcial, sesgado y finalmente erróneo. La información no es conocimiento (la frase es mía, querid@ lector@, pero si no lo fuera que la amnesia me redima del plagio).

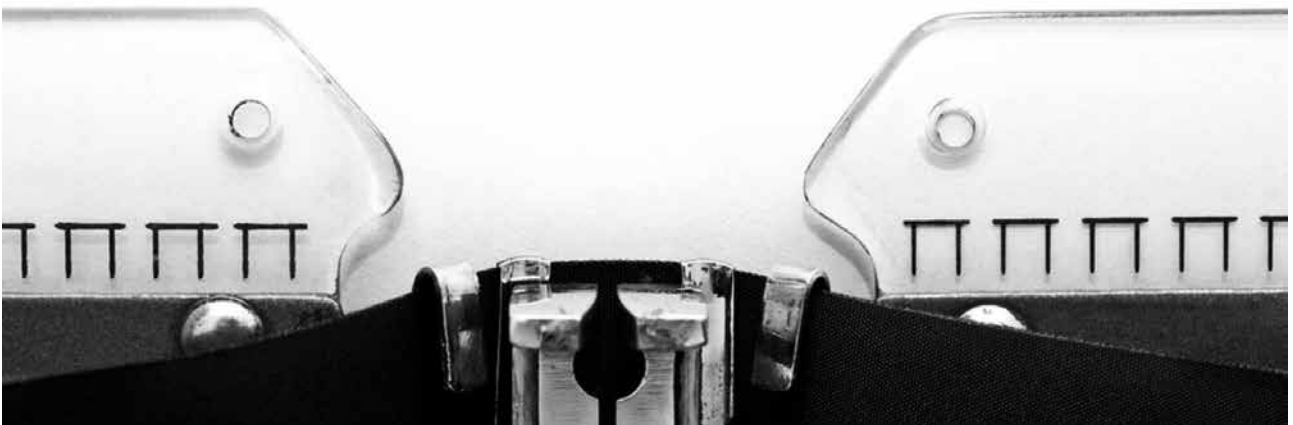
¿Cómo se debe transmitir el caudal de información médica que se genera?, ¿los médicos únicamente o con ayuda de

informadores especializados?, ¿mediante información directa o través de símiles o pequeñas historias? Hay que recordar que Jesucristo utilizaba parábolas para explicar el Reino de los Cielos y al menos en la tierra, no le fue muy bien.

Por otro lado parece demostrado que cuantos más intermediarios existan entre el origen de la información y el informado, mas errores se van a generar.

¿Es veraz toda la información médica que se genera?, por supuesto que no. Las necesidades curriculares, el Síndrome de los cinco minutos de Warhol, la propia pequeña vanidad, hace que los médicos actuales seamos tremendamente mendaces, pero no somos diferentes a los grandes científicos de la historia: Galileo, Newton, el abad Mendel, Robert Gallo, son ejemplos de experimentos que no se realizaron, se realizaron de manera diferente o simplemente cometieron fraude científico. Pero eso, amigo Kipling, sería tema para otro debate. ●

What's your story?



Comuniquem millor, com més senzillament ho fem

Jordi Delás

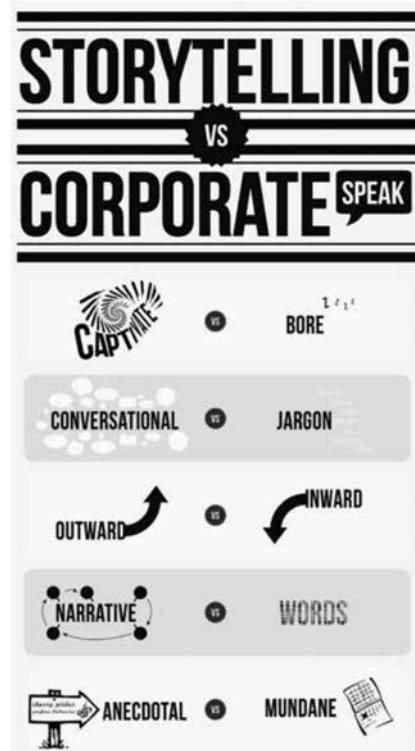
En la redacció mèdica i científica el rigor no hauria de ser contrari a la voluntat d'aconseguir un text agradable i fàcil de llegir. Un text avorrit no és més científic. És senzillament més avorrit.

Cal explorar fins i tot alternatives a l'ordre habitual de les publicacions científiques on la sistemàtica introducció, material, resultats, conclusions pot repetir i allargar innecessàriament conceptes similars.

Les notes clíniques constitueixen una forma senzilla de mostrar com es poden explicar de manera entenedora i accessible el que ha passat com si es tractés d'una història, una història clínica.

Cal també tenir present, el lector. Articles acceptats de bon grau pels revisors de revistes no troben lectors per les dificultats de comprensió que suposen. Reiteradament s'ha recordat la conveniència d'evitar abreviatures, paraules quasi exclusives d'una especialitat en publicacions generalistes.

Emmarcat el debat en *Annals del Sagrat Cor*, el to de la redacció dels nostres texts pot ser el d'explicar novetats científiques a companys de l'Hospital. De manera senzilla, didàctica, entenedora. Buscant l'ideal equilibri de no deixar fets importants sense explicar ni tampoc caure en la banalitat. Escrivim millor com més senzillament escrivim. Encara que hàgim de recórrer a explicar històries. ●



Responsabilitat i comunicació sanitària

Núria Parra

Informar sobre la recerca dels problemes de salut i sobre els riscos i beneficis de les intervencions mèdiques és un assumpte complicat per qualsevol informador, sigui científic, professional de la salut, periodista o divulgador. I entre altres coses, això és així perquè darrera de cada missatge de salut hi ha —o hauria d'haver-hi— números. Els resultats de la investigació mèdica s'expressen amb números i dades estadístiques que els resumeixen i sovint, no són fàcils d'entendre.

L'omnipresència del càlcul de probabilitats en recerca clínica fa que la informació biomèdica sigui quelcom massa tècnic i complex, no només per la ciutadania sinó també pels informadors i sovint per la mateixa comunitat mèdica. Un estudi d'Odette Wegwarth(1) en què van participar metges dels Estats Units indica que els clínics presenten dificultats per

comprendre les estadístiques de les publicacions científiques. I si és així, si nosaltres mateixos no comprenem allò que llegim, fins a quin punt podem transmetre un missatge pur als nostres homòlegs i a la ciutadania en general? D'altra banda, és necessari que el missatge sigui pur o només essencial? I qui està més preparat per a transmetre un missatge essencial? El periodista o el científic?

Com a metge, estadística, traductora, estudiant de comunicació i ciutadana exposada als mitjans de comunicació responc aquestes preguntes amb cert relativisme en funció del rol que prengui. Agafem el paper de traductora mèdica com a punt de partida per a aquesta discussió: a traducció existeix el concepte de traducció heterofuncional, en què el text original i el text traduït tenen dues funcions diferents per raons

culturals i expectatives del receptor del text final. Al meu parer, la comunicació científica hauria de respondre de la mateixa manera: quina tècnica fem servir per tal de cobrir la demanda del públic a qui ens adreçem, defugint de la transmissió enganyosa.

L'excusa (o trista realitat...) de què l'estadística és l'art de torturar els números fins a aconseguir que diguin allò que un vol que diguin no hauria de servir a la comunitat científica d'excusa per no entregar-se a la seva interpretació, i saltar directament de la secció d'objectius d'un article científic a la de conclusions, negligint la dels mètodes (que per a més inri, algunes editorials ja la publica fins i tot amb un tipus de lletra més petit) i passant de puntetes per la de resultats. Un article científic s'adreça per excel·lència a homòlegs, a una comunitat científica que sense necessitar de ser estadístics, se'ls suposa coneixement per a comprendre el missatge pur. I si més no, és imperdonable que aquests receptors homòlegs no apliquin el seu filtre crític mitjançant tècniques de medicina basada en l'evidència o similars per dissecar l'imbricat de valors p, risc relatiu, riscos absoluts i dissenys metodològics i traduir-los a sentències que puguin aplicar a la seva pràctica clínica (o no) amb un perquè justificat al darrera.

Sense aquest exercici previ, el clínic difícilment podrà extreure'n un missatge essencial i convincent que respongui a la informació que ens demanen els pacients. Com a ciutadans estem exposats als impactes dels mitjans de comunicació i de la publicitat. I tot que el periodista cerqui acostar-se obstinadament a la transmissió de la veritat, en l'àmbit de la salut, les conclusions dels estudis científics expressats en números ens parlen sempre d'una incertesa, d'una probabilitat més o menys provada, d'una tendència a esperar uns resultats. Clàssicament el periodisme manega força malament la comunicació de la incertesa (no deixeu de llegir el llibre *'El tigre que no està. Un paseo por la jungla de la estadística'*(2), especialment si sou periodistes o polítics) i produeix missatges taxatius que converteixen sentències estadístiques, sempre relatives, en veritats absolutes que des d'un punt de vista mèdic, poden confondre els pacients. Aquestes sentències en mans dels publicistes són encara més perilloses, especialment quants aquests serveixen a la indústria farmacèutica, certes institucions acadèmiques i en general, a qualsevol que cerqui notorietat no sempre ben ancorada en principis ètics.

Ho il·lustraré amb un exemple. L'hospital Mount Sinai, a Nova York, presenta la següent campanya: "*An aneurysm is a death sentence. We have the power to grant you a pardon*". Missatge



eficaç per a contribuir a un clima d'ansietat, oi? Fa servir l'estratègia de generar por i esperança alhora. S'exagera un risc (un aneurisma és una sentència de mort) per fer sentir la ciutadania vulnerable, però alhora exagera un benefici per poden oferir (o vendre...) per reduir aquest risc (al Mount Sinai li oferim el perdó). Què faríeu amb un pacient que arriba a la consulta qui per una ecografia casual li sona que li van dir que tenia un petit aneurisma i que porta el pamflet d'aquesta campanya a la mà? La major part dels

aneurismes trobats de manera incidental són petits i no creixeran mai el suficient com per produir complicacions. I no sé fins a quin punt les xifres de mortalitat quirúrgica, per minses que siguin, poden interpretar-se com a perdó. Presentaríeu al pacient estudis científics epidemiològics sobre aneurismes? Probablement tampoc. Però cal el coneixement i la interpretació d'aquests estudis per tal que puguem fer la traducció heterofuncional de què parlàvem a l'inici i donar resposta a les inquietuds del nostre pacient.

Com a conclusió, en el món de la comunicació científica hi cabem tots, cadascun amb el seu grau de responsabilitat. Els mitjans de comunicació, transmissors d'informació a través de persones alienes a la investigació, sovint són la primera presa de contacte massiva que la ciutadania té amb els missatges relacionats amb la salut. Com a científics, la nostra font primerenca prové de les publicacions científiques. I això és així perquè ni nosaltres podríem basar la nostra pràctica clínica en els missatges dels divulgadors ni la ciutadania general se sentiria atreta pels missatges purs procedents dels articles científics. La comunicació mèdica que empara la relació dels professionals de la salut amb els nostres pacients és el marc ideal per a confrontar tots dos tipus de fonts d'informació. I així com és mínimament exigible que els divulgadors en salut presentin una certa formació en mètodes científics, també ho és que els professionals en salut es formin en tècniques de comunicació de la relació humana.

1. Wegwarth O, Schwartz LM, Wolosin S, et al. *Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States*. Ann Intern Med. 2012;156:340-9.
2. Blastland M, Dilnot A. *El tigre que no està: un paseo por la jungla de la estadística*. Madrid: Turner publicaciones, 2009. ●

Contar historias o hechos

Nadia El Hilali Masso

Los datos “crudos” obtenidos en una investigación pueden resultar más comprensibles o atractivos si se añaden algunos recursos lingüísticos a la redacción. Estos recursos harían posible que lectoras/es de la “comunidad no científica” pudieran valorar los hallazgos dentro de la contextualización ofrecida por el narrador.

Estoy de acuerdo en que una exposición de los datos que utilice unas afirmaciones muy atractivas o rotundas pueda sobredimensionar los resultados o incluso restarles el valor que tienen. El hecho de intentar corregir, reconducir, “re-explicar” lo ya expuesto resulta más complejo y más confuso que una explicación inicial menos “retórica” de los datos. ●

$$\left(\frac{1 \text{ historia}}{X \text{ soportes}} \right) \times Y \text{ usuarios} = \infty \text{ historias}$$

 tokitan.tv

Mutilació Genital Femenina: què cal saber?

Mutilación Genital Femenina: ¿qué debemos saber?

Female Genital Mutilation: what must we know?

Mireia Bernal Claverol

Facultat de medicina, Universitat de Barcelona

RESUM

La mutilació genital femenina (MGF) és el nom genèric donat, segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), a aquelles pràctiques que impliquen l'extirpació total o parcial dels genitals externs femenins o altres agressions als òrgans genitals de les dones per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica, i es dona generalment en nenes entre les dues setmanes i els 14 anys d'edat a països de l'Àfrica Subsahariana.

Si bé aquesta definició pot semblar aliena a la nostra realitat, és un fet constatat que amb la immigració de famílies africanes subsaharianes, ha augmentat l'aparició de dones mutilades i nenes en risc imminent de patir l'ablació a Europa.

Es planteja l'actual rellevància de fomentar l'educació i la formació en el maneig de situacions de MGF dins l'equip professional sanitari. Es descriuen les possibles complicacions derivades d'aquesta pràctica, i la importància d'una bona comprensió del context sociocultural per a la mediació de futurs conflictes ètics. La realització d'una petita enquesta a estudiants de medicina ha permès valorar la percepció i formació que tenen els futurs metges sobre el tema.

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is the generic name given, according to the World Health Organization, to all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for cultural or religious reasons, or any other non-therapeutic, and is nearly always carried out on minors within two weeks on birth and 14 year-old in sub-Saharan Africa countries.

While this definition may seem alien to our reality, it is a proven fact that the immigration of sub-Saharan families has increased the occurrence of mutilated women and the children in risk from suffering ablation in Europe.

We argue the relevance of promoting education and training in the management of FGM cases within the health care team. We describe the possible complications derived from this practice and the relevant understanding of socio-cultural environment in order to mediate in future ethical conflicts. The results from a survey conducted among medical students allow us to evaluate the training of future doctors about that subject.

Paraules clau: mutilació genital femenina; immigració; ètica; educació premèdica; programes d'educació.

Key words: Female genital mutilation; immigration; ethics; premedical education; training programs.

Rebut: 25 d'agost de 2014.

Acceptat: 2 de setembre de 2014.

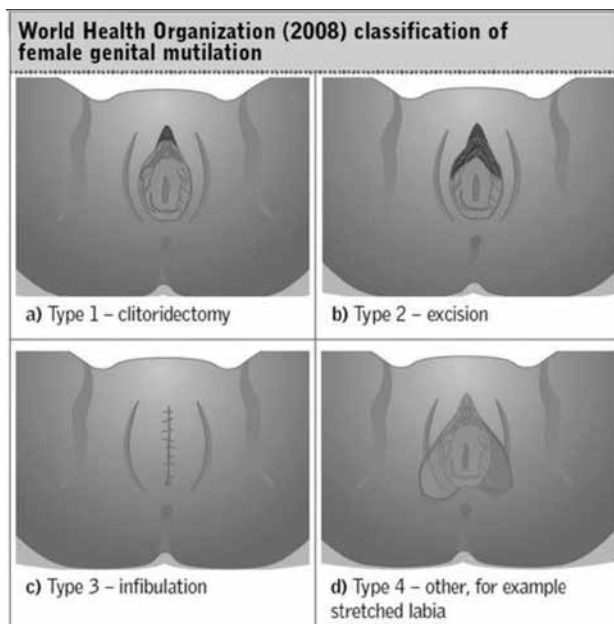
Correspondència: m.b.claverol@gmail.com

INTRODUCCIÓ

Es creu que unes 125 milions de dones i nenes a Àfrica i Orient Mitjà estan vivint amb les conseqüències de la mutilació genital femenina (MGF) i sobre 140 milions arreu del món, sent 8 milions les que han experimentat el tipus III/IV(1) Figura 1. Aquesta situació, degut a la globalització i la immigració, és una realitat present en milers de nenes de famílies immigrants a Europa.

Les causes socials i culturals són complexes i varien d'acord amb el país d'origen, però es sol associar a valors com preparar a la filla pel futur matrimoni, comportament sexual adequat, virginitat, fidelitat marital, feminitat, modestia, puresa, neteja, estètica, tradició, pressió social i por a l'exclusió social i al rebuig de futurs marits. Cal destacar que solen ser les dones, i no els homes, les que prefereixen aquesta pràctica en les seves formes més avançades (tipus III-IV), per amor, compassió i preocupació per les seves filles(2).

Figura 1. Tipus de mutilacions genitals femenines existents segons el grau d'extensió i gravetat.



Una realitat europea: paper del metge

S'estima que Catalunya, seguida de Madrid, és la comunitat autònoma espanyola amb major prevalença de dones de nacionalitats subsahariana: de les 14.506 dones subsaharianes a Espanya, més d'un terç es troben a Catalunya(3). I es va calcular que d'aquestes, 10.500 eren nenes en risc de patir l'ablació al 2010(4). El paper del metge en aquest àmbit és crucial. Per una banda, ha d'identificar nenes en risc o recentment mutilades, principalment famílies d'origen subsaharià de visita al país natal imminents(5). L'apatia, depressió, canvis de caràcter, caminar amb les cames o molt juntes o molt separades, pal·lidesa i anèmia subaguda, astènia i neguit a l'hora d'asseure, són exemples d'indicadors que podrien fer sospitar al pediatra d'una recent mutilació.

Per altra banda, el metge ha d'assegurar l'atenció neutra, empàtica i professional a la pacient adulta que presenti una MGF prèvia, sigui el motiu de consulta una complicació d'aquesta o no.

Tant els pediatres, pel primer cas, com els metges de família, pel segon cas, i evidentment els ginecòlegs i obstetres com a especialistes de l'aparell genital femení, han de ser capaços d'identificar i preveure possibles complicacions que es derivin de la MGF i conèixer la seva resolució.

Com a complicacions immediates caldria esperar dolor agut per manca d'anestèsia, xoc hipovolèmic, infeccions com el VIH, hepatitis o tètanus, sepsis, retenció urinària, úlceres genitals i dany als teixits adjacents. A llarg termini són freqüents les infeccions del tracte urinari i vaginals recurrents, i poden aparèixer quists, queloides, fibrosis, fistules rectovaginals i vesiculovaginals, dismenorrea, hematocolpos, prolapse uterí i rectal, limfedema, anèmies cròniques i infertilitat. A més, augmenta el risc de complicacions al part i de mort neonatal. La necessitat d'obrir la vagina en el moment del part (així com de tancar-la de nou en alguns països després d'aquest), també augmenta les probabilitats de patir alguna de les mencionades complicacions.[6] Malgrat la mancança de bibliografia al respecte, no es pot oblidar la vessant psicològica de la víctima, que pot implicar ansietat i pors(3).

MATERIAL I MÈTODES

Per valorar la percepció de les futures generacions de metges sobre la MGF i la formació que es rep a la universitat al respecte, es va realitzar una enquesta *online* a 118 estudiants de medicina de Catalunya.

RESULTATS

Un 94% dels enquestats referien haver sentit a parlar sobre la MGF, principalment a la televisió (67%) i internet (53%). En quant als sentiments referits pels estudiants envers aques-

ta pràctica, l'espectre de paraules utilitzades englobava sentiments de: "repugnància", "aversió", "incredulitat", "frustració", "horror" i "pena". La complexitat d'haver de manejar una situació d'aquestes característiques és, doncs, palpable, sobretot sense una prèvia formació. La major part dels enquestats coneixia o deduïa les possibles seqüeles mèdiques de nenes i dones mutilades, però destacaven la desinformació respecte les repercussions socials dins la seva comunitat, així com les conseqüències d'infertilitat. Un notable 75% dels estudiants refereix no haver tractat aquest tema al llarg dels seus estudis universitaris, (Figura 2) i un 86% desitjaria haver-ho fet. (Figura 3)

Figura 2. Resultats de la pregunta "Alguna vegada t'han parlat de la mutilació genital femenina a la universitat?", on la gran majoria va respondre que no, 9% a una opiativa i només el 16% a una assignatura troncal.

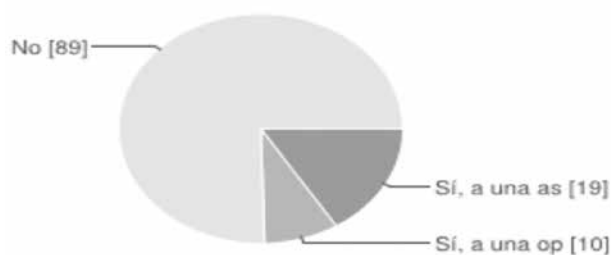
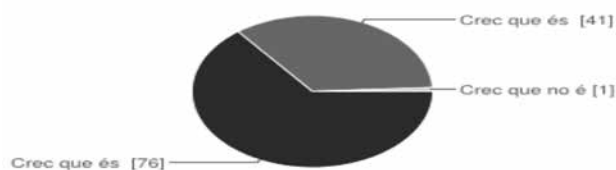


Figura 3. Resultats a la pregunta "Respecte a l'educació rebuda a la facultat de medicina sobre la MGF...", 86% dels enquestats haguessin volgut que els parlessin més del tema.



Tot i que un 64% creu que aquests coneixements són fonamentals per a futurs professionals sanitaris, encara hi ha un 35% que no ho considera crucial si es vol exercir en països desenvolupats o europeus. (Figura 4). Finalment, 95% dels enquestats consideraven necessari que els ginecòlegs i obstetres estiguessin àmpliament formats en el maneig de la MGF, seguits de metges de família (92%) i pediatres (87%).

Figura 4. El 64% considerava fonamental conèixer bé la MGF per a futurs professionals, i un 35% ho trobava interessant però no crucial si un volia exercir a països desenvolupats.



DISCUSSIÓ

La primera reacció d'un metge al conèixer l'existència d'aquesta pràctica pot ser d'incredulitat, xoc i aversió. Els metges que afrontin situacions de MGF es trobaran amb el conflicte entre els valors de la professió mèdica i la tendència a imposar el principi de beneficència per sobre de la complexitat sociocultural, els propis valors morals i socials, i aquells valors aliens del pacient. Sigui quin sigui aquest conflicte, es tractarà de crear un clima de relació propera de confiança enlloc de superioritat distant, promovent la tolerància, la flexibilitat i la informació descriptiva, enlloc del judici rígid. L'objectiu serà poder oferir atenció professional a la pacient adulta que la necessiti, així com actuar en la prevenció d'aquesta violació dels drets humans i a favor de la protecció infantil(4).

L'actitud paternalista i moralitzant pot ofendre les pacients, inhibint una futura atenció mèdica en detriment del pacient i dels seus familiars. Es pot fàcilment trencar la confiança, element essencial per poder tractar delicadament el tema de la MGF i els danys potencials de la seva pràctica. Conseqüentment, la desconexió de l'equip sanitari pot portar a situacions incòmodes i ofensives per la pacient així com a una manca de professionalitat en el seu maneig, que allunyarien a la pacient del potencial benefici que representa l'acurada atenció mèdica. Seran necessàries habilitats de comunicació, maneig de conflictes, negociació, empatia, tolerància, professionalitat i confidencialitat(4). I només en els casos d'alt risc per les menors, quan tota comunicació iniciada ha estat fallida, es recorre a la legislació vigent que il·legalitza i penalitza la MGF de residents espanyols, tant si es dona a Espanya com si es dona al país d'origen(3).

És per tot això que la formació dels futurs metges hauria de ser exhaustiva, recalcant la importància del coneixement d'aquesta pràctica fins i tot si es pretén treballar a un país europeu com el nostre(6).

En conclusió, la desinformació sobre el context sociocultural que engloba la MGF, així com sobre les conseqüències mèdiques d'aquesta pràctica, no podrà en cap cas conduir a l'èxit en la seva prevenció i maneig. El metge haurà de fer front al repte que suposa donar una bona atenció mèdica als pacients amb creences i tradicions diferents de les seves pròpies, per promoure relacions de confiança i tolerància que invitin al diàleg i la prevenció de futurs casos de MGF al nostre país.

Per això, la formació dels futurs metges, tant en la identificació de riscos com en el maneig de complicacions, és necessària i cal que sigui reforçada.

No podem oblidar que vivim en una societat globalitzada amb una creixent immigració, i el rol d'un bon metge ha de ser el d'assolir la millor atenció sanitària per a tothom.

BIBLIOGRAFIA

1. Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumcised in Africa. Maryland: United States Agency for International Development; 2008. **This report was written at the request of the World Health Organization.*
2. Berg RC, Denison E. A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care Women Int.* 2013; 34: 837-59.
3. Bedoya M, Bermúdez K, Goberna J, et al. Mutilació genital femenina: prevenció i atenció. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2006
4. Ramírez M, Carmona A. Guía para profesionales: la MGF en España. Prevención e intervención. 2ª ed. Madrid: UNAF; 2013.
5. Bessa E, Castella E, Lizana T, et al. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per la Immigració, Generalitat de Catalunya; 2007.
6. Andro A, Cambois E, Lesclingand M. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med.* 2014;106:177-84. ●

PUBLICACIÓ

Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina

La Direcció General per a la Immigració ha publicat aquest protocol que podeu trobar al següent enllaç:

http://benestar.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/immigracio/recursos_professionals/prevencio_mutilacio_genital/



Contraccions tonicoclòniques al peu com a símptoma d'una neoplàsia de pulmó

Convulsiones tónico-clónicas en el pie como síntoma de una neoplasia de pulmón

Tonic-clonic seizures in the foot as a symptom of lung neoplasm

Elena Rodríguez Barber

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona

CONCEPTES CLAU

- Davant convulsions tonicoclòniques s'ha de fer una exploració radiològica de la regió cerebral.
- Remarcar la importància de relacionar els diferents signes i símptomes a l'hora de realitzar un diagnòstic.
- Una proporció considerable de les convulsions en adults amb càncer sistèmic es deuen a metastasis intracraneals.

KEY POINTS

- Faced with tonic-clonic seizures symptoms, a neuroimaging study of the brain should be performed.
- Emphasize the importance of assessing both the signs and symptoms in order to make a diagnosis.
- A considerable proportion of seizures among adults with systemic cancer arise due to intracranial metastasis.

Paraules clau: convulsions; epilèpsia tonicoclònica; neoplàsies pulmonars; metastasis cerebrals.

Key words: seizures; epilepsy, tonic-clonic; lung neoplasms; brain metastasis.

Rebut: 15 de juliol de 2014

Acceptat: 2 de setembre de 2014

Correspondència: erodriba13@alumnes.ub.edu

INTRODUCCIÓ

Les crisis convulsives són símptomes neurològics sovint associats a una hiperactivitat d'una regió o de la totalitat del cervell. Es caracteritzen per la contracció i distensió repetida de diversos músculs de l'organisme, provocant moviments bruscos i descontrolats.

Les crisis parcials són aquelles que cursen sense que hi hagi alteració del nivell de consciència, i això és moltes

vegades degut a que no es troba afectat tot el cervell, sinó només una zona. Aquesta afectació pot ser causada per una lesió orgànica, com pot ser una o varies masses tumorals. És important que davant d'una simptomatologia de convulsions tonicoclòniques es faci una exploració radiològica de la regió cerebral per poder observar si hi ha alguna causa extirpable quirúrgicament que la produeixi.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 54 anys que, trobant-se prèviament bé, refereix dificultat al caminar i pujar escales dos mesos abans, degut a episodis d'uns 30 segons en què nota sensacions estranyes a la cama esquerra, descrites com a pèrdua de força o dificultat per calcular distàncies a l'hora de pujar esglaons. El dia d'ingrés al matí, pateix un episodi de parestèsia d'uns 2-3 minuts, que va des dels dits del peu esquerre fins al genoll. A més a més, pateix contraccions tòniques al peu i cama esquerra que no el deixen caminar.

Antecedents personals: És fumador de 68 paquets de tabac/any. Beu uns 18g/alcohol al dia. La seva mare va

morir de càncer de mama i el seu pare de càncer de pulmó metastatitzat. No refereix al·lèrgies ni intoleràncies a aliments o fàrmacs.

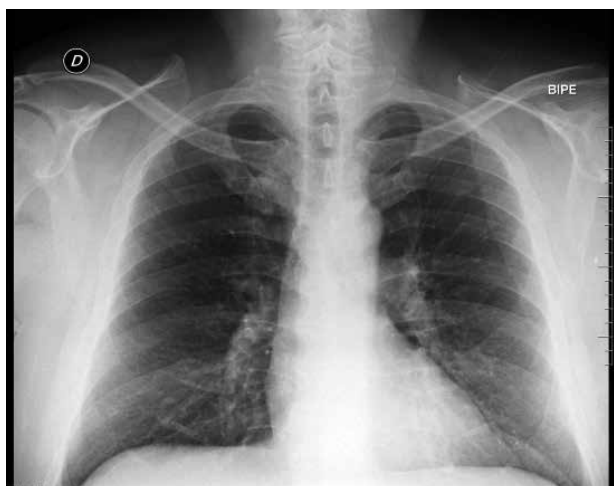
Antecedents patològics: migranyes amb aura premonitòria des dels 12 anys, hipertensió arterial, dislipèmia, bronquitis crònica simple, rampes generalitzades, perforació del timpà dret a causa d'un drenatge fix que no suposa problemes auditius, fístula sacra tractada quirúrgicament.

Exploració física: estat general orientat i conscient. Normocolorejat i normohidratat. Pressió arterial: 134/68 mmHg, freqüència cardíaca de 76 pm, temperatura de 35.7°C i saturació basal d'oxigen del 95%.

Les exploracions respiratòria, cardíaca i neurològica són normals. L'exploració abdominal és també normal però s'observa la presència d'una taca fosca morada amb un punt negre al centre que el pacient creu que no tenia abans.

Exploracions complementàries

Radiografia de tòrax: Diafragmes normals. No hi ha cardiomegalia. Silueta cardíaca normal. Hilis engruixits per les dues bandes. A la part més medial del lòbul superior dret imatge d'augmentada densitat.



Anàlisis de laboratori: tots els valors es troben dins de la normalitat.

Tomografia Computeritzada (TC) cranial: s'observen diversos focus tumorals a l'hemisferi cerebral dret.

TC toràcic: S'observa una massa pulmonar compatible amb la condensació que es veia a la radiografia de tòrax. Es realitza una biòpsia per punció guiada amb ecografia de la massa pulmonar.

Medicació en curs: Losartan + Hidroclorotiazida 100 mg/24 h; Ibuprofè 500 si precisa; Almagato (Almax) si precisa.

Orientació diagnòstica: s'orienta el diagnòstic cap a una neoplàsia pulmonar amb metàstasis cerebrals, possibles causants de les convulsions tonicoclòniques del peu esquerre.

DISCUSSIÓ

L'aparició d'una simptomatologia tan específica com poden ser les convulsions tonicoclòniques pressuposa una bona selecció de les exploracions complementàries a realitzar per tal d'orientar més acuradament el diagnòstic, podent estalviar temps d'estada i d'incertesa al pacient.

En aquest cas, la causa de les crisis comicials va poder ésser diagnosticada ràpidament gràcies a les imatges obtingudes al TC. El tractament té dos objectius principals: per una banda, eliminar les metàstasis cerebrals; per una altra, el carcinoma primitiu de pulmó.

Les metàstasis del cervell poden ser extirpades, irradiades o bé tractades amb quimioteràpia. S'ha vist que l'ús de fàrmacs no dona els resultats esperats ja que és molt difícil que aquests puguin travessar la barrera hemato-encefàlica. Segons la bibliografia, el que més es recomana és la combinació d'una resecció quirúrgica seguida d'irradiació (2). Amb l'eliminació d'aquests focus metastàtics, es creu que els símptomes relacionats amb les convulsions tonicoclòniques desapareixerien.

Moltes vegades però, el tractament no podrà ésser quirúrgic sinó que s'haurà de recórrer al tractament mèdic amb fàrmacs antiepilèptics. En aquests casos, és important ajustar les dosis i monitoritzar el pacient, ja que l'administració de quimioteràpics juntament amb antiepilèptics pot portar a una interacció metabòlica, causant una possible hepatotoxicitat(1).

Pel que fa al càncer de pulmó, el tractament d'elecció en els primers estadis és la cirurgia. Ara bé, si el càncer ja ha metastatitzat, es recomana quimioteràpia, ja que permet una major supervivència i una millor qualitat de vida (3).

Cal tenir en compte el mal pronòstic que poden presentar els pacients amb càncer de pulmó amb metàstasis cerebrals. Això és degut a que la zona cerebral és molt difícil d'abordar des d'un punt de vista terapèutic (4). A més, cal valorar que qualsevol càncer que ja s'ha estès tindrà una evolució molt més complexa que no pas un que encara es troba en una única localització.

BIBLIOGRAFIA

1. Vecht CJ, Wagner GL, Wilms EB. Treating seizures in patients with brain tumors: drug interactions between anti-epileptic and chemotherapeutic agents. *Semin Oncol*. 2003; 30(6 Suppl 19): 49-52.
2. Chi A, Komaki R. Treatment of brain metastasis from lung cancer. *Cancers (Basel)*. 2010; 2(4): 2100-37.
3. Larsen JE, Cascone T, Gerber DE, Heymach JV, Minna JD. Targeted therapies for lung cancer. *Cancer J*. 2011; 17(6):512-27.
4. Hatiboglu MA, Wildrick DM, Sawaya R. The role of surgical resection in patients with brain metastases. *Ecan-dermedicalscience*. 2013; Apr 7: 308. ●

Valor pronóstico de la anemia microcítica en neoplasia de esófago

Valor pronòstic de l'anèmia microcítica a la neoplàsia d'esòfag

Prognostic value of microcytic anemia in esophageal carcinoma

Luise Werlich

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor.

CONCEPTOS CLAVE

- La anemia es un síndrome y es obligado determinar la etiología o causa subyacente, antes de instaurar el tratamiento de la misma
- Aunque representan sólo un 6% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal en EEUU, las neoplasias de esófago causan un número desproporcionado de muertes.

KEY POINTS

- Anemia is a syndrome and it is required to determine the etiology or underlying causes, prior to initiate any treatment.
 - In the US, carcinoma of the esophagus represents about 6% of all cancers of the gastrointestinal tract but causes a disproportionate number of cancer deaths.
-

Palabras clave: anemia; anemia ferropénica; neoplasias esofágicas

Key words: anemia; anemia, iron-deficiency; esophageal neoplasms

Recibido: 16 de junio de 2014

Aceptado: 1 de julio de 2014

Correspondencia: frielu@aol.com

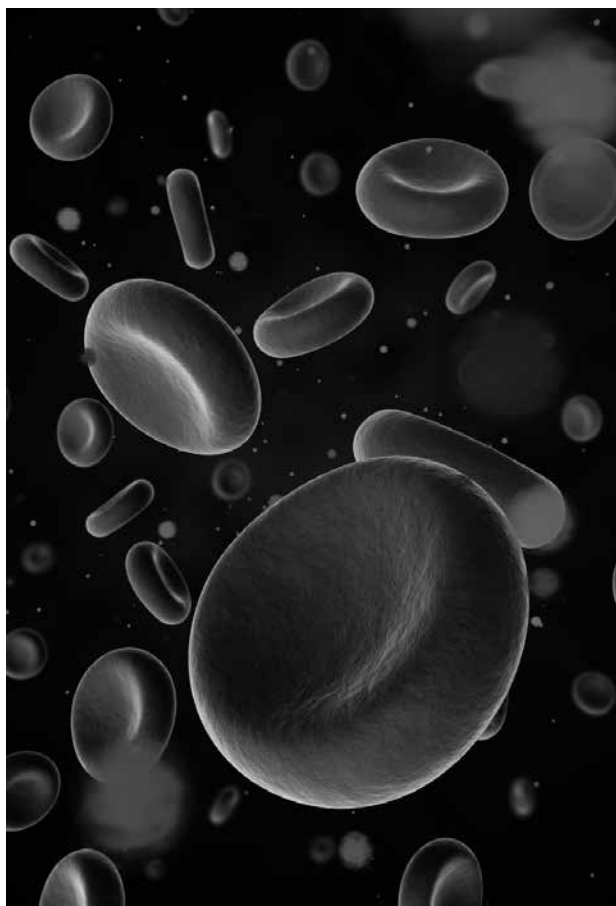
En esta ocasión quisiéramos llamar la atención en relación a la neoplasia de esófago como posible etiología de la anemia ferropénica.

CASO CLÍNICO

Varón de 79 años que acude a consulta por astenia, anorexia, pérdida de peso más marcada en los últimos 25 días. En los análisis de sangre, Hemoglobina 7,6 g/dL, hematocrito VCM 78 fL, eritrosedimentación 69 mm, ferritina 10 ng/ml. Resto de los valores dentro de los parámetros normales. Durante su estancia se realiza colonoscopia que muestra diverticulosis masiva sin aparente evidencia de lesiones mucosas. No se consigue franquear ángulo hepático por la abundante cantidad de líquido que impide visualización correcta. Gastroscopia: a 25 cm de arcada dentaria, esófago mamelonado con mucosa ulcerada de forma difusa y hemorrágica con aspecto de esofagitis por candida sin poder descartar neoformación subyacente. La lesión se extiende hasta estómago. La anatomía patológica muestra adenocarcinoma con células en anillo de sello. Se planteó indicación de cirugía.

INTRODUCCIÓN

La anemia microcítica es una causa frecuente de consulta en los servicios de medicina interna. Confirmada la existencia de anemia ferropénica por sideremia baja, transferrina alta o ferritina baja, es importante establecer la etiología de la anemia ferropénica, especialmente en hombres y mujeres postmenopáusicas. Una deficiencia de hierro en estas personas, generalmente, es una indicación de estudio exhaustivo del tracto gastrointestinal, mediante sangre oculta en heces, esofagogastropía y colonoscopia.



DISCUSIÓN

Los cánceres que surgen desde el esófago, incluyendo la unión gastroesofágica, son relativamente poco comunes. En los Estados Unidos, el riesgo de muerte por este tipo de cáncer es de 0,8 por ciento para los hombres y 0,3 por ciento para las mujeres y aumenta con la edad. La presentación es insidiosa. En el momento del diagnóstico, más del 50% de los pacientes tienen cáncer no reseccable o metástasis radiográficamente visibles, lo que hace problemática su gestión (1).

Hay que diferenciar dos tipos celulares: el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma.

Los carcinomas epidermoides son más frecuentes en varones que en mujeres (3:1), afectan predominantemente a personas negras y presentan mayor índice de mortalidad, entre 60 y 70 años. Los principales factores de riesgo son el tabaco y el alcohol, la ingestión prolongada de líquidos calientes, deficiencias vitamínicas (vitamina A), minerales (cinc y molibdeno) y la enfermedad de Plummer-Vinson. Se suelen encontrar en el tercio superior y medio del esófago.

Por el contrario, el adenocarcinoma es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, con una distribución de 15:1. La incidencia aumenta con la edad, y es más común en personas blancas, en la que ha aumentado de manera espectacular en los últimos 30 años, probablemente por un cambio de factores de riesgo.

Aunque el carcinoma epidermoide todavía es el carcinoma del esófago más diagnosticado a nivel mundial, el adenocarcinoma hoy en día ya representa hasta el 70% de los carcinomas esofágicos diagnosticados en EE.UU (1). Suele desarrollarse a partir del esófago de Barrett en el tercio inferior del esófago. La ingestión de cafeína, grasas y comidas ácidas y condimentadas, puede reducir el tono del esfínter del esófago inferior aumentando el riesgo del reflujo que puede causar un epitelio metaplásico en la parte distal del esófago.

Los primeros síntomas en la mayoría de los pacientes son disfagia progresiva (primero para comida sólida, luego también para líquidos) y pérdida de peso de reciente instauración. Los problemas de la deglución no suelen aparecer hasta cuando el cáncer ya ha infiltrado más del 60% de la circunferencia del esófago, por lo que la mayoría de casos se diagnostican en un estadio donde la enfermedad ya no es curable. A ello se debe el elevado índice de mortalidad: menos del 5% de los pacientes siguen vivos cinco años después del diagnóstico inicial.

El esófago tiene una pared con sólo dos capas por lo cual los tumores se infiltran rápidamente hacia las estructuras vecinas, diseminándose fácilmente hacia los ganglios linfáticos regionales por la rica red vascular y linfática (2).

Para el estadiaje del tumor se usa la tomografía computarizada del tórax y abdomen y la ecografía endoscópica. Con el PET-CT se puede evaluar, además, la posibilidad de extirpar el tumor y se obtiene mayor información sobre su diseminación hacia los ganglios linfáticos del mediastino.

En cuanto a las opciones terapéuticas, los adenocarcinomas son menos sensibles a la quimiorradioterapia y, frecuentemente, están rodeados por zonas extensas de esófago de Barrett, lo que obliga a un tratamiento quirúrgico más agresivo (3).

Se ha de evaluar muy bien edad, trastornos comórbidos y estado nutricional, pues menos de la mitad de los pacientes diagnosticados de cáncer esofágico son candidatos aptos para la resección quirúrgica.

El tratamiento paliativo se lleva a cabo con dilataciones endoscópicas repetidas y gastro o yeyunostomía para hidratar y alimentar al paciente y colocación endoscópica de una endoprótesis metálica expansible para eliminar la obstrucción tumoral.

REFERENCIAS

1. Enzinger PC, Mayer RM. Esophageal Cancer. *N Engl J Med* 2003; 349:2241-52.
2. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 18ª edición. Mc Graw Hill, 2012, México.
3. Townsend CM, Sabiston. *Tratado de Cirugía General y del Aparato Digestivo*. Elsevier España SA, 2014. ●

Amebiasis simulant síndrome intestinal inflamatòria

Amebiasis simulando síndrome intestinal inflamatorio

Amebiasis mimicking inflammatory bowel disease

Pol Sanz Serra

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CONCEPTES CLAU

- L'amebiasi és una de les parasitosis més freqüents a nivell mundial, encara que poc comú a Espanya.
- Presenta una clínica digestiva concordant amb la síndrome intestinal inflamatòria que pot suggerir un gran ventall de patologies més comunes.
- El diagnòstic correcte d'amebiasi és de gran importància ja que un diagnòstic erroni pot comportar retards importants o errors en el tractament.

KEY POINTS

- Amebiasis is one of the most frequent parasitosis worldwide, but its incidence is very uncommon in Spain.
- Presents a clinical disease course mimicking inflammatory bowel disease suggesting a wide variety of other common pathologies.
- The diagnosis of amebiasis is of paramount importance because misdiagnosis may result in critical delays or errors in management.

Paraules clau: Entamoeba histolytica; amebiasis; parasitosis hepàtiques; abscess hepàtic amebià.

Key words: Entamoeba histolytica; amebiasis; liver diseases, parasitic; liver abscess, amebic

Rebut: 15 de juliol de 2014

Acceptat: 2 de setembre de 2014

Correspondència: polsanz93@gmail.com

INTRODUCCIÓ

L'amebiasi per *Entamoeba histolytica* és una malaltia poc comuna a Espanya que afecta fonamentalment el cec i colon ascendent causant ulceració i inflamació de les parets del colon(1). Ara bé, és una de les parasitosis més freqüents a nivell mundial i la infecció per *E. Histolytica* és la segona causa de parasitosis a nivell mundial, després de la malària, amb xifres de 40.000-100.000 morts l'any(1-2).

Presenta una clínica digestiva concordant amb la síndrome intestinal inflamatòria que pot suggerir un gran ventall de

patologies més comunes que l'amebiasi, per això molt cops s'erra en el diagnòstic.

Aquest cas clínic pretén posar de manifest les característiques més distintives de l'amebiasi per tal de poder fer un correcte diagnòstic diferencial amb colitis ulcerosa o malaltia de Crohn.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 30 anys que consulta per síndrome febril el 15/12/2013 al Centre d'Atenció Primària (CAP) per tos sense expectoració i astènia de dos mesos d'evolució. Comenta pics de febre vespertins de 39°C amb febrícula durant el dia acompanyada de sensació distèrmica i sudoració freda més evident en els darrers dies abans l'ingrés. Darrerament presenta dolor abdominal a flanc esquerra i fossa ilíaca esquerra amb irradiació a l'esquena que millora amb ingestes o deposicions. Refereix una pèrdua de pes d'uns 10 quilograms sense anorèxia. No presenta disúria ni alteració del ritme miccional.

S'orienta el procés com a síndrome gripal i s'inicia tractament simptomàtic. Torna a acudir al CAP (19/12/2013) per persistència de la tos, se li recepta codeïna. Una setmana

més tard torna al CAP per restrenyiment, probablement degut a l'efecte de la codeïna, no obstant, la tos persisteix. El 08/01/2014, al CAP es rediagnostica com a infecció respiratòria bacteriana i es canvia la medicació per amoxicil·lina-clavulànic. El dia següent se li torna a canviar a levofloxacino. El 14/01/2014 torna a visitar el CAP amb tos persistent, se li recepta prednisona i se li fan anàlisis de sang on s'objectiva anèmia microcítica hipocroma. Es trasllada a l'hospital de Mataró on es programa una fibrogastrosccòpia (figura 1) i colonoscòpia (figura 2) el 20/02/2014. La colonoscòpia ob-

jectiva 3 úlcers sagnants al colon ascendent amb inflamació compatibles amb Malaltia de Crohn. Es prenen biòpsies de la zona ulcerada. S'inicia tractament amb corticoides i ferro per l'anèmia. El 03/03/2014 realitza un control a l'hospital de Mataró on se li administra budesonida. A partir de l'inici d'aquest tractament el pacient refereix disminució de la febre fins a febrícula vespertina ocasional. El 05/03/2014 s'afegeix dolor abdominal punxant amb irradiació a l'esquena. L'astènia i pèrdua de pes continuen presents. Ingressa a l'Hospital de Mataró el dia 12/03/2014.

Figura 1. Imatges de la fibrogastrosccòpia

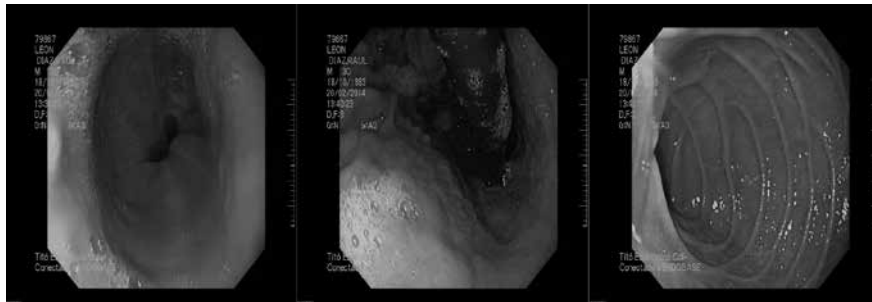
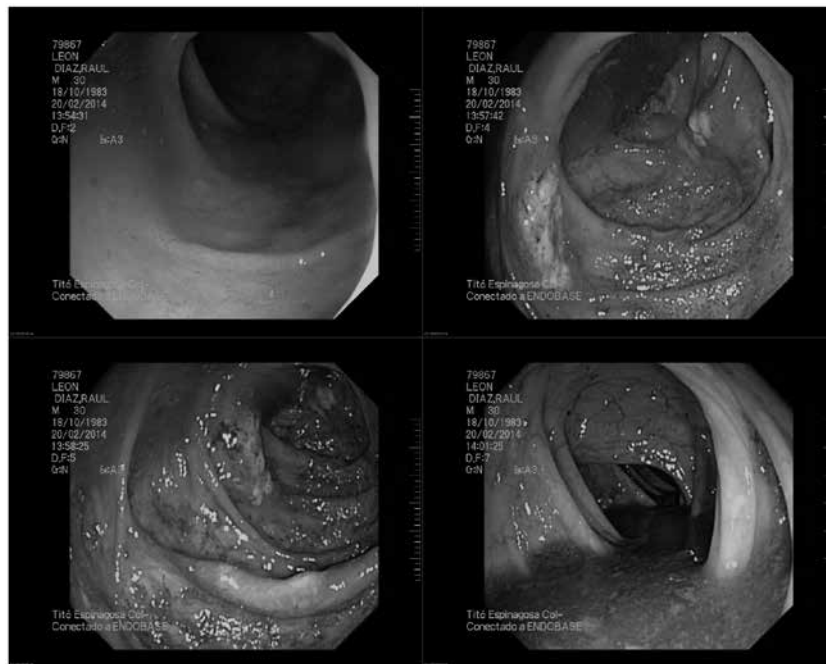


Figura 2. Imatges de la colonoscòpia



No es destaca cap antecedent personal ni patològic destacable. Té bon estat general. Té un pes de 66kg i una alçada de 1,75m per tant es troba en un Índex de Massa Corporal (IMC) normal de 21,55. Es registre una freqüència cardíaca, respiratòria, pressió arterial, temperatura i saturació d'oxigen dins de la normalitat. En la inspecció general del cos observem pell i mucoses normocolorejades i normohidratades. No s'observen masses superficials, ni es palpen adenopaties.

Abdomen amb defensa voluntària, dolorós a la palpació profunda. Es palpa una lleugera hepatomegàlia i no hi ha signe d'esplenomegàlia. Peristaltisme conservat, amb maniobra de descompressió i de puny-percussió lumbar lateral negatives.

Es realitza l'anàlisi de sang i els valors de glucosa, urea, creatinina, filtrat glomerular, àcid úric, sodi, potassi, clor, lactat deshidrogenasa, bilirubina, transaminases hepàtiques, gamma GT, fosfatasa alcalina, colesterol, triglicèrids, ferritina, vi-

tamina B12, àcid fòlic i nombre d'hematies resulten normals. Els paràmetres que van sortir alterats són els següents:

Transferrina	167mg/dL	Valors normals (VN): 215-360mg/dL
Hemoglobina	10,2g/dL	VN: 13,8-17,2g/dL
Hematòcrit	32%	VN: 40,7-50,3%
Volum Corpuscular Mig	72,4fL	VN: 80-100fL
Hemoglobina Corpuscular Mitja	23,1pg	VN: 27-31pg
Leucòcits	19.150/microlitre	VN: 1.300-4.000/microlitre
Plaquetes	758.000/microlitre	VN: 150.000-400.000/microlitre
Velocitat de sedimentació glomerular	97mm/h	VN: <15mm/h
Proteïna C reactiva	12,6mg/dL	VN: <1mg/dL
Fibrinogen	800mg/dL	VN: 200-400mg/dL

Es realitza una radiografia de tòrax (figura 3) en bipedestació on no s'observa cap alteració radiològica, així com tampoc a la radiografia simple d'abdomen on tampoc s'observen anomalies.

Es diagnosticat de Malaltia de Crohn i segueix un tractament amb corticoides. No obstant, el tractament no dona resultat i ingressa per possible complicació de la malaltia.

Es revisa la història clínica i es remarca el fet que va viatjar a Indonèsia 6 mesos enrere amb mesures higièniques deficients. S'inicia tractament amb ceftriaxona 2g/24h i metronidazol 500mg/8h.

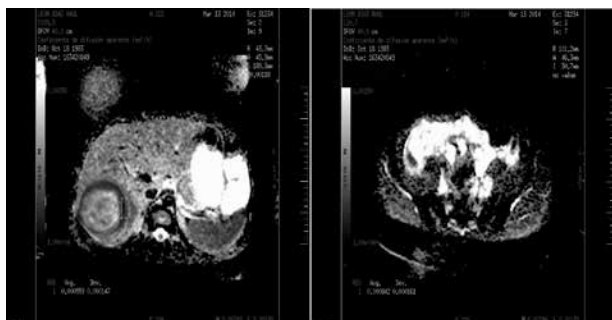
Es realitza Resonància Magnètica Nuclear (RMN) enterocòlica amb contrast que objectiva de nou ulceracions al cec i colòn ascendent (figura 3 i 4). S'observa col·lecció hepàtica de 87mm suggestiva d'abscess. Engruiximent i hipercaptació de les parets del colòn dret amb zones d'ulceracions que suggereixen llaures d'abscessificació.

S'afegeix metronidazol 750mg/8h, es fa drenatge de l'abscess i es cursen serologies d'*Anisakis*, *Yersinia* i *Entamoeba histolytica*.

Arriben els resultats de les biòpsies preses amb la colonoscòpia prèvia amb imatges compatibles amb amebes. A més, les serologies donen positiu per *Entamoeba histolytica*.

Es pauta tractament antiamebià intraluminal i seguir amb el tractament amb metronidazol i ceftriaxona.

Figura 3. RMN enterocòlica mostra abscess hepàtic i Figura 4. RMN mostra úlcera al cec



Es procedeix a fer una ecografia abdominal (figura 5) on s'observa clarament un abscess hepàtic de 10x10cm. Aprofitant la implantació d'un drenatge hepàtic es realitza una punció aspiratòria amb agulla fina (PAAF) de l'abscess hepàtic que informa d'abundants leucòcits polimorfonuclears sense presència d'ameba.

Figura 5. Ecografia del fetge amb abscess hepàtic



DISCUSSIÓ

Inicialment es va plantejar el diagnòstic de malaltia de Crohn amb característiques clíniques compatibles amb aquesta patologia (2,3). Està descrit que les amebiasis simulen malaltia de Crohn o colitis ulcerosa(3-5). El principal problema és que les diferents patologies intestinals es tracten i evolucionen de manera diferent. Normalment, l'amebiasi no tan sols no respon al tractament sinó que empitjora progressivament.

REFERÈNCIES

1. Stanley SL Jr. Amoebiasis. Lancet. 2003; 361:1025-34.
2. Huston CD. Intestinal Protozoa. En: Feldman, Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Diseases. 8a ed. Philadelphia: Elsevier, 2006. p. 2414-35.
3. Mogensen TH, Christiansen JJ, Eivindson MV, et al. Misdiagnosed amoebic colitis leading to severe dysentery and necrotizing colitis. Scand J Infect Dis. 2014; 46: 235-9
4. Ibrahim TM, Iheonuneku N, Gill V, et al. Differentiating amoebic ulcero-haemorrhagic recto-colitis from idiopathic inflammatory bowel disease: still a diagnostic dilemma. West Indian Med J. 2005; 54: 210-2.
5. Majeed SK, Ghazanfar A, Ashraf J. Caecal amoeboma simulating malignant neoplasia, ileocaecal tuberculosis and Crohn's disease. J Coll Physicians Surg Pak. 2003; 13: 116-7. ●

Aspergilloma: la importància de la microbiologia

Aspergiloma: la importància de la microbiologia

Aspergilloma: the significance of microbiology

Marina Reig Canyelles

Servei pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor.

CONCEPTES CLAU

- L'exposició a *Aspergillus* en el medi ambient pot causar reaccions al·lèrgiques en persones hipersensibilitzades o, en casos d'immunodepressió.
- El diagnòstic definitiu de l'aspergilloma fa necessari l'estudi microbiològic de les hifes.

KEY POINTS

- Exposure to *Aspergillus* in the environment can cause allergic reactions in hypersensitive or immunosuppressed patients.
- Definite diagnosis of aspergilloma requires the microbiological study of the hyphae.

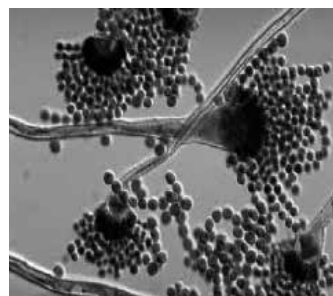
Paraules clau: Aspergil·losi pulmonar; micosi; microbiologia.

Key words: Pulmonary aspergillosis; mycoses; microbiology.

Rebut: 15 de juliol de 2014.

Acceptat: 2 de setembre de 2014.

Correspondència: mreig@gmail.com



INTRODUCCIÓ

Els pulmons són un destí comú de l'*Aspergillus*, un gènere fúngic de tipus filamentós hialí que s'organitza formant hifes. Existeixen múltiples espècies diferents, de les quals la més important a nivell clínic és l'*Aspergillus. Fumigatus* (Figura 1). La infecció i l'evolució de l'*Aspergillus* depèn dels factors de l'hoste més que no pas de la virulència del fong. En la majoria de casos acostuma a haver-hi antecedents d'asma, tuberculosi, malaltia pulmonar obstructiva crònica, entre d'altres.

Aquest tipus de fong té una àmplia distribució en la naturalesa (vegetals, terra, aire i matèria orgànica en descomposició). Es pot aïllar, a més, en la boca i arbre respiratori de persones sanes, sent un possible patògen oportunista(1).

L'*Aspergillus* va ser catalogat per primer cop el 1729 per part del biòleg italià Pier Antonio Micheli, moment que es considera el punt inicial de la ciència de la micologia.

En aquest estudi s'observa com s'encamina un cas amb escasses dades clíniques cap al seu diagnòstic i, a més, posa de manifest la importància que té la microbiologia en el diagnòstic definitiu de certes malalties.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Pacient dona de 53 anys amb antecedents d'hipertensió arterial, tractada amb Enalapril, i Tuberculosi pulmonar als 33 anys, amb tractament completat. No presenta al·lèrgies ni altres patologies. Consulta a Urgències de l'Hospital de Bellvitge per tos no productiva de 15 dies d'evolució, amb febre intermitent lleu i hemoptisi d'aproximadament 100 ml en

nombre de 6 cops al dia que comença quatre dies abans de l'ingrés.

A l'exploració física destaca hipertensió arterial de 150/90 mmHg i freqüència cardíaca de 120 batecs/minut. En l'auscultació de tòrax destaquen escasses sibilàncies i estertors crepitants fins en el vèrtex pulmonar esquerre.

De les proves complementàries obtenim: **radiografia simple de tòrax**, massa heterogènia en el vèrtex pulmonar esquerre.

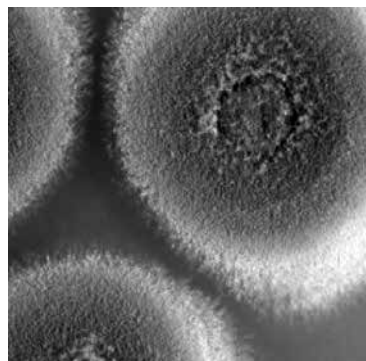
TAC de tòrax: cavitació pulmonar en el vèrtex esquerre amb lesió de parts toves d'inferior mida, densitat heterogènia suggerent d'infecció per *Aspergillus*. S'observa pèrdua de volum per atelèctasi en lòbul superior esquerre, desplaçament del mediastí cap a l'esquerre i pulmó dret augmentat de mida de forma compensatòria.



Glucèmia (basal): 232 mg/dl (valors normals <200 mg/dl). Per l'elevat valor de glucosa que s'obté, es decideix realitzar un examen de glucosa en orina. **Fibrobroncoscòpia:** bronqui del lòbul superior esquerre amb eritema de la mucosa i engruiximent de tots els replers intersegmentaris d'aspecte inflamatori. S'extreu biòpsia d'un replec intersegmentari. **Cultiu de biòpsia:** agregat d'hifes amb septes i divisions dicotòmiques, compatible amb *Aspergillus*.



Així doncs, s'arriba al diagnòstic d'**Aspergil·losi pulmonar secundària no invasiva (Aspergiloma)**.



Es decideix tractar la infecció fúngica amb Itraconazol. La diabetis, fins ara desconeguda, es tractarà amb insulinoteràpia i es continua amb l'antihipertensiu. S'observa una correcta evolució de la pacient en qüestió d'una setmana.

DISCUSSIÓ

L'exposició a *Aspergillus* en el medi ambient pot causar reaccions al·lèrgiques en persones hipersensibilitzades o, en casos d'immunodepressió, malalties de més o menys gravetat en funció de l'estat immunitari de l'hoste.

El diagnòstic d'aquesta infecció no és fàcil ja que no presenta símptomes ni signes clínics característics i específics. De forma inicial, ens hem de basar en l'aspecte de la colònia en cultiu, però per a la identificació definitiva és necessari l'estudi microbiològic de les hifes.

La nostra pacient presenta una infecció d'*Aspergillus* secundària a la immunodepressió que li suposa la Diabetis debutant(2). No obstant això, es tracta d'una infecció benigna no invasiva, pel fet que no envaeix vasos sanguinis ni parènquima pulmonar veí. Mitjançant les proves d'imatge observem granulomes(3) que contenen cúmuls del fong, típic de pacients amb cavitats prèvies, en el nostre cas com a conseqüència de la tuberculosi passada fa 20 anys.

Es decideix establir un tractament final per a resoldre i tractar la infecció, la Diabetis Mellitus i la hipertensió arterial que presentava ja prèviament.

BIBLIOGRAFIA

1. Curtis A, Smith G, Ravin C. Air crescent sign of invasive aspergillosis. *Radiology*, 1979; 133: 17-21.
2. Inzucchi SE, Sherwin RS. Type 2 diabetes mellitus. En: Goldman L, Schafer AI, editors. *Cecil Medicine*. 24ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2011; cap. 237.
3. Woodard BH, Rosenberg SI, Farnham R, Adams DO. Incidence and nature of primary granulomatous inflammation in surgically removed material. *Am J Surg Pathol*. 1982; 6 : 119-129. ●

Pericarditis constrictiva con fallo biventricular

Pericarditis constrictiva amb fallada biventricular

Biventricular failure in constrictive pericarditis

Teresa Casanovas Braun

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CONCEPTOS CLAVE

- La pericarditis constrictiva es una enfermedad poco frecuente que suele ser tributaria de cirugía. Aquí se presenta un caso de fallo cardíaco biventricular. Se trata de una complicación extremadamente rara escasamente descrita y no presenta un mecanismo definitivo.

KEY POINTS

- Constrictive pericarditis is a rare clinical entity that frequently necessitates surgical intervention. Here we present a case of biventricular failure. This is an extremely rare complication that is not well described and does not have a definitive mechanism.

Palabras clave: Pericarditis constrictiva; ascitis; disnea; insuficiencia cardíaca.

Key words: constrictive pericarditis; ascites; dyspnea; heart failure.

Recibido: 18 de julio de 2014

Aceptado: 2 de septiembre de 2014

Correspondencia: tcasanovasbraun@gmail.com

cardiograma alterado, conjuntamente con signos de calcificación y engrosamiento pericárdico en imágenes de tomografía axial computarizada y radiografía⁽¹⁻³⁾. Causas frecuentes suelen ser antecedentes de intervenciones quirúrgicas cardíacas, tuberculosis, inmunosupresión, neoplasias o sarcoidosis⁽²⁻³⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre de 71 años que acude urgencias por aumento del perímetro abdominal y disnea.

Fue operado 3 meses antes para la colocación de una prótesis de rodilla izquierda y presentó posteriormente edemas maleolares. Son reducidos con éxito aumentando la dosis habitual de furosemida de 1 a 2 comprimidos diarios. Tras 2 meses, el paciente disminuye la dosis a 1 comprimido y pasados 7 días reaparecen los edemas maleolares, añadiéndose la semana siguiente ascitis y disnea progresiva, que en el momento del ingreso es de pequeños esfuerzos.

Refiere pérdida de peso no ponderada de aproximadamente 10kg en 3 meses y anorexia. No explica ortopnea, sensación distérmica ni alteración del ritmo deposicional.

Exfumador desde hace 20 años con una dosis acumulada de 85 paquetes/año, no bebedor y sin alergias medicamentosas conocidas.

Entre los antecedentes patológicos destacan: obesidad con un Índice de Masa Corporal (IMC) de 34kg/m², que parece tener componente familiar, hiperuricemia desde los 65

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de pericarditis constrictiva, patología poco frecuente⁽¹⁻²⁾ pero de gran relevancia, ya que su precoz detección y tratamiento mejora sustancialmente el pronóstico⁽²⁾.

La pericarditis constrictiva es un engrosamiento fibroso del pericardio, con posibles calcificaciones⁽³⁾, que impide que los ventrículos y las aurículas se llenen correctamente⁽²⁻³⁾. Esto reduce el volumen diastólico y el de eyección, provocando distensión venosa⁽³⁾ y aumento de la precarga.

Suele tratarse de varones de menos de 40 años de edad y la manifestación más común es el fallo cardíaco derecho⁽³⁾. Son características la dilatación de la vena yugular, congestión hepática, ascitis, edemas y disnea, además de un electro-

años con tofos en la mano izquierda y en el primer dedo del pie derecho, tratada con Alopurinol, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) diagnosticada a los 66 años, tratada con Metformina, sin complicaciones agudas ni crónicas conocidas. Dislipemia tratada temporalmente con Simvastatina pero se interrumpe el tratamiento. Hipertensión arterial (HTA) detectada a los 69 años, controlada y tratada con principio activo Telmisartan y Furosemida. Arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA) persistente desde los 70 años sin tratamiento (2).

La exploración frecuencia cardíaca a (FC) 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno (SO₂) 95%. Presenta un buen estado general, está consciente y orientado, normohidratado, con cianosis central y pálido.

A nivel cardiovascular se observa dermatitis de estasis en ambas extremidades inferiores, conjuntamente con edemas maleolares crónicos que llegan hasta las rodillas. Distensión abdominal con semiología de ascitis. No se detecta ingurgitación yugular ni reflujo hepato-yugular (difícil de determinar a causa del perímetro del cuello). Pulsos conservados y simétricos, llama la atención que los tonos cardíacos estén presentes pero disminuidos. Percusión mate en ambas bases y crepitanes húmedas en inspiración. Del resto de apartados, se debe comentar un temblor fino de actitud.

Disponemos en el momento del ingreso de una analítica que muestra unos niveles elevados de glucosa (139,1 mg/dL), urea (64mg/dL) y creatinina (1,53mg/dL), pero con un filtrado glomerular, ácido úrico, proteína C reactiva (PCR) y bilirrubina total normales. Tanto el ionograma como la gasometría arterial están dentro de los límites de la normalidad.

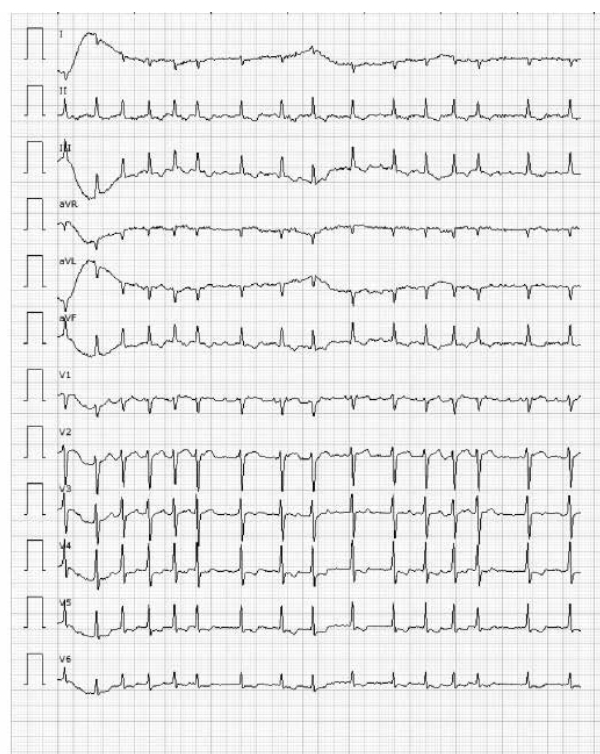
Detectamos una disminución de los niveles de hierro en suero (hierro 32,6mcg/dL y saturación transferrina 9,2% bajos; ferritina 36.7ng/mL y transferrina suero 284mg/dL normales) y de la vitamina B12 (121pg/ml) con una anemia normocítica, hipocroma y arregenerativa (hematíes 3.26·10⁶/uL; reticulocitos 1.0% (52.5·10³/uL); hemoglobina 8.7g/dL; hematocrito 28.3%; VCM 86.8fl; HCM 26.7pg), disminución de los linfocitos y eosinófilos, con aumento de los monocitos (leucocitos 7.65·10³/uL; neutrófilos 72.9% (5.58·10³/uL); linfocitos 17.4% (0.33·10³/uL); monocitos 7.6% (0.58·10³/uL); eosinófilos 0.15·10³/uL; basófilos 0.01·10³/uL) y plaquetas con valores normales (251·10³/uL).

La hemostasia está disminuida con prolongación del tiempo de protrombina y del fibrinógeno (tiempo de protrombina 18.9s (ratio 1.29); TTP parcial activado 32.6s (ratio 1.05); fibrinógeno 478mg/dL).

Sin afectaciones inmunológicas (ordinaria, descartados cánceres y con título negativo de autoanticuerpos) ni de la serología (excluyente de infección por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC))

La radiografía de tórax muestra (Imagen 1) un índice cardíaco elevado, indicativo de cardiomegalia, con redistribución venocapilar en los campos superiores. Además se percibe un aumento de la densidad perihiliar derecha con derrame pleural bilateral de predominio izquierdo. No se detectan nódulos, condensaciones, masas o adenopatías.

En la ecografía abdominal destaca la visualización del hígado con estructura heterogénea, sugestivo de esteatosis

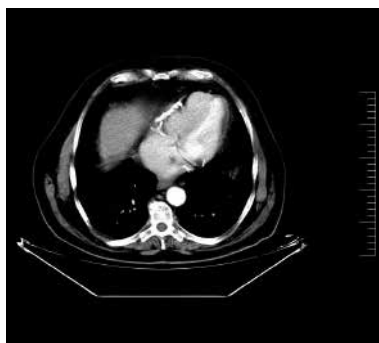


descartando la cirrosis como causa del anasarca. Sin alteraciones de los otros órganos visualizados, pero confirmando la ascitis.

El electrocardiograma (Imagen 2) muestra arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA) con una frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto, desviación derecha del eje a 130°. Además la repolarización está aplanada en la cara lateral.

Por último, el análisis de la paracentesis evacuadora informa de que se han observado 625 células, un 20% son polimorfonucleares. No se detectan microorganismos y la citología es negativa. Los niveles son respectivamente: glucosa 155mg/dl, proteínas 3.5g/dl (líquido exudado), lactato deshidrogenasa (LDH) 143UI/l 37C.

La ecocardiografía confirma la constricción del corazón e imágenes calcificadas. El TAC muestra las mismas imágenes que 6 años atrás. Axial Computarizada (TAC), con una calcificación pericárdica. Este hecho sería diagnóstico de pericarditis constrictiva. Se pauta dieta sin sal, diuréticos, digoxina y suplemento de hierro y vitamina B12.



DISCUSIÓN

Con el conjunto de pruebas realizadas concluimos que se trata de una pericarditis constrictiva calcificada que ha desencadenado el anasarca de gran extensión.

Tras estabilizar el paciente y comenzar un tratamiento con hierro intravenoso y vitamina B12 se realiza una colonoscopia en la cual se observa y biopsia un pólipo, posible origen de la falta férrica.

Los pasos a seguir tras controlar la sintomatología (disminución del anasarca y realizar una paracentesis evacuadora) y dar el alta son: realizar una interconsulta a consultas externas de cirugía cardíaca para evaluar la posibilidad quirúrgica.

La pericardectomía (2-3) puede ser una alternativa ya que realizada en evoluciones tempranas dan muy buenos resultados y solucionan gran parte de la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riza Altiparmak M, Avsar S, Yanik S. Chylous ascites and chylothorax due to constrictive pericarditis in a patient undergoing haemodialysis. *Neth J Med.* 2004; 62(2): 59-61.
2. Farreras, Rozman Borstnar C, Cardellach F. *Medicina Interna.* 17th ed. Barcelona: Elsevier; 2012
3. Föll D, Geibel-Zehender A, Bode C. Constrictive pericarditis: etiology, diagnostic work-up and therapy. *Herz.* 2010; 35(2): 80-6. ●



Cas clínic

Limfoma de Burkitt amb localització retroperitoneal

Limfoma de Burkitt con localización retroperitoneal

Burkitt lymphoma of retroperitoneal localization

Joana Rodríguez Montolio

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CONCEPTES CLAU

- El tracte digestiu és el lloc extra ganglionar més comú en què apareix el limfoma de Burkitt.
- Cal estar atents per evitar el biaix que es crea quan arriba un pacient amb un diagnòstic ja establert.

KEY POINTS

- The gastrointestinal tract is the most common extra-nodal site involved with Burkitt's lymphoma.
- We have to be attentive in order to prevent any bias when assessing a patient with a previous diagnostic.

Paraules clau: neoplàsies retroperitoneals; limfoma de Burkitt; hematoma; error mèdic; diagnòstic.

Key words: retroperitoneal neoplasms; Burkitt lymphoma; hematoma; medical errors; diagnosis.

Rebut: 15 de juliol de 2014

Acceptat: 2 de setembre de 2014

Correspondència: jrodriguez@bellvitge.cat

INTRODUCCIÓ

L'hematoma retroperitoneal és una malaltia poc freqüent, que presenta una major incidència en homes entre els 50 i els 70 anys, i que pot tenir una causa traumàtica (la més freqüent és la fractura de pelvis) o no traumàtica (les causes més freqüents són el carcinoma renal i l'aneurisma de l'aorta abdominal). Malgrat ser una entitat poc usual, presentem un cas en què el pacient va ser diagnosticat reiteradament d'hematoma

retroperitoneal fins arribar al diagnòstic correcte mesos més tard: limfoma de Burkitt.

El limfoma de Burkitt és un tipus de limfoma no Hodgkin(1) en què es veuen afectats els limfòcits B, que pateixen un creixement ràpid i agressiu. El tracte digestiu és el lloc extra ganglionar més comú en què apareix aquest limfoma(2-3).

L'objectiu d'aquest escrit és explicar un cas clínic poc comú (molt pocs tumors tenen una situació retroperitoneal), remarcar l'importància de diagnosticar correctament des d'un inici per tal d'alleujar el patiment dels pacients i de la seva família i per començar el tractament correcte quant més aviat millor, optimitzant el pronòstic i estalviant recursos sanitaris.

També es pretén fer palès del biaix que es crea, probablement de manera inconscient, quan arriba un pacient al centre hospitalari amb un diagnòstic ja fet prèviament.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient de 58 anys que acut a urgències per dolor al flanc dret i pèrdua de força a l'extremitat inferior dreta.

Té dislipèmia des de l'any 2.012, tractada amb Simvastatina. És fumador de 2 paquets/dia i té un hàbit enòtic de 4 unitats de beguda estàndard (UBEs)/dia. No té al·lèrgies medicamentoses conegudes ni intervencions quirúrgiques prèvies. Nega altres patologies de rellevància clínica.

El 31-12-2013, consulta a l'hospital per dolor al flanc dret de quatre dies d'evolució i per un episodi d'hematúria. Se li realitza una tomografia axial computada (TAC) abdominal on es conclou que té un hematoma retroperitoneal. És donat d'alta a domicili amb tractament amb diclofenaco 50mg i omeoprazol 20mg.

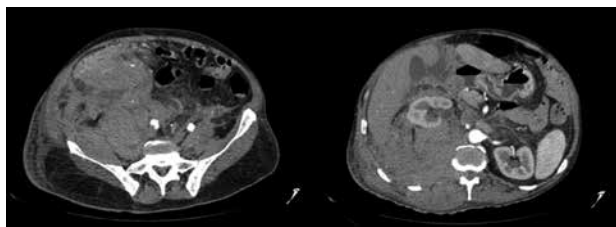
El 23-1-2014, consulta de nou per dolor al flanc dret. Se li torna a realitzar una TAC abdominal i es veu el mateix hematoma retroperitoneal amb un discret augment de volum.

El 5-2-2014, acut a urgències per persistència del dolor al flanc dret i per pèrdua de força de l'extremitat dreta inferior. Se li realitza l'exploració física i les proves complementàries pertinents i es decideix ingrés hospitalari.

A l'exploració física es palpa una massa no dolorosa a la fossa ilíaca dreta.

Hemoglobina de 11 g/dL, leucòcits de 11210, creatinina de 124 µmol/L (valors normals <111µmol/L), urea de 9.2 mmol/L (valors normals 3.6-8.6 mmol/L) i PCR de 21 mg/L (valors normals 0-5 mg/L). Els paràmetres restants són normals.

Es fa una nova TAC abdominal que mostra gran hematoma retroperitoneal dret, que ocupa la totalitat de l'espai anatòmic i que ha augmentat de volum respecte a les proves anteriors. Desplaça el ronyó dret, la vena cava inferior, el duodè, el colon ascendent i el pàncrees i té un component intramuscular del psoes-iliac i de la musculatura paravertebral dreta. No s'observen signes de sagnat arterial actiu.

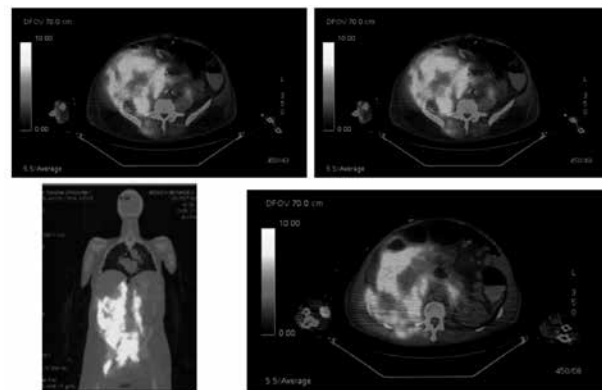


L'electromiograma mostra lesió axonal parcial del nervi femoral dret, amb afectació especialment acusada a les branques de l'ilio-psoes, per compressió del hematoma.

Cinc dies després de l'ingrés, el 10-2-2014, empitjora la funció renal: creatinina de 181 µmol/L (valors normals <111µmol/L), filtrat glomerular de 20mL/min (valors normals > 60mL/min) i urea de 21 mmol/L (valors normals 3.6-8.6 mmol/L). Apareix acidosi metabòlica i la síndrome compartimental abdominal amb pressió intraabdominal de 26 mmHg (valors normals 5-7,5mmHg) es decideix trasllat al servei de medicina intensiva on s'inicia el tractament corresponent per revertir la situació crítica del pacient, que va evolucionar de manera favorable.

El 16-2-2014 es fa una consulta amb cirurgia que considera que la lesió infiltra massa a nivell muscular per tractar-se d'un hematoma. Dos dies més tard, es sol·licita una tomografia per emissió de positrons (PET) que denota àrees hipermetabòliques a nivell de la massa retroperitoneal, amb irradiació pulmonar anterior i infiltració peritoneal, hepàtica, del canal medullar i de la regió femoral de la cama dreta.

El resultat s'orienta cap a limfoma o sarcoma i es demana una biòpsia guiada per ecografia: una punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) que conclou dies més tard que es tracta d'un limfoma B d'alt grau, un limfoma de Burkitt.



El 27-2-2014 és traslladat al servei d'hematologia de l'Hospital Oncològic, on inicia un tractament de quimioteràpia.

Es fa quimioteràpia amb el protocol burkimab sense rituximab amb el següent esquema: vincristina 2mg, ifosfamida 1296mg, metotrexat 81mg, etopòsid 162mg, Citarabina 243mg i TIT (metotrexat 12mg, Citarabina 30mg, hidro-cortisona 20mg).

Bona tolerància al tractament.

DISCUSSIÓ

El pacient va ser diagnosticat reiteradament d'hematoma retroperitoneal a totes les TACs que se li van realitzar. D'haver considerat la capacitat infiltrant de la massa retroperitoneal es podria haver reconsiderat el diagnòstic(2-3).

BIBLIOGRAFIA:

1. Curakova E, Genadieva-Dimitrova M, et al. NonHodgkin's Lymphoma with Peritoneal Localization. Case Rep Gastrointest Med. 2014; 2014: 723473.
2. Wang F, Wang F. The diagnosis and treatment of traumatic retroperitoneal hematoma. Pak J Med Sci. 2013; 29(2):573-6.
3. Metser U, Goor O, Lerman H, et al. PET-CT of extranodal lymphoma. Am J Roentgenol. 2004; 182 (6): 1579-86. ●

Colitis ulcerosa extensa

Extensive ulcerative colitis

Naiara Becerril Martínez

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CONCEPTES CLAU

- La colitis ulcerosa cursa en brots d'intensitat i durada variables, i la causa que la provoca és encara desconeguda.
- No hi ha un tractament únic, pel qual se segueix investigant sobre diferents dianes.

KEY POINTS

- Ulcerative colitis is characterized by periods of flares of varying intensity and duration, and its cause is unknown.
- There is currently no treatment for the healing, and researchers are investigating over different targets.

Paraules clau: Colitis ulcerosa; diarrea; colonoscòpia; antiinflamatoris; infliximab.

Key words: Ulcerative, colitis; diarrhea; colonoscopy; anti-inflammatory agents; infliximab.

Rebut: 15 de juliol de 2014.

Acceptat: 2 de setembre de 2014.

Correspondència: naiarabecerrilmartinez@gmail.com

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 57 anys que consulta per diarrees líquides sanguinolentes sense altres productes patològics d'un mes d'evolució, acompanyades de dolor còlic hipogàstric sense irradiació i de febre a 37,7°C, sense sudoració ni palpitations. No presenta nàusees, vòmits, hematèmesis ni epigastràlgia. Tampoc presenta síndrome constitucional.

Com a antecedents patològics d'interès destaca bronquitis crònica diagnosticada als 45 anys que tracta amb inhaladors periòdicament i de la qual no ha presentat complicacions ni ingressos. No refereix al·lèrgies medicamentoses i és ex-fumador des de fa 6 mesos. Ha fumat 40 cigarretes/dia des dels 17 anys (Dosi acumulada=80 paquets/any). No té hàbits enòtics i és autònom per les activitats bàsiques de la vida diària. El seu tractament habitual és:

- Atrovent (Ipratropio Bromuro) inhalat 20 mg.
- Budesonida Aldo-Union (Budesonida) inhalat 200 mg.

Com a antecedents familiars destaquen un germà amb càncer de colon actualment i dues germanes que van morir de càncer de pàncrees.

De l'exploració física es pot destacar abdomen depressible, dolorós a la palpació profunda a l'hipogàstri.

Exploracions complementàries

- Anàlisis: Normals per hemograma, eritrosedimentació, coagulació, glucosa, colesterol, perfil hepàtic i renal.
- Resultats alterats per la proteïna C reactiva (PCR): PCR= 20,3 mg/L. (Valors normals <1mg/L). Detecció de Toxines *C.Difficile* negativa.
- Radiografia de tòrax amb disminució de la den-

INTRODUCCIÓ

La colitis ulcerosa és un tipus de malaltia inflamatòria intestinal crònica que afecta el revestiment del colon i el recte. La malaltia cursa en brots d'intensitat i durada variables i la causa que la provoca és encara desconeguda, tot i que se suposa que es tracta d'una patologia multifactorial on està involucrat el sistema immunitari de manera directa⁽¹⁾. D'altra banda, no hi ha un tractament que funcioni per la totalitat de pacients amb colitis ulcerosa, motiu pel qual se segueix investigant sobre diferents dianes.

L'objectiu d'aquest cas és mostrar un pacient amb colitis ulcerosa de debut, que ens permet introduir-lo en un estudi intrahospitalari en el qual es fa un seguiment exhaustiu de la seva malaltia al llarg del temps i es mira quina és la resposta a diferents tractaments.

sitat radiològica en els dos camps pulmonars, d'aspecte emfisematós.



tament farmacològic amb corticoides a dosis 0'5/1 mg/kg de pes i dieta. Amb aquest tractament pretenem disminuir la inflamació i fer desaparèixer la simptomatologia. Una setmana després de l'ingrés, l'evolució és favorable, ja que ha cessat el dolor hipogàstric i també les deposicions sanguinolentes. Es decideix doncs donar-li l'alta mantenint el tractament anti-inflamatori i pautant una dieta tova amb ajuda de la dietista. També s'espera fer un seguiment exhaustiu per veure com és la resposta al tractament i ajustar-lo en funció d'aquesta.

El pronòstic és bo, ja que la resposta al tractament ha estat ràpida i efectiva. S'espera millora significativa i seguiment, ja que en cas que deixi de funcionar es canviaria l'estratègia terapèutica i es plantejaria el tractament amb anticossos monoclonals⁽²⁾ com per exemple l'Infliximab⁽³⁾.

Normalitat de l'Electrocardiograma

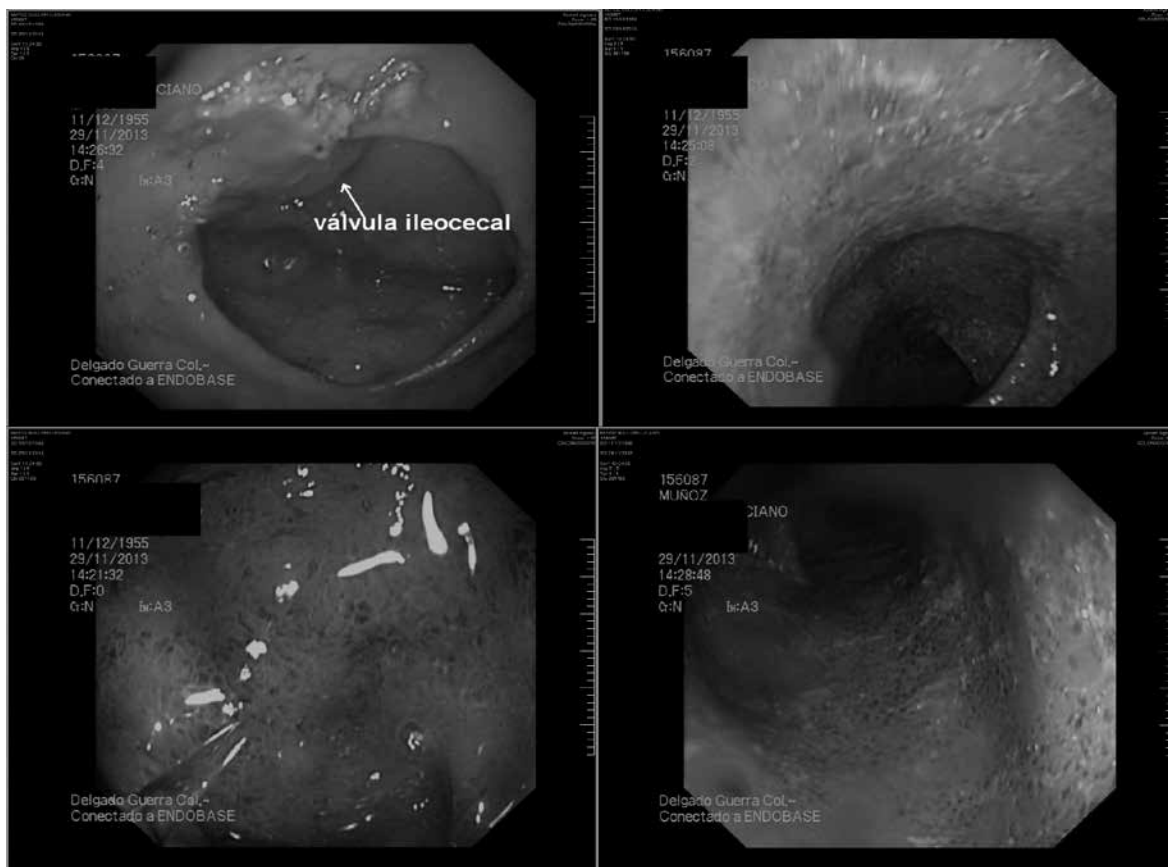
Es realitza colonoscòpia que mostra des de l'ampolla rectal fins a l'angle hepàtic mucosa desllustrada, edematosa, amb pèrdua del patró vascular i múltiples lesions petequials difuses acompanyades d'erosió. Des de l'angle hepàtic fins al cec no s'observen patrons patològics. Es prenen biòpsies, l'anàlisi de les quals és compatible amb Colitis Ulcerosa extensa.

COMENTARI FINAL

Tant per la clínica com per les exploracions complementàries el diagnòstic s'orienta cap a una malaltia inflamatòria intestinal en forma de Colitis Ulcerosa extensa, pel que s'instaura trac-

BIBLIOGRAFIA

1. Adrover, A, Chantar C. Enfermedad inflamatoria intestinal. Barcelona: JR Prous; 1994.
2. Martínez-Montiel M, Muñoz M. Tratamientos biológicos en la enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Rev Esp Enferm Dig. 2006; 98.4: 279-91.
3. Bermejo, F, Lopez-Sanroman, A, Hinojosa, J, C et al. Infliximab induces clinical, endoscopic and histological responses in refractory ulcerative colitis. Rev Esp Enferm Dig. 2004; 96: 94-101. ●



Infarto de Omento

Infart d'Oment

Omental infarction

José Antonio Nova Marqués

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CONCEPTO CLAVE

- No hay que olvidar el infarto de omento en el diagnóstico diferencial de cuadros de dolor abdominal.

KEY POINTS

- Omental infarction should be included in the differential diagnosis list of acute abdominal pain

Palabras clave: Omento; infarto; abdomen agudo.

Key words: omentum; infarction; acute abdomen.

Recibido: 18 de junio de 2014.

Aceptado: 2 de septiembre de 2014.

Correspondencia: jnovamar7@alumnes.ub.edu

mg y cafinitrina sublingual se observó una mejoría parcial del dolor precordial y de la tensión arterial. Sin embargo, se vuelve a presentar dolor en costado derecho añadido.

Antecedentes patológicos:

- No padece reacciones adversas medicamentosas ni alimentarias.
- No es fumadora.
- Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 14 años; tratamiento sin insulina.
- Hipertensión arterial desde hace 17 años, bajo tratamiento farmacológico.
- Taquiarritmia auriculoventricular diagnosticada 5 años antes, con control farmacológico.
- Dislipemia sin tratamiento farmacológico. Recomendaciones dietéticas.
- Psoriasis.
- Fístula anal tras la cual la paciente refiere incontinencia.
- Apendicectomía hace 38 años.
- Se desconocen antecedentes familiares de cualquier tipo.

Tratamiento habitual:

- Hidroclorotiazida, irbesartán 300/25 mg 1 comprimido al día.
- Lercanidipino 20 mg 1 comprimido al día.
- Metformina, vildagliptina 50/1000 mg 2 comprimidos al día.
- Repaglinida 2 mg 1 comprimido al día.
- Flecainida) 100 mg medio comprimido cada doce horas.
- Omeprazol 20 mg 1 comprimido al día.

La auscultación cardíaca revela ruidos arrítmicos (probable arritmia respiratoria) que se alternan con rítmicos. El ab-

INTRODUCCIÓN

El infarto omental o infarto del epiplón mayor es un proceso raro, poco conocido y que no se suele incluir en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal⁽¹⁾.

El cuadro clínico suele incluir dolor abdominal súbito e intenso, aunque muchas otras veces es inespecífico y puede fácilmente asociarse a otras enfermedades abdominales como apendicitis o diverticulitis.

Por último, aunque la mayoría de veces ocurren en procesos de cirugía abdominal, aquí nos referimos a los infartos omentales primarios o idiopáticos.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 73 años que acude a Urgencias por presentar un dolor centrotorácico y abdominal derecho. Remitida desde el Centro de Atención Primaria CAP por crisis hipertensiva que no cede con el tratamiento.

Refiere que el día anterior presentaba una tensión arterial de 190/50 mmHg y posteriormente de 200/100 mmHg. El cuadro se acompañaba de dolor centrotorácico, que mejoró con la medicación pautaada. Con captopril 25 mg, diazepam 5

domen presenta dolor a la palpación en flanco y fosa ilíaca derecha, sin defensa abdominal ni otros signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal derecha positiva (dudosa).

Se solicitan análisis de laboratorio con leucocitosis de 13.170/mm³ y una velocidad de sedimentación ligeramente elevada (25 mm/h). Radiografía de tórax que resulta normal y electrocardiograma con extrasistolia ventricular. La tomografía abdominal evidencia una lesión de densidad grasa, localizada en la mitad derecha del omento mayor, que presenta estriaciones hiperdensas en su interior, compatible con infarto omental, primario.

Imagen representativa de un TAC con contraste oral que muestra un infarto omental (lesión ovalada, de densidad grasa y bordes mal definidos). El infarto se localiza medial al colon ascendente y ligeramente por delante del colon transverso.



Se realiza tratamiento laparoscópico, con resección parcial de omento mayor. Tras 4 días de evolución favorable, es dada de alta.

COMENTARIOS

No hay que olvidar el infarto de omento en el diagnóstico diferencial de cuadros de dolor abdominal(2-3), particularmente cuando no encontramos una causa y/o las pruebas complementarias no son orientativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fernández-Rey CL. Primary omental infarction as cause of non-surgical acute abdomen: imaging diagnose. Rev Esp Enferm Dig. 2010; 102(8):498-9.
2. Miguel A, Ripollés T, Martínez MJ, et al. Apendicitis epiploica e infarto omental: hallazgos en ecografía y tomografía computarizada. Radiología 2001; 43(8): 495-501.
3. Stella DL, Schelleman TG. Segmental infarction of the omentum secondary to torsion: ultrasound and computed tomography diagnosis. Australasian Radiology. 2000;44(2):212-5. ●



Cuerpo extraño metálico

Cos estrany metàl·lic

Metallic foreign body

Dra. Ana María García Correa⁽¹⁾, Dra. Elisenda Grivé Isern⁽²⁾.

⁽¹⁾Residente Radiología. ⁽²⁾Neurorradióloga. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: BAHA; audífonos; anclas para sutura; tomografía computerizada.

Key words: BAHA; hearing aids; sutured anchors; computed tomography.

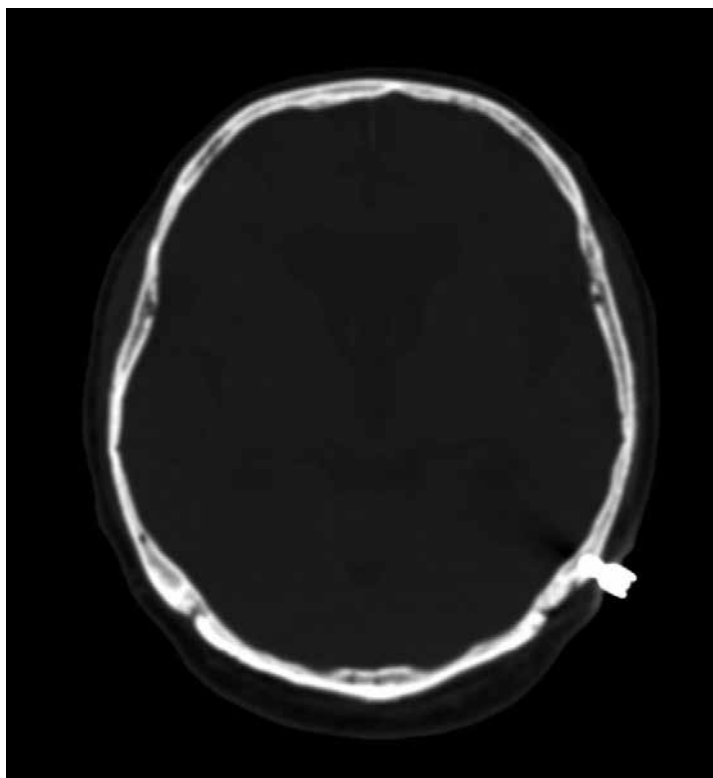
Correspondencia: amaria.garcia@hscor.com

Paciente de 72 años que acude para Tomografía Computerizada (TC) craneal para control de antecedente traumático. El TC no muestra alteraciones en el parénquima cerebral.

Se observa la siguiente imagen:



Cambiando las características de la escala de grises de la imagen se observa que corresponde a un cuerpo extraño metálico.

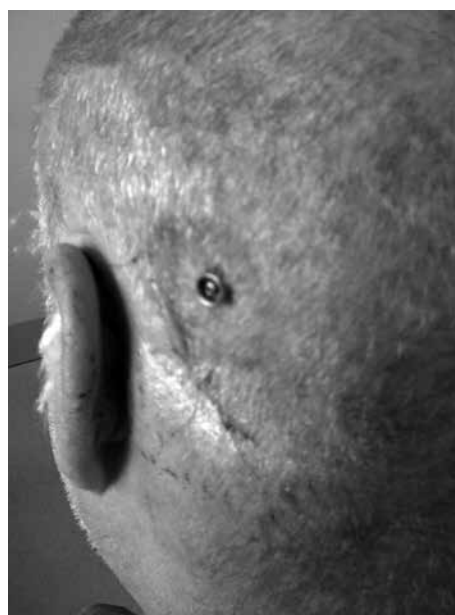
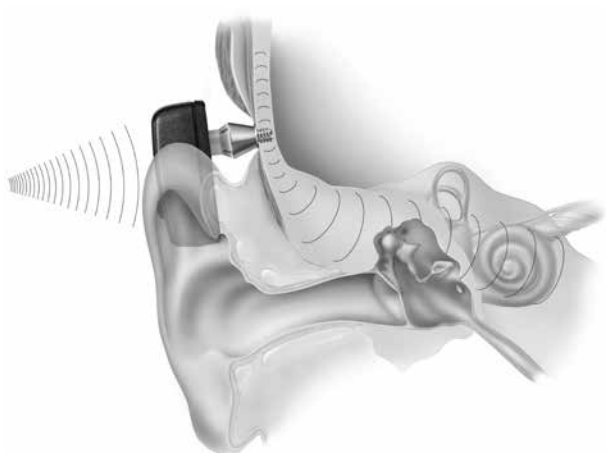


¿Sabe usted de qué se trata?

La imagen corresponde a un dispositivo BAHA (Bone-Anchored Hearing Aid), sistema auditivo de conducción ósea, que podemos traducir como audífono osteointegrado.

Es un dispositivo de conducción auditiva ósea que se implanta percutáneo anclado a la tabla externa craneal

mediante una fijación de titanio osteointegrado. El sistema transfiere el sonido al oído interno a través del hueso haciendo un bypass del oído medio. Entre los candidatos están pacientes con sordera conductiva, mixta o neurosensorial unilateral. ●



Protocol mèdic davant un accident biològic

Protocolo médico frente a un accidente biológico

Medical protocol for a biological accident

Dra. Anna Raboso Fidalgo

Unitat de Salut Laboral. Servei de Prevenció de Riscos Laborals

Paraules clau: accident de treball; risc biològic; personal de salut.

Keywords: accidents, occupational; biohazard release; health personnel.

Darrera revisió: Juliol 2014.

QUÈ S'ENTÉN PER ACCIDENT BIOLÒGIC?

La inoculació de sang i/o altres líquids biològics (orina, semen, secrecions vaginals, líquids cefaloraquidi, sinovial, pleural, peritoneal, pericardíac o amniòtic) durant la tasca laboral d'un professional, bé sigui de forma percutània (punxades, talls, contacte amb pell no intacta) o a través de mucoses (esquitxades).

QUINS SÓN ELS RISCS D'UN ACCIDENT BIOLÒGIC?

Evidentment no tots els accidents són iguals, però sí està establert que el risc de contagi després d'un accident amb exposició percutània amb font positiva Hepatitis B (Ag HBs) és de 22-31% amb AgHBe és positiu i del 1-6% si Ag Hbe és negatiu.

El risc de contagi després d'un accident amb exposició amb font positiva per Hepatitis C és del 0-7%.

El risc de contagi després d'un accident amb exposició amb font positiva per VIH és del 0,3%

COM S'HA D'ACTUAR IMMEDIATAMENT DAVANT UN ACCIDENT BIOLÒGIC?

Induir el sagnat, si és necessari, fent pressió al voltant de la ferida.

Deixar fluir lliurement la sang durant 2-3 minuts sota l'aigua corrent.

Rentar bé la ferida amb aigua i sabó i, posteriorment, amb Povidona iodada al 10% o alcohol al 70°.

En cas de contaminació de mucosa oral, nassal o conjuntival, cal rentar-la amb aigua abundant o solució salina isotònica.

I DESPRÉS? S'HA DE FER ALGUNA COSA MÉS?

Si la Font és coneguda hem d'investigar el seu estat serològic enfront Hepatitis B, Hepatitis C i VIH. Si la Font és desconeguda s'actua com si fos positiva.

Un cop sabem l'estat serològic de la Font podem aplicar les mesures actualment disponibles per a la prevenció de la infecció per VHC, VHC i VIH.

QUINES MESURES POST EXPOSICIÓ HI HA ?

Tots els treballadors amb risc biològic hauríem d'estar ben immunitzats davant de l'Hepatitis B (la vacuna és eficaç i es pot comprovar si el treballador fa resposta). Si ho desconeix es pot iniciar la vacunació i administrar gamma-globulina específica. Però insisteixo en conèixer l'estat previ a qualsevol accident a través de salut laboral.

Per la Hepatitis C, a 2014, no hi ha vacuna ni tractament quimioprofilàctic. Es fa un seguiment per detectar si hi ha una primoinfecció.

Per l'VIH hi ha tractament quimioprofilàctic, amb la combinació de antiretrovirals que, en cas necessari, és molt important iniciar abans de les 6 h de l'accident per assegurar la seva efectivitat.

INSTRUCCIÓ TÈCNICA

Anamnesi i exploració física del treballador accidentat: serologies prèvies, vacunacions, malalties, medicació, gestació i lactància.

Els controls específics es programaran d'acord amb el tipus d'accident patit, els resultats de les analítiques de la font i l'estat immunològic del propi accidentat.

Si la Font és negativa per a les serologies hepatitis B, C i VIH es realitzarà control basal (a urgències del centre o USL) i als 3 mesos (a MC Mutual).

A- FONT Negativa pels marcadors estudiats (hepatitis B, C i VIH) o positiva per VIRUS B.

En quant als marcadors del VHB, les actuacions variaran en funció de l'estat serològic del receptor (treballador afectat).

- Responedors a la vacuna Hepatitis B (títol Ac. s VHB superior a 10 UI/L):
 - Cap actuació.
- No responedors a la vacuna hepatitis B (títol Ac. s VHB inferior a 10 UI/L després de dos sèries de vacunació):
 - Cal administrar en les primeres 12h. de l'accident una dosi de gammaglobulina hiperimmune (post extracció sanguínia del treballador) + vacuna VHB i una 2^a dosi a les 4 setmanes.
- Resposta postvacunal desconeguda:
 - cal actuar inicialment com si fos un no respondedor i administrar una dosi de Gammaglobulina hiperimmune (post extracció sanguínia) en les primeres 12h. Posteriorment, s'actuarà en funció del resultat de l'Ac. s VHB. Si és negatiu, s'iniciarà la vacunació i s'administrarà una 2^a dosi de Gammaglobulina hiperimmune a les 4 setmanes.

- En procés de vacunació:
 - 1 dosi de Gammaglobulina hiperimmune (post extracció sanguínia) en les primeres 12h i Completar les dosis vacunals (no cal reiniciar la vacunació, només administrar les dosis que falten) .
- Si el receptor és HBsAg positiu conegut:
 - Es continuaran fent els controls seriat amb determinació de Ac. VHC i Ac. HIV.

B- FONT Positiva pel RNA de l'hepatitis C:

En el cas que existís confirmació prèvia que el pacient font sofreix una Hepatitis C, es faran controls a MC MUTUAL a les 6 setmanes, 3 mesos, 6 mesos.

A la Mútua d'accidents es valorarà el tractament amb Interferó en cas de detectar una seroconversió o una elevació de les Transaminases, així mateix si l'estudi base del receptor ja mostra positivitat de l'Ac anti-VHC s'ha d'investigar si es portador de malaltia hepàtica i considerar també la indicació de tractament amb interferó.

C- Positiva per Ac. anti-VIH

Si en la determinació urgent que s'ha realitzat al pacient-font s'observa l'Ac.anti-HIV positiu cal derivar al treballador afectat amb l'accident biològic a la Mútua d'accidents corresponent, es recomanarà al treballador que iniciï la quimioprofilaxi antirretroviral.

És molt important iniciar-la en 4 primeres hores després de l'accident per assegurar la seva efectivitat (durant 4 setmanes). En el cas excepcional que una determinació de Western Blot practicada de forma diferida a la font no confirmés la positivitat de l'Ac anti-VIH es retiraria el tractament amb antirretrovirals.

Si font VHI positiva es deriva directament a Mútua d'accidents .

Els seguiments es realitzaran a MC- MUTUAL: Als quinze dies d'iniciar el tractament de quimioprofilaxi es realitzarà una analítica general amb hemograma, proves hepàtiques i funció renal, que es repetirà al mes en acabar la quimioprofilaxi. Es continuaran fent els controls pertinents als tres mesos, sis mesos i a l'any de

l'accident.

D- Quan la font és desconeguda o inassequible:

Si la font no pot ser identificada perquè no és assequible (almenys en terme breu de temps), sigui perquè el pacient ja ha marxat de l'hospital o perquè excepcionalment es nega a col·laborar, s'actuarà amb al treballador accidentat les mateixes possibilitats de profilaxi postexposició, valorant conjuntament metge i treballador, els riscos i els beneficis potencials d'aquestes mesures. Derivar directament a Mútua d'accidents laborals. ●

Redacción médica. Redactar un resumen (abstract)

Escriure un resum

Writing an abstract

María José Sánchez⁽¹⁾, Jordi Delás⁽²⁾

⁽¹⁾Biblioteca, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Sagrat Cor.

RESUMEN

El resumen o abstract es un escrito que sintetiza de manera exhaustiva el contenido de un artículo o ponencia, y constituye la oportunidad de anunciar y citar los hallazgos preliminares de su estudio. Para la gran mayoría de los lectores, el artículo no existirá más allá de su resumen. Para aquellos que deseen leer más, el resumen establece el tono para el resto del documento. Por tanto, el autor debe asegurarse de que el resumen represente adecuadamente todo el trabajo. Para ello, el resumen debe reunir una serie de requisitos.

ABSTRACT

An abstract is a summary that covers comprehensively the contents of an article or paper and provides the chance for you to announce and cite the preliminary findings of your study. For the vast majority of readers, the paper does not exist beyond its abstract. For the readers who wish to read beyond the abstract, the abstract sets the tone for the rest of the paper. It is therefore the duty of the author to ensure that the abstract is properly representative of the entire paper. For this, the abstract must have some general qualities.

Palabras clave: redacción médica, resúmenes, preparar un manuscrito.

Keywords: medical writing, abstracts, preparing a manuscript.

Correspondencia: bibhsc@hscor.com

INTRODUCCIÓN

El resumen de un documento es la única parte del trabajo que se publica en las actas de congresos. El resumen

es la única parte de la ponencia que un revisor potencial ve cuando es invitado por un editor para revisar un manuscrito. El resumen es la única parte del artículo que los lectores ven cuando buscan a través de bases de datos electrónicas como PubMed. Por último, la mayoría de los lectores reconocerán, con una semisonrisa, que cuando ojean la copia impresa de una revista o el sumario online, se leen sólo los títulos de los trabajos. Si un título les interesa, echan un vistazo a través del resumen de dicho trabajo. Sólo un lector con un interés muy específico en el tema y la necesidad de comprenderlo a fondo, va a leer el documento completo.

Por lo tanto, para la gran mayoría de los lectores, el documento no existirá más allá de su resumen. Para aquellos que deseen leer más, el resumen establece el tono para el resto del

documento. Por tanto, el autor debe asegurarse de que el resumen representa adecuadamente todo el trabajo.

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DE UN RESUMEN

La primera regla de la escritura de resúmenes es “adecuarse a las instrucciones”. Tanto los organizadores de reuniones científicas, como las revistas científicas, requieren ajustarse a una estructura formal dentro de límites explícitos sobre la longitud de los resúmenes.

Los autores deben prestar atención a los detalles, incluyendo los plazos y formato sugerido. Dado que los revisores tienen muchos resúmenes para leer y clasificar, aquéllos que no se ajusten a las normas establecidas serán simplemente descartados.

El resumen científico se divide en cinco secciones únicas: título y autores, introducción o antecedentes, métodos, resultados y conclusiones. Los siguientes párrafos resumen lo que se espera en cada una de estas secciones.

Título: el título debe ser una promesa exacta del contenido del resumen. Corto, descriptivo e interesante. Un título ideal debe tener de 10 a 12 palabras. En general, es preferible que el título sea una descripción de lo que se ha investigado y no una declaración de los resultados o conclusiones. El título debe ser fácil de entender para el lector y no debe incluir jerga ni siglas o abreviaturas poco conocidas.

Autores: la lista de autores debe limitarse a las personas que han realizado el estudio, es decir, los responsables del diseño, recogida de datos, análisis de las cifras y redacción del resumen. El autor que presente el trabajo (el ponente) debe aparecer en primer lugar. Todos los autores citados, deberían leer y dar su visto bueno al resumen antes de ser enviado.

Introducción o Antecedentes: resumir, preferiblemente en una frase, los conocimientos actuales o “estado de la cuestión” específicamente relacionados con el trabajo presentado. Se debe indicar el objetivo del estudio e idealmente incluir una breve reseña de la hipótesis del mismo. En teoría, un estudio científico no se realiza para “demostrar que algo es cierto”, sino más bien para “averiguar si es cierto”. La diferencia puede parecer nimia, pero en realidad es muy importante. Con una hipótesis formal se demuestra la objetividad del estudio.

Métodos: en un resumen, la descripción de los métodos debe ser concisa y muchos de los detalles deben ser omitidos. No obstante, en unas cuantas frases cortas se puede dar al lector una buena idea del diseño del estudio, el contexto en el que se llevó a cabo y los tipos de pacientes o medidas que se incluyeron.

Resultados: es importante presentar los principales resultados del estudio no sólo en términos subjetivos, sino también con datos reales. Para ello es preciso elegir bien los hallazgos: deben ser los datos más importantes del estudio y

los hallazgos sobre los que se basarán sus conclusiones. No incluir tablas o gráficos salvo que sea necesario para mostrar sus resultados.

Conclusiones: aquí, debido al poco espacio disponible, tendrá que resumir en una frase el porqué le parecen importantes sus hallazgos y cuáles son sus posibles implicaciones. En las conclusiones, sea razonable y coherente con los hallazgos de su estudio. Recuerde que si el estudio se ha limitado a ciertos pacientes, a una terapia en particular o a un dispositivo concreto, puede que sus resultados no vayan más allá de dichas restricciones.

Un buen resumen debe responder a las cinco preguntas siguientes en las secciones correspondientes

¿Por qué se inició el trabajo? ¿Qué se pretende con él?	→ Introducción o antecedentes (y objetivos)
¿Qué se ha hecho?	→ Métodos
¿Qué se ha encontrado?	→ Resultados
¿Qué significa?	→ Conclusiones

ALGUNOS CONSEJOS GENERALES PARA ESCRIBIR RESÚMENES

- Siga las instrucciones: independiente de la calidad de su estudio, merece la oportunidad de ser revisado y presentado.
- Use frases sencillas: salvo en el caso de abreviaturas universalmente aceptadas, los acrónimos o siglas y abreviaturas deben escribirse in extenso la primera vez que se usen en el resumen. De igual forma, la jerga y expresiones locales deben quedar excluidas del resumen. Recuerde que la práctica médica varía de un país a otro.
- Pregunte a sus compañeros: antes de enviar el resumen, éste debe ser doblemente revisado para verificar la exactitud no sólo de los datos, sino que también de la descripción de los métodos y demás detalles. Las tablas y gráficos deben ser revisados con especial cuidado. Puede ser extremadamente útil que uno o más colegas (no involucrados en el estudio) lean el resumen y planteen críticas constructivas.
- Lea el resumen oralmente: es una buena manera de comprobar omisiones de palabras e incluso errores gramaticales.
- Contenido innecesario: las referencias bibliográficas nunca se incluyen en un resumen. Un tema diferente es que, aprobado nuestro resumen, lo desarrollemos en un póster que, ahora sí, contendrá referencias bibliográficas. Tampoco se incluirán los detalles sociodemográficos, a menos que ello sea necesario para la adecuada interpretación de los resultados. También resultan innecesarios los detalles sobre el software estadístico usado o el valor de los criterios estadísticos de un test y sus grados de libertad. En el

resumen, si el valor es significativo, bastará indicarlo o colocar el valor p en paréntesis detrás del resultado.

PUNTOS BÁSICOS

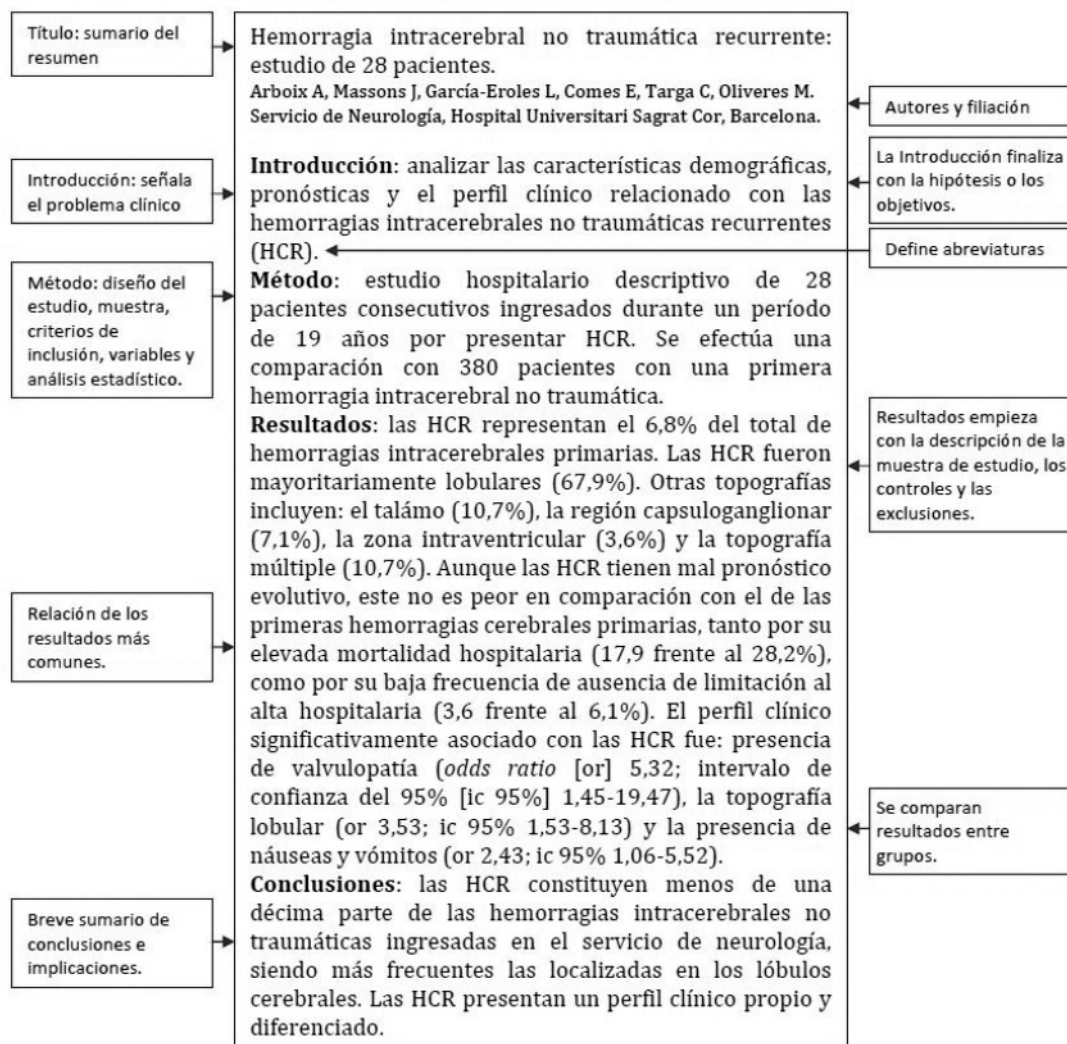
Requisitos generales de un buen resumen

- El resumen es una versión condensada y concentrada del texto completo del manuscrito de investigación. Debe ser suficientemente representativa del artículo si se lee como un documento independiente.
- El resumen debe ser lo más detallado posible dentro de los límites de palabras especificadas. Ello requiere

un fino juicio para determinar la información necesaria y la que no lo es.

- El resumen debe contener la mayor cantidad de información posible sobre el análisis relacionado con las medidas de resultado primarias y secundarias.
- El resumen no debe presentar una imagen sesgada, tal como resultados sólo favorables con el fármaco del estudio o hallazgos que apoyan la hipótesis de los autores; importantes hallazgos no significativos y adversos deben incluirse. En la medida posible, el lector debe ser capaz de evaluar de forma independiente las conclusiones de los autores.

Ejemplo



XVI Jornada de la Societat Catalana de Qualitat

Dades i qualitat: un model d'eficiència i millora assistencial
(Sant Boi de Llobregat, 19 de Juny de 2014)

Indicador de calidad "pneumotaponamiento" en la atención del enfermo crítico ingresado en la UCI

Javier Ruiz Moreno, M^a Jesús Esteve Paños, Mónica Salvá Ribas, Nuria Conesa Folch, Sonia Godayol Arias, Elia Velasco Soria, Eduardo González Marín, Anna Cruz Oliveras

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El control de la presión del balón de pneumotaponamiento (PT) es un indicador de calidad recomendado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Mientras que se ha avanzado mucho acerca del diseño de indicadores de calidad relacionados con la asistencia del enfermo crítico, su implantación y uso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) aún no es una realidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la implantación de 2 indicadores de calidad relacionados con el pneumotaponamiento en una UCI.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico observacional, analítico, prospectivo y de cohortes. Ámbito del estudio: (UCI médico-quirúrgica de 10 camas. Población: EC ingresados consecutivamente en la UCI en dos períodos del estudio. Criterios de inclusión: admisión en la UCI de EC documentación clínica completa. Criterios de exclusión: EC menores de 16 años, EC con grandes quemaduras y altas voluntarias de la UCI.

Indicadores:

- 1º indicador: Control de presión de pneumotaponamiento del tubo endotraqueal (TET) por turno
1. Dimensión : seguridad y riesgo, adecuación.

2. Fórmula: $(\text{N}^\circ \text{ controles de presión del PT por turno} / \text{N}^\circ \text{ EC con TET por turno}) \times 100$.
3. Periodo: De 1 a 30-XI-2012
4. Población: EC durante el periodo con necesidad de TET o traqueostomía
 - Tipo: Proceso
 - Estándar: 85%
- 2º indicador: Control de presión de PT del TET de todos los EC con TET dentro del rango de seguridad (25-30 mmg)
 1. Dimensión: Seguridad y riesgo, adecuación.
 2. Fórmula: $(\text{N}^\circ \text{ de controles de presión del PT dentro del rango de seguridad} / \text{N}^\circ \text{ de controles de presión del PT en EC con TET o traqueostomía}) \times 100$.
 3. Periodo: De 16 a 31-I- 2013.
 4. Población: EC durante el periodo estudio con necesidad de TET o traqueostomía:
 - Tipo: Proceso.
 - Estándar: 85%.

RESULTADOS

Control de presión de PT del TET por turno de enfermería: 16,66%.

Control de presión de PT del TET dentro del rango de seguridad: 53,78%.

CONCLUSIONES

El control de presión de PT por turno de enfermería (1º indicador) es muy bajo, pero el conocimiento de ese resultado ha permitido después realizar un segundo indicador más ajustado con mejores resultados.

El control de presión de PT favorece la seguridad clínica del EC ingresado en la UCI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duguet A, D'Amico L, Biondi G, et al. Control of tracheal cuff pressure: a pilot study using a pneumatic device. *Intensive Care Med* 2007; 33: 128-32.
2. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Madrid: SEMICYUC, 2011.
3. Rose L, Redl L. Survey of cuff management practices in intensive care units in Australia and New Zealand. *Am J Crit Care* 2008; 17(5):428-35.
4. Rose L, Redl L. Minimal occlusive volume cuff inflation: a survey of current practice. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(6):359-65.
5. Sole ML, Penoyer DA, Su X, et al. Assessment of endotracheal cuff pressure by continuous monitoring: a pilot study. *Am J Crit Care* 2009; 18(2):133-43. ●

Implantación de dos indicadores de calidad en la atención del enfermo crítico (EC) ingresado en la UCI

M^a Jesús Esteve Paños, Javier Ruiz Moreno, Elia Velasco Soria E, Sonia Godayol Arias, Mónica Salvá Ribas, Nuria Conesa Folch, Eduardo González Marín, Anna Cruz Oliveras

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Mientras que se ha avanzado mucho acerca del diseño de indicadores de calidad relacionados con la asistencia del enfermo crítico (EC), su implantación y uso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) aún no es una realidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la implantación de 2 indicadores de calidad (uno de proceso, otro de resultado) en la atención del EC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico observacional, analítico, prospectivo y de cohortes.

Ámbito del estudio: unidad de cuidados intensivos (UCI) médico / quirúrgica general de 10 camas, perteneciente a un hospital de agudos de 285 camas.

Población: EC ingresados consecutivamente en la UCI en los dos periodos del estudio. Criterios de inclusión: admisión en la UCI de EC documentación clínica suficiente. Criterios de exclusión: EC menores de 16 años, EC con grandes quemaduras y altas voluntarias de la UCI.

Indicadores seleccionados:

- Registro de alergias clínicamente documentadas en enfermos críticos (EC)
 1. Dimensión: Seguridad y riesgo.
 2. Fórmula: (Nº registros en EC con alergias clínicamente documentadas / Nº de EC con alergias clínicamente documentadas) X 100.
 3. Periodo del estudio: De 1 a 30-XI-2012 - Población: EC ingresados en la UCI durante el periodo de estudio:
 - Tipo: Resultado.

– Estándar: 100%.

- Registro de todos los accesos vasculares venosos y arteriales
 1. Dimensión: Efectividad y *continuum* asistencial.
 2. Fórmula: (Nº cumplimentaciones inadecuadas accesos vasculares venosos y arteriales / Nº de cumplimentaciones evaluadas de accesos vasculares venosos y arteriales) x 100.
 3. Periodo del estudio: De 1 a 15-XI-2012.
 4. Población: EC ingresados en la UCI durante el periodo del estudio.
 - Tipo: Proceso (*continuum* asistencial).
 - Estándar: 15%.

RESULTADOS

Registro de alergias clínicamente documentadas: 92,68%.

Registro de todos los accesos vasculares venosos y arteriales: 21,01%.

CONCLUSIONES

Mientras que el registro de las alergias clínicamente documentadas es muy satisfactorio, habría que mejorar el registro de accesos vasculares venosos y arteriales. Tanto el registro de las alergias como el de los accesos vasculares favorecen la seguridad clínica del EC ingresado en la UCI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Madrid: SEMICYUC, 2011. ●

Identificación de los North american Nursing Diagnosis Association (NANDA) y de las Nursing Interventions Classification (NIC) en función de la procedencia de los enfermos críticos

M^a Jesús Esteve Paños, Javier Ruiz Moreno, Eduardo González Marín,
Nuria Conesa Folch, Sonia Godayol Arias, Mónica Salvá Ribas, Elia Velasco Soria E,
Rosa Corcuera Romero de la Devesa, Anna Cruz Oliveras

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La importancia de los **North american Nursing Diagnosis Association (NANDA)** en el ámbito de la enfermería y de los **Nursing Interventions Classification (NIC)** no son cuestionables. Sin embargo, su aplicación en el ámbito específico del enfermo crítico (EC) ingresado en las unidades de cuidados intensivos (UCI) aún no se ha generalizado. El objetivo de este estudio es identificar los NANDA y las NIC de los EC ingresados en la UCI en función de su procedencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico, observacional, analítico y longitudinal prospectivo. Período: Del 10-XII-2012 al 31-I-2013. Ámbito del estudio: UCI médico/ quirúrgica general de 10 camas. Población y muestra: EC ingresados consecutivamente en la UCI en el período de estudio. Criterios de inclusión: admisión en la UCI de EC, documentación clínica suficiente. Criterios de exclusión: EC menores de 16 años, EC con grandes quemaduras y altas voluntarias de la UCI.

Procedencia de los EC: EC médicos (ECM), EC quirúrgicos electivos (ECQE) y (ECQU) quirúrgicos urgentes.

NANDA 2012-2014 (216 diagnósticos y 12 dominios). De esta clasificación se identifican diagnósticos específicos de EI, que se corresponden en su mayoría con diagnósticos reales y de riesgo, no tanto con diagnósticos de salud. Identificación de los NANDA característicos del EC: 176.

NIC: cuarta revisión, (514 intervenciones y 7 campos). Identificación de los NIC característicos del EC: 129.

Recogida de datos: NIC, 5 enfermeros formados en materia de *caxe-mix* y en NANDA. Los datos se obtienen durante las primeras 24h. del ingreso del EC, desde que en ese día es cuando se genera un mayor número de NANDA y de NIC.

Análisis estadístico: Contraste de medias y t de Student.

RESULTADOS

	EC totales	ECM	ECQE	ECQU
EC	76	31 (40,79%)	32 (42,11%)	13 (17,10%)
NANDA media DE	6579 86,56 7,59	2651 85,51 6,86	2758 86,18 7,63	1170 90,00 8,18
NIC media DE	3685 48,48 6,92	1511 48,74 7,42	1526 47,68 5,58	648 49,84 8,27

Comparación de medias	NANDA	NIC
ECM - ECQE	n.s.	n.s.
ECM- ECQU	p < 0,05	n.s.
ECMQE-ECQU	p = 0,07	n.s.

CONCLUSIONES

Los ECQU se asocian a más NANDA que los ECQE y éstos, a su vez, asocian más NANDA que los ECM.

Los ECQU asocian más NIC que los ECQE y que los ECM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Esteve Paños MJ, Ruiz Moreno J, González Marín E, et al. NANDA y NIC como herramienta de ajuste de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) XLVII Congreso Nacional de la SEMICYUC y XXXVIII de la SEEIUC, Santander 10-13 Junio 2012.
- Gebbie KM, Lavin, MA. Proceedings of the First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses. St. Louis: Mosby Year Book; 1995.
- Halverson EL, Beetcher EL, Scherb CA, et al. Minnesota nurses' perceptions of nursing diagnoses. Int J Nursing Terminologies Classification, 2011; 22: 123-132.
- Heather Herdman, T. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2012-2014. Elsevier España S.L., Barcelona, 2013.
- Lundgrén-Laine H, Suominen T. Nursing intensity and patient classification at an adult intensive care unit (ICU). Intensive Critical Care Nursing 2007; 23: 97-103.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier España SA; 2004.
- Paganin A, Moraes MA, Pokorski S, Ret al. Factors that inhibit the use of nursing language. Int J Nursing Terminologies Classification, 2008; 19: 150-157.
- Welton JM, Zone-Smith L, Bandyopadhyay D. Estimating nursing intensity and direct cost using the nurse-patient assignment. J Nurs Adm 2009; 39: 276-284. ●

Evaluación del consumo de recursos del enfermo crítico de edad avanzada (ECEA)

Javier Ruiz Moreno, Eduardo González Marín, M^a Jesús Esteve Paños, Nidia Suárez Álvarez, Marina Juliá Amill, Marta Moral Guiteras, M^a José Ribas Ribalta, Nuria Conesa Folch, Sonia Godayol Arias, Rosa Corcuera Romero de la Devesa

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se considera que el consumo de recursos de los enfermos críticos de edad avanzada (ECEA) es más alto que el de los enfermos críticos (EC) de edades inferiores. Se considera también que el pronóstico de los ECEA es más grave. No obstante, la identificación de variables específicas relacionadas con el consumo de recursos de los ECEA quizá no se ha investigado lo suficiente. Así, el objetivo de este estudio es evaluar el consumo de recursos del EC de edad avanzada en comparación con el EC de menor edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, analítico, longitudinal y observacional. Período: De 1-I-2012 a 31-VIII-2013 (20 meses). Ámbito: UCI de 10 camas. Población: EC ingresados consecutivamente. Muestra: 1090 EC. Criterios de exclusión: EC < 16 a., grandes quemados, documentación clínica no controlada y altas voluntarias.

Variables: a) estancia media (EM) y reingresos; b) GRD versión AP-GRD 25.0 y sus pesos relativos (PR); c) procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos: ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMnI), tratamiento substitutivo renal (TSR), aislamiento, monitorización hemodinámica, cateterismo cardíaco; d) cargas de trabajo (TISS 28 y NAS).

Análisis estadístico: Ji cuadrado de Pearson y contraste de medias (t de Student).

RESULTADOS

EC ≤ 83 años: 1090	Variables	EC ≥ 84 años: 158
63,0	EM	86,9
58(5,3%)	Mortalidad (p = 0,03)	15 (9,5%)
3,41	Estancia media (p = 0,11)	2,9
245 (4,1%)	Reingresos (p = 0,07)	2 (1,3%)

4,04	PR GRD (p = 0,12)	3,81
32,7	TISS 28 (p = 0,09)	32,0
78,72	NAS (p = 0,11)	78,35
329 (30,2%)	VMI (p = 0,78)	46 (29,1%)
117 (9,4%)	VNnI (p = 0,12)	20 (12,6%)
34 (3,1%)	TS renal (p = 0,02)	6 (3,8%)
26 (2,4%)	Aislamiento (p = 0,7)	3 (1,9%)
30 (2,7%)	Cateter. Cardíaco (p = 0,87)	4 (2,5%)
71 (6,5%)	Monitor. Hemodinámica (p = 0,47)	8 (5,0%)

CONCLUSIONES

En ninguna de las variables analizadas, el consumo de recursos es mayor en los ECEA. Las cargas de trabajo (TISS y NAS) no son mayores en los ECEA. Ni la EM ni los PR de los GRD difieren en ambas poblaciones, lo que, de paso, permite confirmar la coherencia entre GRD y EM en el ámbito del EC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Halpern SD. Perceived inappropriateness of care in the ICU: what to make of the clinician's perspective? JAMA 2011; 306: 2725-6.
- Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, et al. Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature. Chest. 2005; 127: 1764-74.
- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA. 2011; 306: 2694-703.
- Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: Intensive care benefit for the elderly. Crit Care Med. 2012; 40: 132-8. ●

Estudio de correlación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) con los Nursing Interventions Classification (NIC)

Javier Ruiz Moreno, M^a Jesús Esteve Paños, Eduardo González Marín, M^a José Ribas Ribalta, Nuria Conesa Folch, Marta Moral Guiteras, Marina Juliá Amill, Nidia Suárez Álvarez, Sonia Godayol Arias, Rosa Corcuera Romero-Devesa, Anna Cruz Oliveras

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los **Nursing Interventions Classification** (NIC) se han constituido en una clasificación científica relacionada con todo aquello que los enfermeros realizan en todos los ámbitos sanitarios. Los NIC fueron antecidos por los North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y complementados más tarde por los Nursing Outputs Classification (NOC). La importancia científica de los NANDA - NIC - NOC (NNN) es muy alta. Ningún sistema de *case-mix* médico supera al conjunto de los NNN en diseño, en ajuste y en detalle; y ningún sistema de *case-mix* se ha secuenciado tan bien: primero los diagnósticos, después las intervenciones, y finalmente los resultados.

Los **Grupos Relacionados con el Diagnóstico** (GRD) “ignoran” el peso que los NNN aportan a la complejidad del diagnóstico global. Ciñéndonos al ámbito del EC, formulamos la hipótesis de que a medida que el número de NIC aumenta en el EC, asimismo también aumenta el peso relativo (PR) del GRD de cada EC, formulándose dos objetivos: 1) analizar qué GRD se asocian a un mayor nº de NIC en el ámbito del EC, y 2) evaluar la correlación entre el PR de los GRD y el nº asociado de NIC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico, observacional, analítico y longitudinal prospectivo. Períodos de tiempo: Período 1 (de 10-XII-2012 a 22-V-2013), y Período 2 (de 19-VIII-2013 a 31-XII-2013. Ámbito del estudio: UCI) médico/quirúrgica de 10 camas, perteneciente a un hospital de agudos de 285 camas.

Población y muestra: EC ingresados consecutivamente en la UCI. Criterios de inclusión: admisión en la UCI de EC documentación clínica completa. Criterios de exclusión: EC menores de 16 años, EC con grandes quemaduras, altas voluntarias de la UCI y EC que no formen parte de un GRD que agrupe 5 ó > EC. La muestra es no probabilística y accidental, con un IC 95% (valor estándar = 1.96) y un margen de error del 5 %, calculando un mínimo de 249 EC. *Case-mix*.

a) GRD: Versión AP - GRD 25.0 (684 GRD que se agrupan en 25 categorías diagnósticas principales y una pre-categoría). Se seleccionan los GRD que han agrupado 6 ó > EC.

b) NIC: cuarta revisión (514 intervenciones y 7 campos). Identificación de NIC característicos del EC: 129.

Recogida de datos - NANDA: 6 enfermeros registran datos en las primeras 24h. (cuando se genera un > nº de NIC). - GRD: 1 médico experto en sistemas de *case-mix*. La asigna-

ción del GRD se realiza al alta de la UCI del EC.

Análisis estadístico: ANOVA (F Snedecor), calculando el punto crítico para un valor de ‘p’ inferior a 0,001, se obtiene un valor de 1,976. Contraste de Sheffé post ANOVA (comparación de medias), para averiguar que parejas enfrentadas de GRD son significativas. El punto de corte de la ‘t’ de Sheffé para un valor de ‘p’ < a 0,05 es de 1,7258.

RESULTADOS

Nº de EC totales: 554. Nº de EC incluidos en GRD que incluyen 5 ó más casos: 405 (73,10%).

Nº de GRD que incluyen 5 ó más EC: 37. Nº de NIC promedio por EC: 56.45 (intervalo de confianza 0,05, DE \pm 0,656).

ANOVA estadísticamente significativo: F = 3,079, p < 0,001.

El recuento aplicando el contraste de Sheffé es de 684 pares de GRD, observando que son significativos 190, o aquellos pares de GRD con una ‘t’ de Scheffé > 1,7258 (p < 0,05). En otras palabras, 190 emparejamientos de GRD traducen que es estadísticamente significativa la diferencia que hay entre ellos en cuanto al número de NIC promedio.

- Correlación entre el PR y el nº de NIC es de 0,598 (p < 0,00013).
- Eliminando 2 GRD ‘outlayers’ por PR muy extremo (48,40 y 29,81), quedarían 35 GRD, con un valor máximo de PR < 12.

CONCLUSIONES

Se observan diferencias entre unos GRD y otros (ANOVA) en cuanto al nº de NIC, observando 190 emparejamientos de GRD que son diferentes entre sí.

Los GRD de mayor PR conllevan un mayor nº de NIC; no siendo uniforme, por tanto, la distribución de los NIC por PR de los GRD.

Los NIC reflejan el consumo de recursos del EC ingresado en la UCI tanto como los GRD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bulechek GM, & McCloskey, JC (Eds.). The nursing clinics of North America: Nursing interventions. 27 (2). Philadelphia: W.B. Saunders; 1992.
2. Esteve MJ, Ruiz J, Conesa N, Godayol S, Salvá M, Velasco E et al. Identificación de los NANDA y de las NIC en función de la procedencia de los enfermos críticos. XXXIX Congreso de la SEEYUC. Tenerife, 9-12 de Junio de 2013 ●

Correlación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) con los Nursing Interventions Classification (NIC) en el enfermo crítico

Javier Ruiz Moreno, M^a Jesús Esteve Paños, Marina Juliá Amill, Eduardo González Marín, Marta Moral Guiteras, Nidia Suárez Álvarez, Nuria Conesa Folch, M^a José Ribas Ribalta, Sonia Godayol Arias, Rosa Corcuera Romero-Devesa, Anna Cruz Oliveras

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de atender el mismo paciente, en el mismo lugar y al mismo tiempo, probablemente los North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) no se correlacionan con los diagnósticos médicos en referencia a los enfermos críticos (EC) atendidos en las unidades de cuidados intensivos; diagnósticos médicos entendidos como GRD. Precisamente, los objetivos de este estudio son 1) analizar qué GRD se asocian a un mayor número de NANDA en el ámbito del EC, y 2) evaluar la correlación entre el peso relativo (PR) de los GRD y el número de NANDA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico, observacional, analítico y longitudinal prospectivo. Períodos de tiempo: Período 1 (de 10-XII-2012 a 22-V-2013), y Período 2 (de 19-VIII-2013 a 31-XII-2013). Ámbito del estudio: UCI médico/quirúrgica de 10 camas, perteneciente a un hospital de agudos de 285 camas.

Población y muestra: EC ingresados consecutivamente en la UCI. Criterios de inclusión: admisión en la UCI de EC documentación clínica completa. Criterios de exclusión: EC menores de 16 años, EC con grandes quemaduras, altas voluntarias de la UCI y EC que no formen parte de un GRD que agrupe 5 ó + EC. La muestra es no probabilística y accidental, con un intervalo de confianza: 95% (valor estándar = 1,96) y un porcentaje o margen de error del 5%, calculando un mínimo de 249 EC.

case-mix:

1. GRD: Versión AP-GRD 25,0 (684 GRD que se agrupan en 25 categorías diagnósticas principales y una precategoría). Se seleccionan los GRD que han agrupado 6 ó + EC.
2. NANDA 2012-2014: 216 diagnósticos y 12 dominios. Se identifican diagnósticos NANDA específicos del EC, que se corresponden en su mayoría con diagnósticos 'reales' y de 'riesgo', no tanto con diagnósticos de 'salud'. Identificación de NANDA característicos del EC: 176.

Recogida de datos - NANDA: 6 enfermeros registran datos en las primeras 24 h (cuando se genera un mayor n° de NANDA). - GRD: 1 médico experto en sistemas de 'case - mix'. La asignación del GRD se realiza al alta de la UCI del EC

Análisis estadístico: ANOVA, F Snedecor. Valor de 'F' Snedecor significativa = 1,5; valor de 'p' significativo = 0,05.

RESULTADOS

Número de EC: 556; EC incluidos en GRD con 5 ó más casos: 407; GRD que comprenden 5 ó más casos: 37.

Media de NANDA por EC: 73,76 (intervalo de confianza 0,05, DE \pm 0,749).

ANOVA no significativo (F Snedecor = 1,458, p = 0,047); por lo que no se realiza estudio de correlación entre el PR y el n° de NANDA.

La distribución de los NANDA en los GRD no es uniforme. Así, unos GRD comprenden un número diferente de NANDA que otros; no sabiendo si en más o en menos.

Ningún GRD asocia más NANDA que los demás.

Los GRD de mayor PR no conllevan un > n° de NANDA.

CONCLUSIONES

La distribución de los NANDA por PR de los GRD es uniforme: los GRD de mayor PR no conllevan un mayor número de NANDA.

Los NANDA no se correlacionan con los GRD. En otras palabras, los diagnósticos de enfermería no se asocian a los diagnósticos médicos; o los GRD "ignoran" una media de 87 NANDA por caso clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clinical Casemix Handbook 2011-2012 Version 2.0. Performance Activity and Quality Division. Department of Health, State of Western Australia (2011).
2. Esteve MJ, Ruiz J, Velasco E, Salvá M, et al. Identificación de NANDA y de NIC en una población de enfermos críticos (EC). XXXIX Congreso de la SEEYUC. Tenerife, 9-12 de Junio de 2013.
3. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL et al. Case mix definition by diagnosis - related groups. Med Care, 1980; 18 (sup.): 1-53.
4. Heather Herdman, T. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones 2012-2014. Madrid: Elsevier España, 2012. ●

Indicadors, comparabilitat i quelcom més

Lucía Mata Haya, M^a Luïsa Ruiz Aguinaga, Cristina Sagrera Felip

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

En el context de la transversalització de procés de seguretat del pacient per a tres centres de la mateixa organització, s'ha assolit la màxima comparabilitat dels principals indicadors assistencials i organitzatius, relacionats amb la seguretat del pacient.

El procés i mètode de redefinició iterativa de les definicions operacionals dels indicadors ha suposat una readaptació continua de les fonts de recollida d'informació per a aquests, i especialment de la sistemàtica de seguiment i observació. Per tant també en l'aplicació de les mesures preventives necessàries.

Un cop estandarditzats els Quadres de Comandament (QC) de seguretat i comparades les evolucions durant l'any 2013, es va detectar que en determinats riscos no hi ha millores que prosperin en el temps, o que es vegin relacionades directament en resultats pel pacient, per a algunes de les pràctiques segures treballades.

Objectiu general: Esbrinar si tot i assolir tendències positives en comparar resultats de tres centres, podríem anar més enllà en el progrés de la millora continua per als nostres pacients.

Objectiu específic: Diferenciar les mides preventives relacionades amb el resultat dels indicadors trimestrals, de les sorgides d'altres tipus d'anàlisis (sentinelles, dades de bases de dades exhaustives, procés de reflexió...), per tal de definir la seva complementarietat.

MATERIAL I MÈTODE

Estandardització dels indicadors i les seves definicions.

Estandardització dels sistemes de seguiment i recollida de les dades.

Implantació del QC per tres centres, en el que s'ha cercat la validesa i la fiabilitat en la comparació que es fa trimestralment de manera transversal.

Elecció d'una de les pràctiques segures "caigudes", que considerem que podríem millorar tot i estar per sota dels estàndards de centres d'aguts.

Llistar les mides preventives assolides relacionades amb els nostres indicadors, i per tant incloses en les condicions a mesurar i comparar.

Cercar noves mides proposades resultants del seguiment dels criteris registrats en BBDD durant 5 anys, les sorgides d'anàlisis d'esdeveniments relacionats amb caigudes i del procés de reflexió posterior.

RESULTATS

S'ha elaborat la proposta transversal de noves mides preventives complementàries que no es posaven en marxa, possiblement en estar centrats en indicadors amb molt bon resultat. Ens ha permès definir noves barreres o estratègies de vigilància, que s'han començat a difondre a través d'accions formatives. Per al futur més pròxim, mesurarem no els números, sinó si alguna de les noves mides dissenyades han pogut evitar algun incident per caiguda.

CONCLUSIONS

Els indicadors de procés i resultat en l'àmbit de la seguretat sens dubta són d'utilitat per a mesurar les millores assolides a través de les accions de prevenció. La comparabilitat entre centres promou la motivació cap a la millora contínua, més quan es fa de manera transversal dins una mateixa empresa.

D'altra banda no ens podem quedar en la complaença d'estar assolint els estàndards esperats, doncs no hem de perdre de vista que el que cerquem no és el resultat, sinó el poder implantar més mides preventives que les que estàvem comparant de manera estàndard. Cal fer-ho de manera pro activa i no tan sols reactiva.

Sense un procés racional d'identificació d'altres possibles actuacions, com les propostes de millora que suggerim, no haguéssim avançat més que el punt en que estàvem.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Quadre de comandament de Seguretat dels Pacients a l'atenció especialitzada: indicadors i fitxes. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries; Departament de Salut, 2014.
2. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SÉ-NECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.
3. Robles D, Orrego C, Moreno P, et al. Estudi observacional descriptiu sobre caigudes i factors de risc en hospitals d'aguts i centres sociosanitaris a Catalunya. Té sentit un abordatge comú entre nivells assistencials? Ann Med 2011; 94:57-9.

4. Viana S, García Martín MR, Núñez Crespo F, et al. ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enferm Clín* 2011;21:271-4.
5. Urruela M, Gómez Ahedo E, Iglesias Astorga C, et al. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente *Rev Multidiscipl Gerontol* 2002; 12: 14-8.
6. Intervenciones para reducir la incidencia de caídas en personas mayores en unidades hospitalarias de cuidados agudos. *Enferm Clin* 2012;22:173-5.
7. Laguna Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra López F, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos* 2010; 21: 97-107. ●



SESSIÓ GENERAL

Orientació sobre la realització d'una tesis doctoral

Ponent

Dr. Javier Ruiz - *Coordinador de qualitat de l'àrea de crítics*

Lloc : **SALA D'ACTES - Capella (7a Planta d'Hospital)**

Dia : **Dijous, 13 de novembre de 2014**

Hora : **13:15 hores**

Apunts

L'Església de l'Hospital

Consell de Redacció d'Annals del Sagrat Cor

Quan es tomba des de l'Avinguda de Sarrià cap al carrer Londres, es troba de seguida la imatge de l'edifici de l'Hospital del mateix carrer i la torre més alta de la cantonada de Viladomat. A causa del costum, quasi bé passa desapercebuda la imatge de l'Església Sant Eugeni I Papa.

Val la pena passar-hi amb més deteniment, perquè està pràcticament igual que en el moment de la seva construcció(1). Gràcies al mecenatge de la senyora Dorotea de Chopitea, viuda del senyor José M. Serra Muñoz, es va edificar la capella de l'Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor, juntament amb l'Hospital del Sagrat Cor, entre el 1880 i el 1883 pel mestre d'obres de Barcelona Jeroni Granell i Manresa (1867-1931)(2,3). Es va construir seguint l'estil neoromànic, que també és present a la Universitat i al Seminari de Barcelona.

A la fotografia es pot veure l'església i hospital amb un mateix estil arquitectònic: grans finestrals per a grans habitacions, compartides. L'Hospital no era gaire alt, essent més alta la torre del campanar. L'hospital i la capella es comunicaven.

La capella, potser per la seva vinculació a l'Hospital no va patir destrosses el 1909, durant la Setmana Tràgica, ni durant la Guerra Civil. El pas a parròquia de Sant Eugeni I Papa va ser el 1945 per un decret del bisbe Dr. Gregorio Modrego.

La nova parròquia va ser dedicada a Sant Eugeni, papa del segle VII, nom de bateig del papa Pius XII (Eugeni Pacelli), llavors Summe Pontífex. Un cop instaurada, la parròquia no va començar a funcionar fins el 1947.

REFERÈNCIES

1. Història de la parròquia San Eugeni I Papa. <http://www.parroquiasanteugenibcn.org/es/home.html>
2. Granell. Gran Enciclopèdia Catalana. http://www.enciclopedia.cat/enciclop%C3%A8dies/gran-enciclop%C3%A8dia-catalana/EC-GEC-0030861.xml?s.rows=100&s.q=antoni+vilanova#.U_5M9PnV9hs
3. Jeroni Granell i Mundet. <http://www.epdlp.com/arquitecto.php?id=5635> ●



Notícies

IDCsalud Sagrat Cor Hospital Universitari obtiene tres TOP20 en su edición de 2014

Gestión hospitalaria global, área de corazón y área de respiratorio han sido los tres TOP20 que en su edición de 2014 IASIST ha otorgado a idcsalud Sagrat Cor Hospital Universitari. Los prestigiosos galardones concedidos al Sagrat Cor han sido recogidos por el Dr. Xavier Mate, Director General de los centros de idcsalud en Catalunya y la Dra. Cristina Carod Directora Médica del Sagrat Cor y de la Clínica del Vallès. En la edición de este año han participado de forma voluntaria un total de 163 hospitales.

Desde el año 2000, la compañía IASIST, promotora del Programa Hospitales TOP 20, identifica los patrones de buena práctica (benchmark) y da a conocer el nombre de aquellos centros con mejores resultados en calidad (mortalidad, complicaciones, readmisiones), adecuación de la práctica clínica (cirugía sin ingreso) y eficiencia económica (estancias, productividad y coste). ●



XX Sessions de la Unitat de Malalties Vasculares Cerebrals

de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Curs acadèmic 2014-2015

Direcció: Dr. Adrià Arboix

Amb el suport:

Societat Catalana de Neurologia i Comitè d'Experts en Malalties Vasculares Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia

PROGRAMA

Presentació.

Dr. Adrià Arboix.

8 d'Octubre de 2014 (dimecres, horari: 13.30h)

Conferència d'inauguració:

"Son realment "minor" els "ictus minor" i els AIT...?"

Dra. Natàlia Pérez de la Ossa

Servei de Neurologia

Hospital Germans Trias. Badalona.

7 de Novembre de 2014 (divendres, horari: 8.30h)

Reunió del Comitè d'Experts en Malalties Vasculares 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.
- Programació de protocols.
- Programació d'estudis cooperatius multicèntrics.

17 de Desembre de 2014 (dimecres, horari: 13.30h)

"Infarts llacunars: causes genètiques i utilitat del tractament trombolític?"

Dra. Dolores Cocho

Servei de Neurologia

Hospital General de Granollers. Granollers.

22 d'Abril de 2015 (dimecres, horari: 13.30h)

"Aspectes genètics en els ictus i la seva repercusió assistencial".

Dr. Israel Fernández-Cadenas.

Servei de Neurologia

Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa.

26 de Maig de 2015 (dimecres, horari: 13.30h)

Conferència de Cloenda:

"Ateromatosis complexa de crossa aòrtica: Avanços i controvèrsies".

Dr. Jorge Pagola

Servei de Neurologia

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Cloenda: Dr. Adrià Arboix.

PONENTS

Dra. Dolores Cocho

Servei de Neurologia

Hospital General de Granollers.

Granollers.

Dra. Natàlia Pérez de la Ossa

Servei de Neurologia

Hospital Germans Trias.

Badalona.

Dr. Israel Fernández-Cadenas.

Servei de Neurologia

Hospital Mútua de Terrassa.

Terrassa.

Dr. Jorge Pagola

Servei de Neurologia

Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

Barcelona.

Sessions Clíniques per als Residents de Medicina Familiar i Comunitària

XVI CURS DE FORMACIÓ CONTINUADA en Medicina Clínica

CURS ACADÈMIC 2014-2015. PRIMER TIMESTRE

Dimarts 13.30h

Lloc: sala d'actes (capella HUSC)

OCTUBRE

Dimarts 7	Posada a punt de l'ictus, <i>Dr. Arboix</i> , servei de Neurologia
Dimarts 14	Interpretació d' ECG, <i>Dra. Casañas</i> , servei de Cardiologia
Dimarts 21	Urgències d'urologia (I), <i>Dr. Gutiérrez</i> , servei d' Urologia
Dimarts 28	Circuit de transfusions, <i>Dra. Maricel Subirà</i> , servei d'Hematologia

Reunió extraordinària

Dimecres 8 d'octubre, dins del programa de sessions de la Unitat de malalties vasculars cerebrals de l'HUSC: Conferència d'inauguració: "Són realment "minor" els "ictus minor" i els AIT?

Dra. N. Pérez de la Ossa, servei de neurologia Hospital Germans Trias i Pujol.

NOVEMBRE

Dimarts 4	Quan el pacient és consumidor de drogues no legals, <i>Dr. Delàs</i> , servei de Medicina Interna
Dimarts 11	Urgències/Emergències oftalmologia, <i>Dr. Ortiz</i> , servei d'Oftalmologia
Dimarts 18	TEP, <i>Dra. R. Salas</i> , servei de Medicina Interna
Dimarts 25	HIV, <i>Dra. Coll</i> , servei de Medicina Interna

Reunió extraordinària, HORARI 8:30

Divendres 7 de novembre, dins del programa de sessions de la Unitat de malalties vasculars cerebrals de l'HUSC: Reunió del Comitè d'experts en malalties Vasculars cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

DESEMBRE

Dimarts 2	COT, <i>Dr. Malic</i> , servei de Traumatologia
Dimarts 9	COT, <i>Dr. Malic</i> , servei de Traumatologia
Dimarts 17	Urgències d'urologia (II), <i>Dr. Gutiérrez</i> , servei d' Urologia