

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2011.
Volum 17. Número 4. Publicació trimestral

Editorial 160

Originals 161

– REDACCIÓ MÈDICA, ASSIGNATURA OPTATIVA, FACULTAT DE MEDICINA, UNIVERSITAT DE BARCELONA. Resultats curs 2007-2008. *Jordi Delàs Amat, César Morcillo Serra, Maria José Sánchez López, Wilma Penzo, Olga Parra Ordaz*

– ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL EMBOLISMO PULMONAR: ¿buen predictor pronóstico en pacientes ingresados por embolia pulmonar? *Rosario Salas, Elena Merino, Antonio Cárdenas, Carlos Arauco, M^a José González, Caterina Fornós, Núria Parra, Francesc Fernández*

– BAJA PROBABILIDAD EN LA ESCALA DE WELLS Y DIMERO D NEGATIVO: ¿podemos excluir con seguridad la embolia pulmonar? *Elena Merino, Rosario Salas, Antonio Cárdenas, Carlos Arauco, M^a José González, María Sanjaume, Núria Parra, Francesc Fernández*

Cas clínic 173

– Embolisme pulmonar en pacient amb càncer de mama. *Helena Flórez Enrich*

Article especial 176

– GESTIÓ DE LA QUALITAT - PART I. Guió bàsic per a integrar coneixements sobre termes d'avaluació. *Lucía Mata Haya*

– HOMENAJE AL DR. MIQUEL BALCELLS RIBA. *Eduardo Irujo, Neus Fabregat i Fabra, Emili Comes, Moisés Cadierno Carpintero, Gonzalo Vidal*

– SESIÓN EXTRAORDINARIA: Neurología psiquiatría y sociedad. *Miquel Balcells Riba*

Imatges clíniques 201

– Sarcoma de partes blandas. *Kenny Villadiego López*

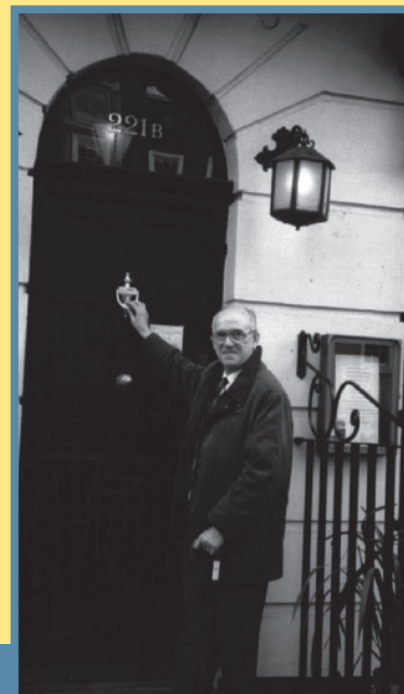
Correcció 202

– Campillo D. Paleopatología. Ann Sagrat Cor 2010; 17(3): 110-4

Notícies 203

– XI Congreso Nacional de Paleopatología

Index Volum 17 204



Consell editorial

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

L'Acadèmia dels Annals

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

Coordinació

M^a José Sánchez

Director

Jordi Delás

Redactora en cap

Maria Patricio Mulero

Consell de Redacció

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

Disseny

Sònia Poch

Maquetació

Renata Lucena

Consell Editorial:

Margarita Aguas, farmàcia
Jamil Ajram, pediatria
Rosa Antón, cirurgia
José Vicente Aragón, digestiu
Adrià Arboix, neurologia
Jordi Argimón, medicina interna
Isabel Arias, anestèsia
Xavier Arroyo, medicina interna
Javier Avila, urologia
Miquel Balcells, neurologia
Joan Ballesta, cirurgia plàstica
Santi Barba, cirurgia

Núria Barrera, medicina de família
Siraj Bechich, medicina interna
Xavier Beltrán, cirurgia vascular
Antoni Bosch, cirurgia
Jesús Broto, cirurgia pediàtrica
Joaquim Camarasa, cirurgia
Eleuterio Cánovas, otorrinolaringol
Rosa Carrasco, endocrinologia
José Luis Casaubon, medicina intensiva
Margarita Centelles, oncologia
Rosa Coll, medicina interna
María José Conde, radiologia
Emili Comes, neurologia
Frederic Dachs, traumatologia
Jordi Delás, medicina interna
Vicente De Sanctis, anestèsia
Dani Dinarés, otorrinolaringologia
Begoña Eguileor, farmàcia
Francesc Fernández, medicina interna
Javier Foncillas, cirurgia
Caterina Fornós, medicina interna
Rosa García-Penche, infermeria
Enric Gil de Bernabé, cirurgia
Marta Grau, neuropsicologia
Luis Hernández, neurocirurgia
Maribel Iglesias, dermatologia
Albert Isidro, traumatologia
Eduardo Irache, psiquiatria
Joan Carles Jordà, infermeria urgències
Fani Labori, anestèsia
Juan Martín Zárate, digestiu
Joan Massons, neurologia
M. Mateo, anestèsia
Eduard Mauri, radiologia
Ignasi Machengs, oncologia
Juan Carlos Martín, cirurgia pediàtrica
Mario A. Martínez, otorrino
Luis Medina, medicina interna
Núria Miserachs, microbiologia
Carles Miquel, cirurgia vascular
Laure Molins, cirurgia toràcica
Sebastià Monzó, hematologia
César Morcillo, medicina interna
Carmen Muñoz, hematologia
Montserrat Oliveres, neurologia
José Luis Palazzi, traumatologia
Olga Parra, pneumologia
Antoni Pelegrí, nefrologia

Luis Manuel Pérez Varela, neurocirurgia
Núria Pinilla, infermera
Carles Pons, cardiologia
Montserrat Pons, farmàcia
Carme Prat, traumatologia
Marina Puig, endocrinologia
Núria Queralt, infermera
Vicenç Querol, radiologia
Núria Roca, medicina interna
Assumpta Ros, otorrinolaringologia
Vicenç Ros, cirurgia plàstica
Germán Rosales, traumatologia
Jesus Sacristán, urologia
Rosario Salas, medicina interna
Montse Salleras, dermatologia
Elisabeth Sánchez, medicina interna
Manuel Sánchez Regaña, dermatologia
Antonio Segade, cirurgia
Joan Seguí, psiquiatria
Agustí Segura, cirurgia
Ricard Solans, medicina intensiva
Juanjo Sopena, pneumologia
Dolors Sort, medicina interna
Marisa Surroca, endocrinologia
Cecilia Targa, neurologia
Pere Torras, medicina interna
Pau Umbert, dermatologia
Ignasi Valls, ginecologia

Correspondència:

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

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

SUMMARY

Annals del Sagrat Cor, 2011; Volum 17, Issue 4

Editorial	160
Original	161
– MEDICAL WRITING, ELECTIVE COURSE, FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF BARCELONA. Outcomes 2007-08 academic year. <i>Jordi Delás Amat, César Morcillo Serra, Maria José Sánchez López, Wilma Penzo, Olga Parra Orda</i> – PULMONARY EMBOLISM SEVERITY INDEX: an effective prognosis predictor in patients with pulmonary embolism admitted to hospital? <i>Rosario Salas, Elena Merino, Antonio Cárdenas, Carlos Arauco, M^a José González, Caterina Fornós, Núria Parra, Francesc Fernández</i> – LOW WELLS' CLINICAL PROBABILITY COMBINED WITH NEGATIVE D-DIMER: can we exclude pulmonary embolism safely? <i>Elena Merino, Rosario Salas, Antonio Cárdenas, Carlos Arauco, M^a José González, Maria Sanjaume, Núria Parra, Francesc Fernández</i>	
Case report	173
– Pulmonary embolism in a patient with breast cancer. <i>Helena Flórez Enrich</i>	
Special Article	176
– QUALITY MANAGEMENT – PART I. Basic guide to integrate knowledge over terminology of assessment. <i>Lucía Mata Haya</i> – TRIBUTE TO DR. MIQUEL BALCELLS RIBA. <i>Eduardo Iraçhe, Neus Fabregat i Fabra, Emili Comes, Moisés Cadierno Carpintero, Gonzalo Vidal</i> – CLINICAL SESSION: Psychiatry, neurology and society. <i>Miquel Balcells Riba</i>	
Clinical images	201
– Soft-tissue sarcoma. <i>Kenny Villadiego López</i>	
Correction	202
– Campillo D. Paleopathology. Ann Sagrat Cor 2010; 17(3): 110-4	
News	203
– XI National Congress on Paleopathology	
Index Volum 17	204

Editorial

Miquel Balcells i els Annals del Sagrat Cor

Amb aquest darrer número de 2010, tanquem el 17è volum dels Annals del Sagrat Cor. Aquest fet ens deixa a mig camí entre els inicis de la publicació, l'any 1993, i les expectatives de futur.

Són moltes les coses que han passat han aquests 17 anys de publicació de la revista. Algunes d'elles les podem repassar de la ma de l'homenatge al Dr. Miquel Balcells que apareix en aquest exemplar.

Aquesta publicació va ser fundada pel Dr. Puigdollers, membre de l'escola del Dr. Pedro Pons com el mateix Dr. Balcells. En els dos importants serveis que varen dirigir, Neurologia i Medicina Interna, hi ha, per tant, amplis trets d'aquesta significativa escola, que, per extensió, també impregna, en bona part, les parets del nostre Hospital.

Quan el Dr. Balcells es va fer càrrec de la direcció del Servei de Neurologia es va incloure en la relació d'il·lustres metges, autèntics senyors de Barcelona, que constituïen el cos de Caps de Servei. El talent lliure, obert d'en Miquel, de seguida li va donar molt prestigi entre els metges més joves d'un Hospital encara no jerarquitzat.

Era un dels líders d'opinió dels dinars de l'àrea reservada del restaurant de l'Hospital, on freqüentava la tertúlia-dinar amb Pep Soler, Juan Luis Batalla, Domènec Gironés, el també Cap de Servei Fernando Palomar i pràcticament tot l'equip d'Urgències-UCI.

Precisament Moisès Cadierno, cap d'aquest servei i responsable de la modernització de l'Hospital, contribueix a l'homenatge al Dr. Balcells en aquestes mateixes pàgines.

Un altre homenot de l'Hospital va ser el Dr. Sanchis, primer gerent de l'Hospital després de la compra de l'Hospital per part de l'Aliança, l'any 1980. Quan va constituir la Junta Facultativa, la Junta dels Facultatius de l'Hospital, el primer President va ser el Dr. Balcells. El seu talent democràtic, el

ser una persona de consens acceptat per tothom va donar enorme prestigi a aquesta institució i la va caracteritzar en vers el futur.

Els vuitanta varen ser anys complexos. Si el maig de 1979 va tenir lloc la primera vaga de l'Hospital, el 1982 varen haver-hi 25 convulsos dies de vaga. I a la fi d'aquesta dècada, l'any 1990, en Miquel Balcells va ser anomenat Director Mèdic.

Durant aquests anys es va implantar el sistema MIR al Sagrat Cor, amb el decidit recolzament dels Drs. Jurado y Puigdollers i es va anar consolidant cada vegada més la vinculació amb la Universitat de Barcelona.

Cal recordar la seva faceta docent. Ha creat una autèntica escola de Neurologia, combinant enciclopedisme mèdic, habilitat clínica amb bondat en vers el pacient i companys. Durant molts anys l'Hospital ha assolit tasques de formació contínua. Així ho recorden cursos de diferents especialitats. Entre d'altres el cursos de Neurologia, molts d'ells a la seu dels laboratoris Sandoz.

El Dr. Balcells ha estat un habitual col·laborador dels Annals, que ha seguit també la seva producció científica i literària. A diferents números han aparegut referències i treballs relacionats amb la seva tesi doctoral "Aspectos históricos de la patología vascular cerebral" y la "Historia de la neurología" o comentaris dels seus estudis sobre Sherlock Holmes.

17 anys del Annals. Què esperem del futur? Probablement com el mateix Hospital seguir servint de forma útil a la nostra comunitat científica i la nostra societat. També seguir gaudint de la col·laboració d'en Miquel Balcells que ha compromès part del seu temps en la continuïtat de la docència als estudiants de Medicina i confiem que sigui una peça fonamental en els Annals del Sagrat Cor dels anys que estan per venir.

Redacció Mèdica, assignatura optativa Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Resultats curs 2007-2008

Redacción médica, asignatura optativa. Facultad de Medicina de
la Universidad de Barcelona. Resultados curso 2007-08

Medical writing, elective course. Faculty of Medicine, University
of Barcelona. Outcomes 2007-08 academic year

Jordi Delás Amat^{1,3}, César Morcillo Serra², Maria José Sánchez López¹,
Wilma Penzo³, Olga Parra Ordaz¹

¹Hospital Universitari del Sagrat Cor, ²CIMA, ³Grup d'Innovació Docent Instrucció
i aprenentatge en ciències de la salut Universitat de Barcelona

RESUM

És convenient que els estudiants de les ciències de la salut adquireixin habilitats en matèria de redacció o d'oratoriat. Aquestes habilitats de comunicació oral i escrita seran necessàries en el curs d'activitats assistencials, docents i d'investigació. Progressivament les escoles de medicina es plantegen donar formació en aquestes matèries.

En la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona oferim des del 2007 una assignatura optativa denominada Redacció Mèdica destinada a facilitar competències en redacció i oratoriat en medicina.

És una assignatura optativa i és una assignatura semi-presencial, el que implica treballs fora de l'aula i presentacions presencials. Tot el material és accessible al campus virtual de l'Assignatura.

En aquest article expliquem com desenvolupem aquesta docència i presentem els criteris d'avaluació d'informes clínics, notes clíniques, presentacions orals, a partir dels resultats del curs 2007-08, amb alguns comentaris de les posteriors edicions.

ABSTRACT

It is desirable for students in health sciences to acquire skills in terms of writing or speaking. These oral and written communication skills will be necessary in the course of professional activities, teaching and research. Gradually, medical schools are considering giving training in these areas.

In the Faculty of Medicine, University of Barcelona since 2007 we offer an elective course called Medical Writing to facilitate skills in writing and speaking in medicine.

It is an elective and semi-presential, which involves work outside the classroom and classroom presentations. All material is accessible through course's web site.

In this study we would like to explain the way we develop this teaching and we would like to introduce our evaluation criteria for clinical reports, clinical notes and oral presentations, based on the data of the 2007-08 academic year, with some modifications introduced in later academic years.

Paraules clau: Educació mèdica, escriptura, discurs públic, informes clínics, nota clínica.

Keywords: Education-medical, writing, public speaking, clinical report, technical report.

Rebut: 31-gener-2011

Acceptat: 15-febrer-2011

Correspondència: jdelas@ub.edu

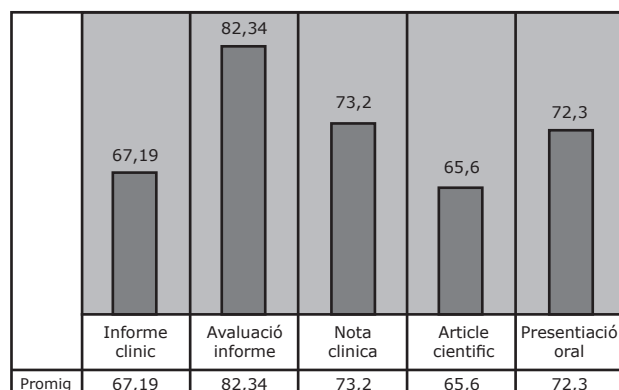
INTRODUCCIÓ

Els estudiants de les ciències de la salut han d'adquirir coneixements sobre lectura, redacció i metodologia, així com habilitats en matèria de redacció o d'oratoria. Aquestes habilitats comunicatives els seran necessàries al llarg de la seva vida professional, tant en el desenvolupament d'activitats assistencials, com en les docents i d'investigació⁽¹⁾.

Les facultats de medicina han anat plantejant de manera paulatina la necessitat de formar als futurs professionals també en aquestes habilitats. Així, la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB) ofereix, des del 2007, una assignatura optativa de Redacció Mèdica⁽²⁻³⁾ orientada a facilitar competències en redacció i oratoria en medicina i es planteja com una assignatura optativa i semipresencial.

Les publicacions científiques han esdevingut un element clau en la valoració professional i no només acadèmica dels metges. Els objectius de l'assignatura pretenen dotar l'estudiant de competències per tal de capacitar-lo per estructurar un escrit mèdic, amb la utilització de les eines metodològiques pertinents, de conèixer l'estructura per realitzar una publicació científica, i d'integrar coneixements per tal de seleccionar un tema susceptible d'ésser publicat, així com predisposar-ho pel treball en equip que li permeti interactuar de manera interdisciplinària en la redacció de l'escrit mèdic.

Figura 1. Resultats promig dels diferents exercicis en ordre cronològic de realització (Puntuació de 0 a 100)



Paral·lelament, es pretén aconseguir desenvolupar en l'estudiant un pensament crític, analític i investigador de la informació mèdica, fomentar les habilitats de comunicació efectiva en l'exercici de la professió i instruir-lo en el maneig de la informació en el camp de la biomedicina en la pràctica assistencial.

En medicina és molt més important el contingut que la forma de comunicar-ho. Per això creiem que la formació en comunicació tindrà el seu impacte en altres formes de comunicació diària amb pacients, familiars i altres professionals.

En aquest treball expliquem com s'estructura l'assignatura, com es desenvolupa la docència i presentem els criteris d'avaluació d'informes clínics, notes clíniques, presentacions orals, així com els resultats del primer curs 2007-08, amb modificacions introduïdes per posteriors edicions.

MATERIAL I MÈTODES

Redacció Mèdica és una assignatura semipresencial, de quatre mesos de durada, dirigida a estudiants que estan cursant o ja han cursat el tercer any dels estudis de medicina.

A l'aula tenen lloc la primera sessió i les presentacions públiques d'articles científics, el que comporta dues o tres sessions presencials, mentre que la resta de l'assignatura es realitza "on line".

Els estudiants escullen voluntàriament aquesta assignatura que s'ofereix per a un nombre màxim de 35-40 alumnes. La documentació del curs es troba en una pàgina web pròpia de l'assignatura, dins del marc global docent de la Universitat de Barcelona, denominat campus virtual. Durant tot el curs, existeix correspondència per correu electrònic entre professors i alumnes, amb comentaris sobre els treballs.

En la sessió inicial i presencial s'informa als alumnes que han d'elaborar un informe clínic, avaluar un informe realitzat per un altre company, redactar una nota clínica i un article científic que prèviament han de presentar en una sessió pública en la facultat (Taula 1).

TAULA 1. LLISTAT D'ACTIVITATS EN EL CURS DE L'ASSIGNATURA

Escriure un informe clínic per un altre metge.
Avaluar l'informe realitzat per un altre company.
Redactar una nota clínica.
Preparar un article mèdic.
Presentar l'article mèdic com una comunicació breu de 7 minuts.

Els criteris d'avaluació de cadascuna d'aquests elements es troben a la pàgina web de l'assignatura ubicat a l'espai Redacció Mèdica del *Campus Virtual* de la UB^(4,5). D'entrada, oferim a cada exercici el màxim de la puntuació, 100 punts, i anem disminuint un nombre variable de punts en funció dels errors o omissions detectades.

El primer exercici consisteix en la redacció d'un infor-

me clínic, dirigit a un altre metge. Aquest informe s'ha de realitzar a partir d'una de les històries clíniques dels hospitals o centres d'atenció primària on els estudiants estan fent el seu ensenyament clínic. Es proporciona un llistat de criteris d'avaluació d'aquest informe que serveix alhora de guió (Taula 2). Els criteris estan disponibles des del primer dia a la pàgina web de l'assignatura.

TAULA 2. LLISTAT PER AVALUACIÓ DE L'INFORME CLÍNIC

Avaluadora
Autora de l'informe
Text gramaticalment correcte. Ha passat el corrector de text?
Dirigit clarament a un altre company.
Pròpia presentació (noms reals, situació real).
Presentació d'un pacient real, amb referències al lloc (hospital, ambulatori, consulta...) i a les dates.
Descripció del procés.
Absència d'abreviatures difícils de comprendre pel pacient.
Ampliació de l'anamnesi amb preguntes dirigides.
Absència de problemes de lèxic.
Antecedents descrits amb les pertinents dates (anys).
Evites repetir paraules innecessàries?
Expliques les frases tècniques difícils de comprendre?
Ordre adequat.
Comentes les exploracions (proves) complementàries.
Les anàlisis tenen les pertinents unitats.
Les anàlisis més complexes aporten els valors normals o de referència.
Expliques el motiu de realitzar les proves més importants.
Adequada elaboració del diagnòstic.
Hi són els elements imprescindibles.
Té estructura d'informe i no de qüestionari.
Es té cura de la distribució del text i de la compaginació (logo).
Absència d'errors de concepte.
El tractament és comprensible pel pacient.
Hi ha elements que fan pensar que està efectivament adreçat al metge?
Full de tractament en el moment de deixar l'hospital clar.
Nom del metge i pacient a totes les pàgines.
Hi ha d'haver-hi dues cites bibliogràfiques amb número, per ordre d'aparició durant el text i cita completa al final de l'informe (opció word, nota al final de text, format de número) segons normes Vancouver.

Un cop realitzat, s'ha d'enviar per correu electrònic als professors i a un altre alumne per a la seva avaluació. Professors i alumnes utilitzen el mateix llistat.

El segon exercici correspon a l'avaluació del informe d'un company. La que realitza l'alumne es compara amb la que realitza el professor, de manera que cada alumne rep també una puntuació com a avaluador. Es descompten 10 punts sobre 100 per cada error no detectat en l'informe del company.

El tercer exercici suposa redactar, a partir d'una histò-

ria clínic, una nota clínic, d'acord a un llistat de criteris d'avaluació molt similar al de l'informe clínic. (Taula 3). Per la seva confecció s'ha utilitzat els criteris que ofereix la Revista Clínica Española⁽⁶⁾ per a la seva secció Nota clínic, Medicina en imatges.

TAULA 3. LLISTAT PER AVALUACIÓ DE LA NOTA CLÍNICA

Proposta.
Resum en llengua original i anglès de no més de 200 paraules.
Paraules clau en llengua original i anglès.
Text gramaticalment correcte. Ha passat el corrector de text?
Pacients i mètode.
Presentació del pacient amb referències al lloc (hospital, ambulatori, consulta...) i a les dates.
Descripció del procés.
Absència d'abreviatures difícils de comprendre pel pacient.
Absència de problemes de lèxic.
Antecedents descrits amb les pertinents dates (anys).
Evites repetir paraules innecessàries?
Ordre adequat.
Comentes les exploracions (proves) complementàries.
Les anàlisis tenen les pertinents unitats.
Les anàlisis més complexes aporten els valors normals o de referència.
Adequada elaboració del diagnòstic.
Hi són els elements imprescindibles.
Té estructura d'informe i no de qüestionari.
Es té cura de la distribució del text i de la compaginació.
Absència d'errors de concepte.
El tractament és comprensible pel pacient.
S'explica el diagnòstic i tractament.
Discussió, es tracten els aspectes més transcendents del cas.
Hi ha d'haver-hi dues cites bibliogràfiques amb número durant el text i cita completa al final de l'informe (opció word, nota al final de text, format de número).

L'últim exercici combina la redacció mèdica amb la presentació oral i consisteix en la redacció d'un article susceptible de ser publicat en una revista mèdica, d'acord als criteris d'acceptació de les revistes científiques⁽⁷⁾ i que es remet als professors. Aquest article ha de ser presentat en una sessió pública en una aula de la Facultat, amb assistència dels altres alumnes, utilitzant suport informàtic i emprant un màxim de set minuts.

En l'avaluació de la comunicació oral s'ha considerat la qualitat de diapositives, els efectes en la presentació, adequat equilibri entre text i fons de la diapositiva, llegibilitat del text, ordre adequat, presència dels elements necessaris, la comunicació oral i la no verbal (Taula 4).

Tots els exercicis escrits s'han d'acompanyar, obligatòriament, d'un mínim de dues cites bibliogràfiques, numerades per ordre d'aparició, d'acord a les normes habituals de publicació.

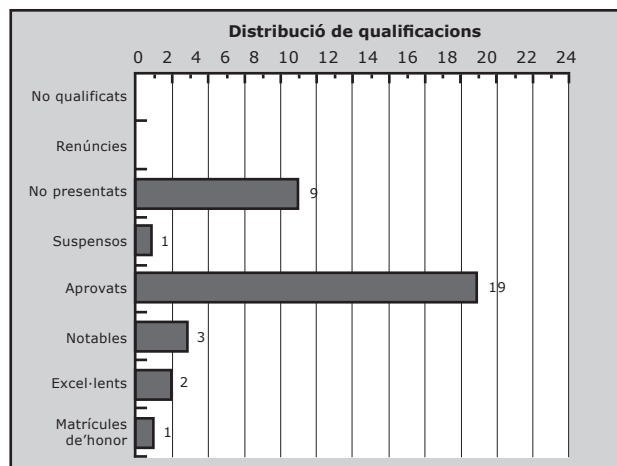
TAULA 4. LLISTAT PER AVALUACIÓ DE LA PRESENTACIÓ ORAL

Qualitat de les diapositives.
Visibilitat del text, relació fons-text.
Cura en la distribució del text i la compaginació.
Ordre adequat de la presentació.
Presència de tots els elements imprescindibles.
Llegir literalment el text de la diapositiva.
Veu no audible, no comprensible.
No ajustar-se al temps assenyalat.
No mirar gens al públic.

RESULTATS

Van escollir l'assignatura Redacció Mèdica en l'edició de 2007-08, 35 alumnes, aconseguint la totalitat de l'oferta. D'ells 9 (25,7%) no han acabat l'assignatura, 1 ha suspès, 19 han tingut com a resultat un aprovat, 3 notables, 2 excel·lents i 1 matrícula d'honor (Figura 2).

Figura 2. Distribució de qualificacions. Curs 2007-08



La puntuació mitja ha estat 72,1 punts. Per exercicis, l'avaluació de l'informe d'un altre company rep la puntuació més alta, amb 82,34 punts, seguit de la nota clínica amb 73,2 punts i la presentació pública amb 72,3 punts. L'informe clínic només obté 67,2 punt i la redacció d'un article científic rep la puntuació més baixa amb 65,6 punts.

Pel que fa als errors més freqüents detectats, a nivell de redacció resulta evident (Taula 5) que amb excessiva freqüència s'obvia el corrector ortogràfic i gramatical i que no es presta atenció als requisits mínims: encapçalaments i paraules clau.

L'elaboració de la bibliografia per si mateixa genera molts errors: metodològics alguns, com l'errada en l'abreviatura del nom de la publicació, i d'altres derivats de la manca d'atenció als requisits (Taula 6).

TAULA 5. ERRORS MÉS FREQUENTS EN EL TEXT

1. Falten paraules clau.
2. Falta encapçalament en totes les pàgines.
3. Error ortogràfic per no passar el corrector ortogràfic.
4. Diferent espaiat entre paràgrafs.
5. Després de cada paraula cal deixar un espai.
6. Podria tenir una disposició a la compaginació més agradable i cuidada.

DISCUSSIÓ

La fórmula d'ensenyament semipresencial optimitza esforços de professors i alumnes. S'utilitza la força de la classe presencial en les presentacions públiques en les quals els alumnes aprenen d'altres companys, alhora que fan de necessari públic; de fet avaluar els companys és una activitat reconegudament formativa.

En cada curs poden accedir a aquesta assignatura només un nombre limitat d'estudiants ja que la docència i avaluació en aquesta assignatura exigeix una important dedicació del professorat a cada alumne. Ampliar el nombre de places suposa una major dotació de recursos.

Al ser una assignatura optativa pot ocórrer que es matriculin els estudiants amb majors habilitats en comunicació. Per tant és convenient que la formació en comunicació, més que concentrar-se en assignatures concretes, acabin impregnant l'esperit docent de facultat.

En quant als resultats, els millors s'obtenen quan fan d'avaluadors més que quan fan d'autors.

Informe clínic i article científic reben més baixa puntuació perquè impliquen moltes variants, molts diferents elements susceptibles d'errors. En la qualificació de l'article científic incideixen des d'errades de redacció, fins a metodològiques o de concepte, la qual cosa fa que sigui el que requereix més esforç i a on les diferents variables repercuteixen més en la qualificació final.

La nota clínica es beneficia de les correccions als informes clínics i mostra la capacitat de millora en el curs de l'assignatura. La nota clínica és més senzilla, més estructurada. Després del resum es presenta el cas i es fan comentaris la majoria de les vegades sobre l'entitat en qüestió.

TAULA 6. ERRORS MÉS FREQUENTS EN L'ELABORACIÓ DE LA BIBLIOGRAFIA

1. No està bé l'abreviatura del nom de la revista a la primera cita.
2. No cal posar el nombre d'exemplar després del volum (còpia estricta de pub med).
3. L'any ha d'anar abans del volum.
4. Els autors, darrera del cognom, han de portar els seus inicials.
5. Relacionar tots els autors si són sis o menys; si són set o més, relacionar els sis primers i afegir l'expressió «et al» després d'una coma.
6. Les referències bibliogràfiques han d'estar numerades per ordre de presentació.

La comunicació oral de 7 minuts de durada és una proposta freqüent en congressos. Resulta a més molt didàctic mostrar el que es pot explicar en el curs de 7 minuts. La presentació es fa en diferents grups i en cada sessió cada alumne és ponent i públic. Els estudiants tenen bons referents en les classes de la Facultat de Medicina on sovint els professors fan les seves classes en forma de presentació clínica. Si bé hi ha nombrosa bibliografia destinada a recomanar com fer una presentació oral⁽⁸⁾, no hi ha tanta sobre com avaluar-la⁽⁹⁻¹⁰⁾ o el stress que genera⁽¹¹⁾.

Els millors resultats s'aconsegueixen en la faceta d'avaluadors de l'informe realitzat per un altre company, i pensem que és una bona manera d'ajudar a fer propis criteris que costen d'autoaplicar, però que després els resulten còmodes per tal de poder avaluar críticament el contingut d'un altre informe.

Els criteris d'avaluació de l'informe clínic⁽¹²⁻¹⁴⁾ nota clínica, article científic s'han establert per l'equip de professors. De fet és una pràctica habitual que els professors estableixin els seus propis criteris d'avaluació a partir de la bibliografia i de la pròpia experiència. El coneixement de l'existència de criteris ja resulta formatiu i l'adaptació als mateixos resultarà decisiu en les successives comunicacions que hagin d'elaborar.

Un dels principals criteris d'avaluació és el rigor del contingut dels textos i l'absència d'errors de concepte, fonamental en els redactats científics. Assignem fins a 70 punts negatius a la inexactitud del contingut.

Per a l'avaluació ortogràfica un requisit mínim és la utilització dels correctors de text habituals en tots els programes informàtics, i no només ortogràfics sinó també gramaticals. També es valora en la redacció no repetir paraules innecessàries, evitar abreviatures difícils de comprendre pel pacient, que les anàlisis tinguin les pertinents unitats i que apareguin els valors normals o de referència acompanyant a les anàlisis més inusuals.

Hem donat molta importància a l'adequada utilització de les referències, de manera que si no estaven adequadament citades almenys dues referències en cada text escrit, no es superava l'exercici.

Si bé un element d'avaluació ha estat que les notes clíniques i articles científics fossin interessants, a la pràctica no s'ha desestimat cap exercici, però hem considerat adequat introduir el concepte d'interès ja que és un dels més importants pels *peer review* de les revistes biomèdiques.

Hem escollit la realització d'un informe clínic com a manera d'incidir i millorar les habituals històries clíniques i documentació dels pacients. El destinari, que és sempre un dels elements de l'acte comunicatiu, condiciona el contingut del missatge i hem escollit que fos un altre metge⁽¹⁵⁾ amb la idea de potenciar la comunicació entre nivells assistencials.

Un capítol important és el referent al tractament. Valorem que figuri el tractament i les recomanacions de forma clara, potenciant adquirir competències en la informació per aconseguir un correcte compliment del mateix.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ Incidim així en la conveniència que l'estudiant intenti aconseguir ser un assessor en matèria de salut per als pacients.⁽¹⁸⁾

Hi ha un molt alt percentatge d'estudiants que no conclouen l'assignatura. En endavant hem d'esforçar-nos a explicar el contingut de la matèria i el treball que comporta perquè no s'esculli una assignatura que no respongui a les expectatives ni s'ocupin places que després alguns estudiants van a abandonar.

A partir de l'edició de 2009-10 s'han introduït exercicis obligatoris i d'autoavaluació sobre com fer les citacions bibliogràfiques segons el sistema del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, anomenat de forma abreviada estilo Vancouver⁽¹⁹⁾. Aquesta modificació deriva de la voluntat d'aconseguir una millor formació en la descripció de les cites bibliogràfiques.

S'ha instaurat, a més, l'enregistrament de les presentacions orals, amb l'autorització de cada alumne, de manera que reben el propi estímul audiovisual. Abans de la presentació han d'expressar els principals trets per on es desenvoluparà la seva presentació. També hi ha un segon formulari després de fer la presentació a l'aula (Taula 7).

TAULA 7. FORMULARI SOBRE EL DISSENY DE LA PRESENTACIÓ ON ES TRACTARÀ COM S'HA PREPARAT LA COMUNICACIÓ ORAL

	Abans ponència	Autoavaluació (després ponència)
a) Selecció de la roba, aspecte que es pretén.		
b) Actitud física pròpia: de peu, assegut, caminant.		
c) Actitud en vers l'auditori: mirant el públic, mirant el monitor del presentador, mirant la pantalla.		
d) Es llegirà estrictament el text de la presentació (desaconsellat)/el text és un suport a comentar.		
e) Utilització de les mans: a la butxaca, enganxades al cos, amb mobilitat, altres.		
e) Utilització d'algun recurs especial: d'humor, repte al públic, comentari final, canvis del to de veu.		
f) Confirmació que la comunicació s'adapta al temps assenyalat (6 minuts).		

S'ha proposat una avaluació abreviada de la nota clínica (Taula 8), si bé es recomana que es revisin els criteris de bona elaboració de la nota clínica (Taula 3). Posteriorment, la nota clínica o el treball per "Medicina en imàgenes" s'ha definit que ha de tenir 6 referències bibliogràfiques i com a màxim 2 poden ser cites de llibres o capítols i 2 poden ser cites de publicacions electròniques.

En les darreres edicions, donat que alguns estudiants de tercer encara no s'han incorporat a l'ensenyament clínic, s'ofereix la possibilitat d'accedir a fer l'informe clínic a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor, amb tutela d'un dels professors.

TAULA 8. CRITERIS D'AVUACIÓ DE LA NOTA CLÍNICA

		Autoavaluació	Avaluació professor
Ordre adequat, fàcil comprensió, etc.	3 punts		
Absència errors mèdics	2 punts		
Absència abreviatures	1 punt		
Cada cita bibliogràfica correcta 0,50 (fins a 6)	3 punts		
Absència errors ortogràfics	1 punt		
Totals	10 punts		

BIBLIOGRAFIA

- Surratt CK. Creation of a graduate oral/written communication skills course. *Am J Pharm Educ* 2006; 70: 5. Disponible en: [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636900/pdf/ajpe05.pdf>]
- Palés J, Cardellach F, Estrach M, et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona (Catalonia, Spain). *Med Teach*. 2004;26:239-43.
- Palés J, Gual A, Gomar C, et al. Acquisition of learning outcomes by students from the Medical School of the University of Barcelona (Catalonia, Spain): a student survey. *Med Teach*. 2008;30: 693-8.
- Universitat Barcelona. Facultat de Medicina. <http://campusvirtual.ub.edu/course/view.php?id=25442>
- Pérez Colomé, J. Decàleg per escriure clar. *Ann Sagrat Cor*. 2008; 15: 37-8.
- Sobre la revista: Revista clínica española. Elsevier. [Internet]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/NormOrga/065normas.pdf>
- Singer AJ, Hollander JE. How to Write a Manuscript. *J Emerg Med*. 2009; 36: 89-93.
- Pulido M. El médico en las reuniones científicas: cómo hablar en público para tener éxito. *Med Clin (Barc)*. 2004; 123: 664-8.
- Chollet MB, Teaford MF, Garofalo EM, DeLeon VB. Student laboratory presentations as a learning tool in anatomy education. *Anat Sci Educ*. 2009; 2:260-4.
- Green EH, Durning SJ, DeCherrie L, Fagan MJ, Sharpe B, Hershman W. Expectations for oral case presentations for clinical clerks: opinions of internal medicine clerkship directors. *J Gen Intern Med*. 2009; 24: 370-3.
- Preuss D, Schoofs D, Schlotz W, Wolf OT. The stressed student: influence of written examinations and oral presentations on salivary cortisol concentrations in university students. *Stress*. 2010; 13:221-9.
- Manresa Presas JM. The hospital discharge report: the cinderella of the clinician. *Med Clin (Barc)*. 1993; 101:253-4.
- Sardà N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Analysis of quality and contents of the report of hospital discharge. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:241-4.
- Abreu Galán MA. Discharge report in the emergency service *Med Clin (Barc)*. 1994; 102: 677.
- Taylor DM , Cameron PAJ. Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide? *Accid Emerg Med* 2000;17: 86-90
- Ramírez-González MD. Drug administration is an essential clinical competence. *Proc West Pharmacol Soc*. 2007;50:174-80.
- Wagner PJ, Lentz L, Heslop SD. Teaching communication skills: a skills-based approach. *Acad Med*. 2002; 77: 1164.
- Wagner PJ, Jester DM, Moseley GC. Medical students as health coaches. *Acad Med*. 2002; 77:1164-5.
- Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada: 11-abril-2011; con acceso: 11-abril-2011]. Estilo de Vancouver 2000. Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp ●

Índice de gravedad del embolismo pulmonar: ¿buen predictor pronóstico en pacientes ingresados por embolia pulmonar?

Index de gravetat de l'embolisme pulmonar: bon predictor pronòstic en pacients ingressats per embòlia pulmonar?

Pulmonary embolism severity index: an effective prognosis predictor in patients with pulmonary embolism admitted to hospital?

Rosario Salas¹, Elena Merino¹, Antonio Cárdenas¹, Carlos Arauco¹,
M^a José González¹, Caterina Fornós¹, Núria Parra², Francesc Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²USR. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Póster presentado en el XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Oviedo, 17-20 de noviembre de 2010

RESUMEN

La embolia pulmonar (EP) es una entidad muy común en los servicios de Urgencias hospitalarias con una mortalidad nada despreciable, por lo que estratificar su gravedad se ha convertido en todo un reto. El índice de severidad del embolismo pulmonar (PESI) ha sido ampliamente validado para la selección de aquellos pacientes menos graves que podrían beneficiarse de tratamiento ambulatorio o una alta precoz. Con nuestro trabajo pretendemos investigar la correlación entre la puntuación en la escala de PESI y la mortalidad hospitalaria en pacientes con EP confirmada.

ABSTRACT

Pulmonary embolism (PE) is a very common entity in the hospital's emergency department associated with a high mortality rate, so prognostic stratification has become a challenge. The pulmonary embolism severity index (PESI) has been widely validated for the selection of those less severe patients who could benefit from outpatient treatment or early discharge. The aim of this study is to investigate the correlation between the PESI scores and hospital mortality in patients with confirmed diagnosis of pulmonary embolism.

Palabras clave: embolia pulmonar, pronóstico, valor predictivo de las pruebas, PESI.

Keywords: pulmonary embolism, prognosis, predictive value of tests, PESI.

Recibido: 07-febrero-2011

Aceptado: 25-febrero-2011

Correspondencia: mgonzmerodio@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Presentamos un estudio que pretende analizar el índice de severidad del embolismo pulmonar (PESI) como herramienta pronóstica en pacientes hospitalizados con embolia pulmonar (EP).

La escala de PESI convencional (Tabla 1) es un modelo clínico pronóstico validado para la estratificación y predicción clínica de la mortalidad y complicaciones a 30 días en los pacientes con EP, pudiendo ser útil para identificar pacientes

de bajo riesgo que podrían tratarse de forma ambulatoria o beneficiarse de una alta hospitalaria precoz. Valora diferentes parámetros, asignándoles a cada uno un valor, la suma total de los cuáles nos clasificará a los pacientes en cinco categorías de riesgo de complicaciones y mortalidad a 30 días ^{1,2}.

TABLA 1. ESCALA DE PESI

• Edad en años	X puntos
• Estado mental alterado	60 puntos
• PAS $\leq$ 100 mmHg	30 puntos
• Historia de cáncer	30 puntos
• Frecuencia cardíaca $\geq$ 100x'	20 puntos
• Frecuencia respiratoria $\geq$ 30x'	20 puntos
• Temperatura $<$ 36°C	20 puntos
• Saturación O ₂ $<$ 90%	20 puntos
• Sexo masculino	10 puntos
• Historia de insuficiencia cardíaca	10 puntos
• Historia de enfermedad pulmonar crónica	10 puntos

Bajo riesgo:	Clase I $<$ 65, mortalidad 0,7%
	Clase II 66-85, mortalidad 1,2%
Alto riesgo:	Clase III 86-105, mortalidad 4,8%
	Clase IV 106-125, mortalidad 13,6%
	Clase V $>$ 125, mortalidad 25%

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo de casos y controles, en el que incluimos pacientes que acudieron a Urgencias con sospecha de EP, desde diciembre del 2004 hasta abril del 2010. Seleccionamos aquellos pacientes con TEP confirmado en los que pudimos calcular la escala de PESI.

Los valores perdidos fueron inferiores al 5%, por lo que consideramos el estudio de de calidad y continuamos con nuestro trabajo.

RESULTADOS

Nuestra muestra de trabajo resultó de 116 pacientes. Calculamos los parámetros de validez interna: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), razón de probabilidad positiva (RPP) y razón de probabilidad negativa (RPN). Recogimos datos sociodemográficos, clínicos y de laboratorio. Nuestra variable final de estudio fue la mortalidad a 30 días del diagnóstico, que representó un 7,3%.

Respecto a los datos sociodemográficos vemos que predomina en mujeres con un 60.7% (Gráfico 1) y que la edad media es de 76 años (Gráfico 2).

GRÁFICO 1.

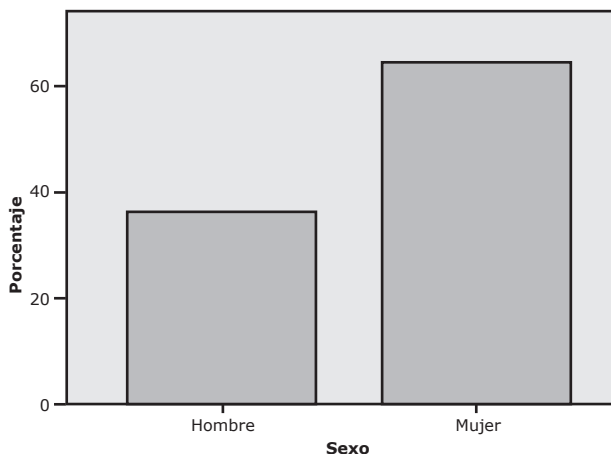
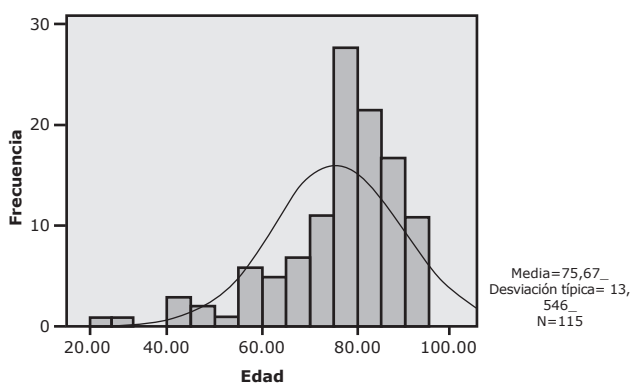


GRÁFICO 2.



Entre los parámetros de laboratorio destacar el dímero – D con una media de 4236,7ng/dL y la PaO₂ con una media de 71.2mmHg. Otras variables recogidas fueron el pH, la PaCO₂, HCO₃- la creatinina y el hematocrito.

Las comorbilidades más prevalentes fueron la hipertensión arterial (HTA), el EPOC y la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) (Tabla 2).

TABLA 2. COMORBILIDADES

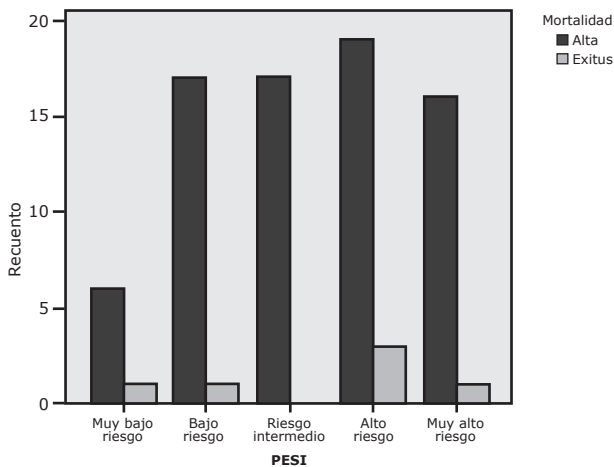
• HTA	59%
• ICC	26%
• Tabaquismo	26%
• EPOC	25%
• Diabetes mellitus	13%
• Obesidad	13%
• Tratamiento con estrógenos	9%
• Fractura pelvis - fémur - tibia	8%
• Accidente cerebro - vascular	7%
• Enfermedad inflamatoria intestinal	1.6%
• Infarto agudo de miocardio	1%

Al aplicar la escala de PESI vemos que más del 50% de nuestra muestra se distribuye en las categorías de alto riesgo (Tabla 3), lo mismo sucede con la mortalidad (p= 5.05) (Gráfico 3).

TABLA 3. ESTRATIFICACIÓN PESI

• Clase I:	8.9%
• Clase II:	15.4%
• Clase III:	15.4%
• Clase IV:	26.6%
• Clase V:	21.5%

GRÁFICO 3.



En el gráfico de cajas podemos observar como la mediana y la media son superiores en los casos (pacientes que fallecen) respecto a los controles (pacientes que no fallecen) (Gráfico 4). Los controles tienen una media de 102.4 ± 30.9 puntos y los casos una media de 108 ± 30.6 puntos ($p = 0.668$).

La curva ROC (gráfico 5) de la herramienta PESI nos da una área bajo la curva (AUC) de 0,516 (IC95% = 0,263 – 0,679). Para la Clase IV de la Escala; VPP: 14%, Sensibilidad: 50%, VPN: 86% y una especificidad: 24,7%.

GRÁFICO 4.

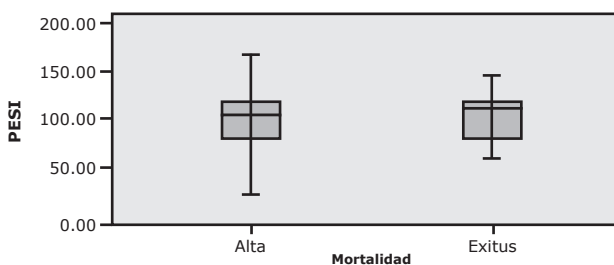
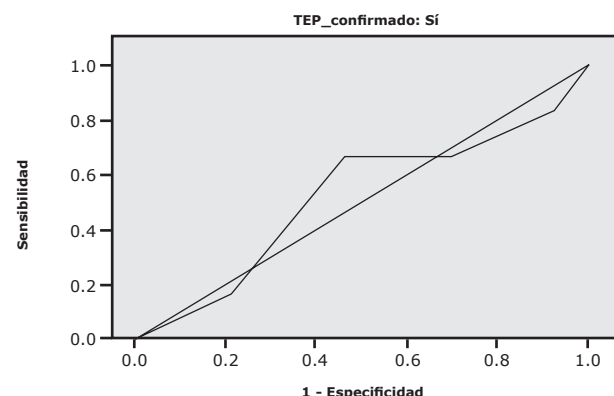


GRÁFICO 5.



DISCUSIÓN

La mayor puntuación en la escala de PESI para los casos respecto a los controles parece reafirmar la evidencia clínica de que a mayor puntuación en la escala mayor probabilidad de mortalidad. También la escala de PESI tiende a seleccionar correctamente a aquellos de bajo riesgo de mortalidad y complicaciones a 30 días, que podrían ser tributarios a tratamiento y control ambulatorio. No obstante, esta tendencia no tiene significación estadística.

La curva ROC nos indica que en nuestro caso, desde el punto de vista estadístico, la escala de PESI tiene una utilidad subóptima. No obstante, ayuda a descartar enfermedad con un VPN 86%.

CONCLUSIÓN

Desde el punto de vista clínico, las clases de PESI tienden a correlacionarse bien con la mortalidad hospitalaria aunque estadísticamente no encontremos significación.

La alta puntuación de la variable edad en la escala limitaría su utilidad para estratificar el pronóstico en ancianos por lo que deberíamos estudiar qué sucede en nuestra población cuando aplicamos la escala de PESI simplificada (tabla 4) o estratificando por grupos de edad.

TABLA 4. PESI SIMPLIFICADO

• Edad	1 punto
• Historia de cáncer	1 punto
• Historia de insuficiencia cardíaca	1 punto
• Historia de enfermedad pulmonar crónica	1 punto
• PAS ≤ 100 mmHg	1 punto
• Frecuencia cardíaca ≥ 100 x'	1 punto
• Saturación O ₂ $< 90\%$	20 puntos
Bajo riesgo:	0 puntos, mortalidad 1,1%
Alto riesgo:	≥ 1

Grupo RIETE

BIBLIOGRAFÍA

1. Choi WH, Kwon SU, Jwa YJ et al. The pulmonary embolism severity index in predicting the prognosis of patients with pulmonary embolism. Korean J Intern Med 2009; 24: 123-7.
2. Torbick A, Perrier A, Konstantinides S et al. Guías de Práctica Clínica sobre diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo. Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Manejo del Tromboembolismo Pulmonar Agudo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 133.e1-1330.e52.

Baja probabilidad en la escala de Wells y Dímero D negativo: ¿podemos excluir con seguridad la embolia pulmonar?

Baixa probabilitat en l'escala de Wells i Dímer D negatiu: podem excloure amb seguretat l'embòlia pulmonar?

Low Wells' clinical probability combined with negative D-dimer: can we exclude pulmonary embolism safely?

Elena Merino¹, Rosario Salas¹, Antonio Cárdenas¹, Carlos Arauco¹,
M^a José González¹, María Sanjaume¹, Núria Parra² y Francesc Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²USR. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

Póster presentado en el XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Oviedo, 17-20 de noviembre de 2010

RESUMEN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad que afecta a una gran parte de la población y es causa de un considerable porcentaje de muertes en la población mundial. Es de vital importancia, por ello, un correcto y temprano diagnóstico, mediante la clínica, la determinación del Dímero D (DD) y las pruebas de imagen. Es fundamental también realizar una correcta exclusión de esta patología para evitar el mayor porcentaje posible de falsos negativos. En nuestro hospital hemos realizado un estudio para valorar la seguridad con que podemos excluir el TEP. De 141 pacientes estudiados con sospecha de TEP, 90 fueron casos y 51 controles. El valor predictivo negativo (VPN) para la categoría de Wells "improbable" fue del 54,6% y para el DD negativo fue del 66,7%. Al determinar el DD y la puntuación de la escala de Wells para la situación más favorable (baja probabilidad en la escala de Wells <4 puntos y DD negativo) se obtuvo un VPN fue del 80%. Por lo tanto al obtener un DD negativo junto con una escala de Wells improbable no podemos descartar con seguridad el TEP en nuestros pacientes, dado el bajo número de pacientes en nuestro estudio y la elevada edad de los mismos.

ABSTRACT

Pulmonary embolism (PE) is a frequent condition affecting a large proportion of the population and causing a considerable percentage of deaths worldwide. It is vital, therefore, a correct and early diagnosis by the clinical presentation, the D-dimer (DD) determination and imaging tests. Adequate diagnosis it is mandatory in order to avoid the highest possible percentage of false negatives. In our hospital we performed a study to assess the rate of safety excluding PE. We studied 141 patients with suspected PE, 90 were cases and 51 controls. The negative predictive value (NPV) for the category "unlikely" in Wells' scale was 54.6% and the negative DD was 66.7%. In determining the DD and the score of the scale of Wells for the most "favorable" (low probability on the scale of Wells <4 points and negative DD) NPV was 80%. So to get a negative DD along with a "unlikely" Wells scale can not safely rule out PE in our patients, given the low number of patients in our study and the advanced age of the sample.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar, productos de degradación de fibrina-fibrinógeno, probability.

Keywords: pulmonary embolism, fibrin fibrinogen degradation products, probability.

Recibido: 02-febrero-2011

Aceptado: 15-febrero-2011

Correspondencia: Antonio Cárdenas:
a_cardenas_@hotmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La embolia pulmonar o tromboembolismo pulmonar (TEP) es una entidad que afecta a miles de personas anualmente en todo el mundo⁽¹⁾. Al menos 100.000 muertes por año pueden ser atribuidas directa o indirectamente a esta enfermedad en Estados Unidos y una de cada 10 muertes en la Unión Europea⁽²⁾. Los análisis cuantitativos de detección del DD (dímero D) mediante ELISA o derivados de ELISA tienen una sensibilidad >95% y una especificidad en torno al 40%. Por lo tanto, pueden utilizarse para excluir el TEP en pacientes con probabilidad baja o moderada de tenerlo. En urgencias, un ELISA negativo para DD puede excluir el TEP sin hacer pruebas posteriores en aproximadamente el 30% de los pacientes⁽³⁻⁶⁾. Asimismo, la escala de Wells nos ayuda a cuantificar la probabilidad de TEP, de modo que la proporción de pacientes con dicha patología es aproximadamente un 10% en la categoría de baja probabilidad (<2 puntos), un 30% en la categoría de probabilidad moderada (2-6 puntos), y un 65% en la categoría de alta probabilidad clínica (>6 puntos)⁽⁷⁾.

PACIENTES Y MÉTODO

En nuestro hospital hemos realizado un estudio casos-contróles para valorar la seguridad con la que podemos excluir la embolia pulmonar en pacientes con DD negativo (<500ng/ml) junto con una puntuación baja (<4 puntos) en la escala de Wells (Tabla 1). Para ello partimos de una población de 141 pacientes con sospecha clínica de TEP (registrados desde diciembre del 2004 hasta abril del 2010). Como criterio de inclusión en nuestro estudio se utilizó la sospecha clínica de TEP, que requirió del uso de pruebas diagnósticas para confirmar o descartar esta entidad. Mediante pruebas de imagen (AngioTAC y gammagrafía pulmonar V/P), seleccionamos los pacientes con TEP confirmado que fueron 90 (casos) y los pacientes sin TEP que fueron 51 (contróles). A todos ellos se les realizó una prueba de detección del DD y se les aplicó la escala de Wells. Se determinaron los parámetros de validez interna: valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo po-

sitivo (VPP), sensibilidad (S) y especificidad (E). Se recogieron además datos epidemiológicos, sociodemográficos, datos de laboratorio y pruebas de imagen.

TABLA 1. ESCALA DE WELLS

VARIABLE	PUNTOS
Factores predisponentes	
• TVP o TEP previo	+1,5
• Cirugía reciente o inmovilización	+1,5
• Cáncer	+1
Síntomas	
• Hemoptisis	+2
Signos clínicos	
• Frecuencia cardíaca > 100 lat/min	+1,5
• Signos clínicos de TVP	+3
Juicio clínico	
• Diagnóstico alternativo menos probable que TEP	+3
Probabilidad clínica (3 niveles)	
• Baja	0-1
• Intermedia	2-6
• Alta	≥7
Probabilidad clínica (2 niveles)	
• TEP improbable	0-4
• TEP probable	>4

RESULTADOS

No se observaron diferencias significativas en la incidencia del TEP respecto al sexo y a la edad. La prevalencia de TEP para los 141 pacientes con sospecha clínica fue de 63,8% (90 en total). La edad media en los casos fue de 75,7 años y de 77,8 en los contróles. La curva ROC para la escala de Wells determinó un área bajo la curva (AUC) de 0,681 (IC 95%: 0,583-0,778) y para el DD un AUC de 0,697 (IC 95%: 0,608-0,786). El VPN para la categoría de baja probabilidad de la escala de Wells (4 puntos o menos) fue del 54,6% y para el DD negativo (con valor inferior o igual a 500 ng/ml), fue del 66,7%. Atendiendo a estos puntos de corte, cuando utilizamos de forma conjunta la determinación del DD y la puntuación de la escala de Wells, para la situación más favorable (baja probabilidad en la escala de Wells <4 puntos y DD negativo) el VPN fue del 80%.

DISCUSIÓN

Según la bibliografía, el elevado VPN atribuido al DD permite excluir la presencia de TEP en pacientes con una probabili-

dad clínica baja. El valor del DD varía con la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de técnica, punto de corte y localización del trombo. La edad avanzada de nuestros casos junto con la comorbilidad asociada, podrían justificar el no alcanzar el 100% (sólo excluimos con seguridad entre 66 y 67 pacientes de cada 100 bajo sospecha). La escala de Wells, tradicionalmente utilizada para el cribado de casos probables de TEP por presentar VPP adecuado, disminuye su fiabilidad cuando se trata de excluir casos improbables. Según nuestra experiencia, su VPN para la categoría de baja probabilidad, sólo nos permitiría excluir entre 54 y 55 casos de cada 100 bajo sospecha de TEP. Cuando combinamos las dos pruebas en la situación más favorable y validada para excluir TEP, el VPN alcanza el 80%.

Así, esta combinación tampoco nos permite descartar el TEP con seguridad. Probablemente, el tamaño de la muestra (sólo 5 pacientes con esta situación) y la edad media de la serie podrían justificar nuestros resultados.

CONCLUSIONES

La combinación de DD negativo y Wells improbable no descarta con seguridad el TEP en nuestros pacientes. Necesitaríamos estudios con más pacientes y deberíamos considerar otras variables en la escalas de predicción clínica para la población más anciana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Páramo JA, Lecumberri R. Enfermedad tromboembólica venosa: una llamada urgente a la acción. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:547–51.
2. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JL, Bergqvist D, Brecht JG. Impact Assessment Group in Europe (VI-TAE), et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe. The number of VTE events and associated morbidity and mortality. *Thromb Haemostas*. 2007; 98:756–64.
3. Perrier A, Desmarais S, Miron MJ, De Moerloose P, Lepage R, Slosman D, et al. Non-invasive diagnosis of venous thromboembolism in outpatients. *Lancet*. 1999; 353:190-5.
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, et al. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. 2001; 135: 98-107.
5. Perrier A, Roy PM, Sanchez O, Le Gal G, Meyer G, Gourdier AL, et al. Multidetector-row computed tomography in suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2005; 352:1760-8.
6. Perrier A, Roy PM, Aujesky D, Chagnon I, Howarth N, Gourdier AL, et al. Diagnosing pulmonary embolism in outpatients with clinical assessment, D-dimer measurement, venous ultrasound, and helical computed tomography: a multicenter management study. *Am J Med*. 2004;116:291-9.
7. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, Galiè N, Pruszczyk P et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y manejo del tromboembolismo pulmonar agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:1330.e1-1330.e52. ●

Cas clínic

Embolisme pulmonar en pacient amb càncer de mama

Embolismo pulmonar en paciente con cáncer de mama

Pulmonary embolism in a patient with breast cancer

Helena Flórez Enrich

Estudiant. Universitat de Barcelona

Paraules clau: tromboembolisme pulmonar, càncer de mama

Keywords: pulmonary embolism, breast neoplasms

Rebut: 26- abril - 2010

Acceptat: 19 – juliol - 2010

Correspondència: helen2_hfe@hotmail.com

Es presenta el cas d'una dona de 47 anys amb càncer de mama que ingressa per dispnea, hipoxèmia i hipertensió pulmonar. La radiografia de tòrax i el TC van ser normals. A partir de la gammagrafia de ventilació-perfusió i un diagnòstic d'exclusió vam poder determinar que es tractava d'un tromboembolisme pulmonar.

INTRODUCCIÓ

El tromboembolisme pulmonar (TEP) és l'enclavament a les artèries pulmonars d'un trombe després (un èmbol) d'alguna part del territori venós (extremitats superiors, venes prostàtiques, uterines, renals i cavitats cardíques dretes), tot i que la majoria de les vegades (90-95%) consisteix en una trombosi venosa profunda (TVP) de les extremitats inferiors, sovint asimptomàtica.⁽¹⁾

Si hi ha tromboflebitis o estasi venós s'estimula a un estat

de pro-coagulació, fet que pot comportar a la formació d'un trombe, que si es desprèn i circula pel territori venós passaria a denominar-se èmbol. Aquest èmbol pot obstruir un vas a través del qual viatja o estimular altres mediadors de la coagulació, causar un shock hemodinàmic i fins i tot provocar un broncospasme o una insuficiència respiratòria en el cas que es quedi atrapat en una artèria pulmonar.

Alguns dels factors de risc per desenvolupar un TEP podrien ser: ⁽²⁾

Genètics:

- Factor V de Leident
- Mutació a la protrombina
- Dèficit de Proteïna C
- Dèficit de Proteïna S
- Dèficit d'Antitrombina III
- Alts nivells d'homocisteïna
- Alteracions del Plasminogen i de la fibrinòlisi

Adquirits:

- Anticossos antifosfolípids
- Anticossos anticardiolípids o anticoagulants lupus
- Malalties renals (pèrdua renal d'antitrombina)
- Hemoglobiúria nocturna paroxística

Circumstancials:

- Edat avançada
- Malalties cròniques: Insuficiència cardíaca, Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC)
- Varius profundes
- Excés de plaquetes
- Inmovilització. Per exemple: pot-cirurgia o un traumatisme
- Ús d'anticonceptius orals

- Obesitat
- Embaràs
- Càncer

En el cas que es tracti d'un tumor el que causa el TEP, el que es sospita és que l'èmbol està format per cèl·lules tumorals que es desprenen i impacten a la circulació pulmonar. Pot tractar-se d'èmbols tumorals grans i proximals, èmbols petits a la microvasculatura, disseminació limfàtica o una combinació dels anteriors.⁽³⁾

És un quadre de difícil diagnòstic que en molts casos es fa post-mortem, i que per això requereix una alta sospita.

CAS CLÍNIC

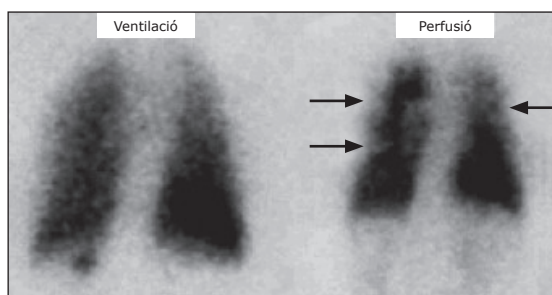
Dona de 47 anys amb antecedents de càncer de mama diagnosticat fa 10 anys (adenocarcinoma ductal infiltrant amb classificació TNM de T2N2M2) i tractat amb mastectomia total i buidament ganglionar.

Actualment consulta per dispnea progressiva fins a fer-se de repòs i astènia d'un mes d'evolució. A l'exploració física només destaca taquipnea. La saturació arterial d'O₂ era del 93% en sedestació i del 88% en decúbit.

A les anàlisis de sang destacava: hematòcrit 31%, leucòcits 4800 x mm³, plaquetes 41000 x mm³, LDH 1569 U/L, VSG 300mm/1h, dímer D 1432 µg/ml (V.N.: <0,5). La gasometria arterial amb flux d'oxigen del 21%; pH 7,42; Pa CO₂ 32 mmHg, Pa O₂ 52 mmHg, Excés de Base +3. La radiografia de tòrax era normal i la tomografia computada (TC) de tòrax amb protocol per a TEP era negativa.

L'eco-Doppler d'extremitats inferiors no va demostrar TVP, la gammagrafia pulmonar va mostrar una alta probabilitat de TEP (*Figura 1*).

Figura 1: gammagrafia pulmonar de ventilació/perfusió. Segueix un patró típic de l'embolisme segmentari marginal. La imatge pulmonar de la perfusió és diferent a la de ventilació per oclusió vascular perifèrica (fletxes).



També se li va fer un ecocardiograma 2D que mostrava el ventricle dret al límit superior de la normalitat, insuficiència tricuspídia moderada i funció sistòlica del ventricle esquerre conservada. L'arteriografia pulmonar va ser normal.

El catèter de Swan-Ganz va mostrar una pressió arterial pulmonar (PAP) de 59/25mmHg (V.N.: 20/9 mmHg) i pres-

sió mitja pulmonar (PMAP) de 35mmHg (V.N.: 15mmHg). El frotis de sang venosa mixta enclavada va ser positiu per cèl·lules neoplàsiques.

Degut a la marcada pancitopènia se li va fer una punció del moll de l'os on es van observar una medul·la hipocel·lular i cúmuls cel·lulars tipus "penjalls" que corresponien a metàstasi de l'adenocarcinoma mamari.

DISCUSSIÓ

L'embòlia tumoral es considera bastant infreqüent, la seva incidència en autòpsies es considera del 3-6% dels pacients amb tumors sòlids, més comú a mama, estómac i pulmó, però estudis retrospectius demostren que només el 8% de la morbi-mortalitat té a veure amb aquesta patologia.⁽³⁾

La presentació clínica en forma de dispnea d'evolució aguda o subaguda descrita en més de la meitat dels malalts reflecta la progressiva oclusió de la vasculatura pulmonar. També poden presentar tos, dolor abdominal o toràcic i signes inespecífics de sobrecàrrega de cavitats dretes del cor.

La presència de dispnea en una persona amb càncer s'orienta més sovint cap a infecció o efecte col·lateral dels fàrmacs, però un cop descartats, el principal diagnòstic diferencial a tenir en compte quan es sospita un TEP és el seu origen, degut al mecanisme fisiopatològic comú i la seva freqüència.⁽³⁾

Davant un quadre d'hipoxèmia amb radiologia normal i un ecocardiograma que reveli signes d'hipertensió pulmonar o sobrecàrrega ventricular dreta, s'ha de sospitar d'un èmbol format per un coàgul de sang o fibrina ja que aquest és dues vegades més freqüent que l'èmbol de cèl·lules tumorals en pacients amb càncer. S'ha de tenir en compte que aquests malalts solen ser gent gran, amb altres comorbiditats, que duen una vida bastant sedentària i presenten estats de hipercoagulabilitat.⁽³⁾

En la nostra pacient, la negativitat dels estudis orientats a la seva recerca, van permetre dirigir el diagnòstic cap a un altre tipus de embolisme.

La seva TC va descriure un patró inespecífic subsegmentari de dilatació arterial pulmonar. La gammagrafia pulmonar de ventilació-perfusió va tenir una major utilitat diagnòstica ja que apareixien múltiples defectes suplementaris perifèrics de perfusió amb ventilació normal.

A efectes d'embolisme tumoral, l'arteriografia pulmonar no és gaire sensible ni específica ja que en molts pocs malalts es pot veure retard i/o interrupció del flux en artèries petites.⁽⁴⁾ A la nostra pacient se li va practicar una arteriografia pulmonar per l'alta probabilitat clínica d'embòlia.

La col·locació del catèter de Swan-Ganz va ajudar a confirmar i quantificar la hipertensió pulmonar –en el nostre cas, d'hipertensió lleu– i va permetre l'obtenció de sang capil·lar enclavada per l'anàlisi citològic, molt útil per al diagnòstic de microembolisme tumoral. Si hagués sortit negatiu, però, no exclouria la presència d'aquesta patologia.⁽⁶⁾

La biòpsia transbronquial pot permetre el diagnòstic però la biòpsia de pulmó a cel obert o per videotoracoscòpia és el mètode definitiu encara que la insuficiència respiratòria i la in-

estabilitat hemodinàmica limiten la seva utilització.

El diagnòstic de la nostra pacient es va fer per exclusió, ja que tenia antecedents de càncer de mama, hipertensió pulmonar lleu, hipoxèmia amb absència de patologia pulmonar radiològica, metàstasi a la medul·la òssia del tumor mamari i gammagrafia pulmonar compatible amb patró característic.

Com a conclusió, cal dir que el microembolisme tumoral és una complicació molt poc freqüent i ha de ser sospitada en pacients amb antecedents de càncer i dispnea aguda o subaguda, amb o sense hipertensió pulmonar o sospita d'embòlia on no es pot confirmar el seu origen trombòtic. Si al tenir la sospita clínica fem una gammagrafia pulmonar i aquesta presenta el patró característic, ja ens orienta cap a TEP, i per tal de confirmar el diagnòstic es pot recórrer a la citologia vascular o biòpsia de pulmó, tot i que a vegades, el seu diagnòstic de vegades és només d'exclusió. ⁽³⁾

BIBLIOGRAFIA

⁽¹⁾ Ruiz Manzano J. Tromboembolia pulmonar. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. 16ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009; p. 837-41

⁽²⁾ http://es.wikipedia.org/wiki/Tromboembolismo_pulmonar

⁽³⁾ Chertcoff FJ, Emery NC, Villagomez R. Embolismo pulmonar tumoral: Reporte de dos casos. Rev Méd Chile. 2009; 137: 1613-16

⁽⁴⁾ Gutte H, Mortensen J, Jensen CV. Detection of pulmonary embolism with combined ventilation-perfusion SPECT and low-dose CT: head-to-head comparison with multidetector CT angiography. J Nucl Med. 2009; 50: 1987-92

⁽⁵⁾ Roberts KE, Hamele-Bena D, Saqi A. Pulmonary tumor embolism: A review of the literature. Am J Med. 2003; 115: 228-32

⁽⁶⁾ Mason RG, Ruggieri J. Pulmonary microvascular cytology. A new diagnostic application of the pulmonary artery catheter. Chest. 1985; 88: 908-14. ●

Gestió de la qualitat-Part I. Guió bàsic per a integrar coneixements sobre termes d'avaluació

Gestión de la calidad-Parte I. Guión básico para integrar
conocimientos sobre términos de evaluación

Quality management-Part I. Basic guide to integrate knowledge
over terminology of assessment

Lucía Mata Haya. Directora QAEA*- HUSC. Membre NPQ* HUSC

*Qualitat Aliances Exteriors Assistencials * Nucli Promotor Qualitat

RESUM

Amb aquest article, comencem un cicle de treballs sobre control de qualitat i avaluació, termes de gran vigència que resulten desconeguts per la majoria dels professionals.

El present treball, sota el títol de guió bàsic, pretén ser una eina d'aprenentatge i aclariment de conceptes bàsics, d'utilitat per a tothom sobre l'avaluació i els seus models, sobre els processos i sobre la millora de qualitat. Així es comença per una aproximació semàntica als termes bàsics de l'avaluació: l'acreditació, les normes... I a partir d'aquí s'inicia una revisió sobre els diferents models d'avaluació/acreditació: ISO, EFQM, JCI mitjançant comparatives que serveixin d'introducció en el seu significat dins l'àmbit de la sanitat.

ABSTRACT

With this study we introduce a series of papers over quality assessment and evaluation, terms currently wide used but unknown for the majority of the professionals.

This paper is intended to be a learning and clarification tool of basic concepts, useful for everyone about assessment and its models, about the processes and about the improvement of quality. It begins with a semantic approach to the basic terms of assessment: accreditation, standards... From that point it starts a review of the different models of assessment/ accreditation: ISO, EFQM, and JCI through benchmarking in order to introduce us in the meaning of quality assessment in the field of health.

Paraules clau: control qualitat, avaluació de processos i resultats, acreditació de hospitalares

Keywords: quality control, outcome and process assessment, credentialing of health facilities

Rebut: 14-febrer-2010

Acceptat: 15-març-2010

Correspondència: lmata@hscor.com

DEFINICIONS BÀSIQUES

ACREDITACIÓ: Procediment d'avaluació d'establiments assistencials, voluntari, periòdic i reservat que tendeix a garantir la qualitat de l'atenció a través d'estàndards prèviament acceptats.

CRITERI: Objectiu a assolir. En el cas de JCI és la condició que deu acomplir la pràctica clínica per a ser considerada de qualitat.

INDICADOR: És la mida quantitativa que pot ser utilitzada com guia per controlar i valorar la qualitat de les activitats, és a dir, la forma particular, numèrica, en la que es mesura o avalua un criteri (incidència, densitat d'incidència).

ESTÀNDARD: Grau d'acompliment exigible a un criteri. Es defineix com l'INTERVAL en què es considera acceptable el nivell de qualitat. La veritable utilitat d'un estàndard és la possibilitat de comparació amb un valor mínim acceptable.

Hi ha ocasions en que els valors estàndards ja existeixen en la literatura, d'altres haurem de decidir-los per consens, cercant evidència científica o acords en funció dels resultats observats en el nostre medi.

NORMA: És un model, un patró, exemple o criteri a seguir. És una fórmula que té valor de regla i té per finalitat definir les característiques que ha de tenir un producte amb compatibilitat internacional.

La finalitat de les normes ISO és orientar, coordinar, simplificar i unificar mètodes per a obtenir menys costos i més efectivitat

NORMALITZACIÓ: És l'elaboració, aplicació i millora de les normes que s'apliquen a diferents activitats científiques, industrials i econòmiques amb el fi d'ordenar-les i millorar-les. És el procés de formular i aplicar regles per fer una aproximació ordenada a una activitat específica, per a benefici i cooperació de tots els implicats.

LA ISO, International Standardization Organization és l'entitat internacional encarregada d'afavorir la normalització mundial. Té seu a Ginebra i és una Federació d'organismes nacionals. Aquests són oficines de normalització que actuen com delegades de cada país. Per Espanya és AENOR.

Segons la ISO, les normes tenen per objecte establir, davant problemes reals o potencials, disposicions encaminades a usos comuns i repetits per obtenir un nivell d'ordenació òptima per al context donat.

EL PRESENT: LA GESTIÓ DE LA QUALITAT TOTAL (UN CONCEPTE FILOSÒFIC)

Implica l'aplicació dels principis de gestió de qualitat a tots els aspectes de l'organització: *més èmfasi en les persones, més sofisticació de les eines i tècniques, major atenció a la gestió de cada procés, esforç per eliminar el que no crea valor.*

El procés s'estén als proveïdors i clients, amb qui s'ha de cercar establir relacions d'interès comú, així com als grups d'interès o "stakeholders".

Qualitat entesa com excel·lència, és el terme més integrador dels existents ja que s'aplica a processos, productes, serveis...

Concepte **excel·lència:** es defineix com "una filosofia de treball que dona lloc a un procés dinàmic de millora en el que l'objectiu és assolir l'eficàcia i l'eficiència".

FACTORS CRÍTIQS DE LA GESTIÓ DE LA QUALITAT

Paper del lideratge de la Direcció i de la Política de Qualitat, incloent en l'avaluació de la qualitat a l'alta direcció.

Paper del departament de qualitat: Visibilitat i autonomia, accés a/de l'alta direcció. Coordinació amb la resta de departaments (i direccions).

Ensenyament/formació: formació en estadística, processos, llocs de treball i relacionats amb la qualitat.

Disseny del producte/servei: adaptació acurada dels processos. Implicació de totes les direccions en la revisió de processos.

Gestió de la Qualitat dels proveïdors (referents i contrareferents): Optimització del número de proveïdors, fiabilitat del control de procés establert dels/pels proveïdors. Fortes interdependències amb proveïdors i clients. Control de la qualitat dels proveïdors.

Gestió del procés: Claredat de la pertinença a un procés, dels límits i etapes. Ús del control estadístic de processos. Automatització selectiva dels processos, manteniment, avaluació per part dels treballadors i responsables de procés. Comprovació automatitzada.

Dades de qualitat i la seva divulgació: utilització de dades de cost i de resultats de qualitat, retroalimentació de la informació de millora/seguiment qualitat a empleats i directius per a la resolució de problemes. Mesures de qualitat convenients. Avaluació per part dels directius i empleats en funció de la performance en qualitat. Disponibilitat de tota la informació sobre qualitat.

Relacions concernents als empleats: implantació de la implicació dels empleats i els cercles de qualitat. Fomentar la participació dels empleats en decisions i la responsabilitat en temes relatius a la qualitat. Reconeixement als empleats per a la obtenció de més performance en qualitat. Eficiència del sistema de supervisió, que abasti els aspectes relatius a la qualitat. Conscienciar als empleats de la importància de la qualitat.

PARLEM DEL MODEL EFQM

El Pla de Qualitat i el Sistema d' Acreditació per a centres d' Aguts a Catalunya es basen en el model EFQM.

EFQM. La EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT pretén que el model sigui dinàmic, sotmès a millores contínues i que reflecteixi clarament els continus canvis de l'entorn.

Per concretar això els **CRITERIS DEL MODEL EFQM** es divideixen en dos grups:

1. CRITERIS FACILITADORS (O AGENTS) QUE INCLOUEN:

• El lideratge	110 punts
• Les persones	90 punts
• La política i estratègia	80 punts
• Les aliances i recursos	90 punts
• Els processos	140 punts

Són els factors fonamentals per aconseguir l'excel·lència empresarial.

2. CRITERIS DE RESULTATS:

• En les persones o empleats	90 punts
• En els clients	200 punts
• En la societat	60 punts
• Resultats clau	150 punts

Són els factors que mostren si s'ha compromès a totes les parts en la consecució de resultats.

El lideratge és un factor clau.

La QT no es pot desenvolupar sense un total compromís de la direcció i líders. Aquest criteri pretén analitzar la implicació dels líders de l'organització en el desenvolupament de la missió i visió, és a dir, dels objectius i estratègies.

Per l'EFQM: Una gestió basada en la QUALITAT TOTAL s'aconsegueix en un temps límit quan la qualitat es converteix de veritat en una part essencial de la política corporativa.

Com podria ser una aplicació empírica del model EFQM en els seus inicis?

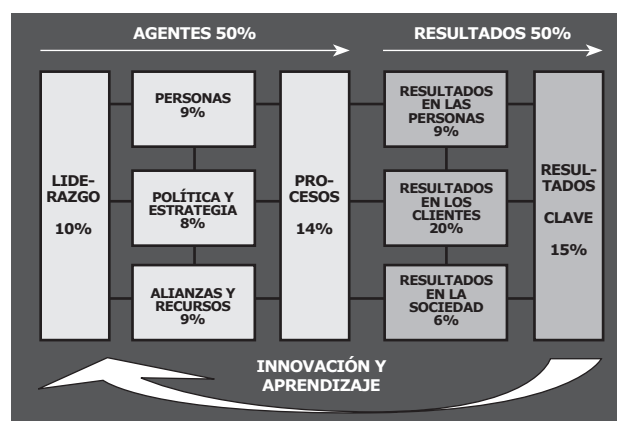
Criteris facilitadors:

Un suggeriment seria:

- Basar-se en la informació de les autoavaluacions.
- Crear de bon principi quasi tants grups de treball com criteris bàsics, prenent part el personal més adequat a cada cas.

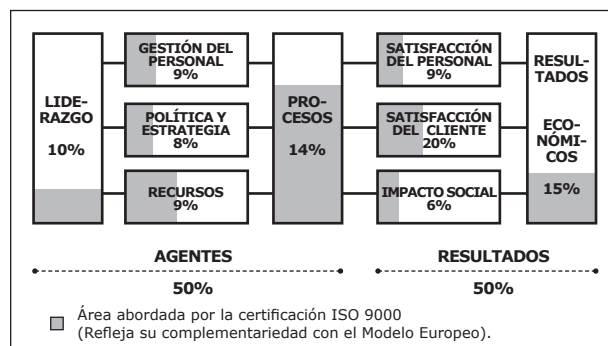
MODEL EFQM

Figura 1. Quadret que resumeix el model EFQM



Els criteris AGENTS es diuen també FACILITADORS.

Figura 2. Quadret que resumeix la complementarietat possible EFQM / Normes ISO



MODEL DE QUALITAT EUROPEU (EFQM) I SISTEMA D'ACREDITACIÓ (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL JCI)

El model d'acreditació dels Centres d'Atenció Hospitalària Aguda de Catalunya i el Sistema de Qualitat escollit per la nostra organització estan basats en el Model EFQM.

Davant el suggeriment fet en algun moment d'anar pensant en una possible futura acreditació per la Joint Commission International (JCI), es va veure la necessitat de fer un anàlisi de semblances i diferències per tal d'anar establint quin seria l'estat de la qüestió per a la nostra organització, la possible utilitat/complementarietat del que tenim/tenim en aquest moment, així com d'intentar una breu descripció dels avantatges de superar aquest sistema extern d'acreditació.

1. INTRODUCCIÓ

En què consisteix el model de Qualitat EFQM (resum):

"Es basa en què els processos són la via per dirigir i alliberar les aptituds del personal, amb el fi de produir resultats."

En general el model es divideix en dos tipus de criteris ja esmentats:

- Els agents, és a dir, les persones i els processos, que determinen la manera en que s'assoleixen els resultats (lideratge, gestió de personal, política i estratègia, recursos, processos).
- Els resultats o assoliment de l'empresa en el seu negoci (satisfacció del personal, satisfacció dels clients, impacte social, resultats empresarials).

En què consisteix el sistema d'acreditació JCI:

"L'acreditació o reconeixement de que un centre aconsegueix els nivells òptims de qualitat, a partir de:

- L'avaluació externa i independent de tot el centre.
- Prenent com a referència uns estàndards derivats del

consens científic i tècnic.

- Estàndards públicament difosos.
- Prèviament coneguts per les organitzacions”.

“Estableix sistemes d'avaluació que incorporen :

- Àrees clau interdisciplinàries.
- Centrades en el client.
- Aspectes bàsics de la gestió i organització dels centres”.

“Té com a funció ajudar a les organitzacions que proporcionen assistència a:

- Reforçar les seves iniciatives de seguretat del pacient.
- Millorar la gestió.
- Reduir el risc.
- Augmentar la confiança de la comunitat pel compromís amb la qualitat i l'atenció centrada en el pacient”.

Funcions clau del model d'acreditació **JCI**:

Estàndards centrats en el pacient:

- Accessibilitat i continuïtat de l'atenció.
- Drets de la persona i la família.
- Avaluació de la persona.
- Atenció i suport a la persona.
- Educació a la persona i la família.

Estàndards centrats en l'organització:

- Gestió i millora de la qualitat.
- Prevenció i control de la infecció.
- Òrgans de govern, lideratge i decisió.
- Gestió de la seguretat i les instal·lacions.
- Formació i qualificació del personal.
- Gestió de la informació.

2. COMPARATIU DE LES CARACTERÍSTIQUES DELS MODELS

EFQM:

És un model d'excel·lència en la gestió que data de 1991 en l'àmbit europeu i nascut per a millorar la competitivitat empresarial.

Proposa un conjunt de criteris que defineixen l'organització excel·lent.

Es basa en els 8 principis fonamentals que defineixen la gestió de la Qualitat Total.

Es tracta d'un instrument genèric i flexible de referència per a la gestió.

Es de caràcter no prescriptiu.

El seu compliment es basa en l'**autoavaluació** que la pròpia organització realitza prenent com a model els criteris de la EFQM.

NO existeix un reconeixement explícit en forma de dictamen, excepte si s'obté un premi o guardó.

JCI :

És un model específic d'acreditació aplicable als hospitals espanyols.

S'ofereix de forma privada, des d'una organització independent, com la Fundació Avedis Donabedian.

Es basa en la comparació de la realitat dels hospitals espanyols amb els estàndards definits en el manual JCI.

Els estàndards tenen una marcada orientació funcional.

L'acreditació es de caràcter voluntari.

L'acompliment dels estàndards es verifica mitjançant una avaluació externa.

El reconeixement es concedeix per un dictamen que emet un organisme independent.

3. COMPARATIU DELS ESTÀNDARDS DE CADA MODEL

EFQM, criteris del model:

El model s'estructura en 9 criteris dividits en 32 subcriteris:

- Lideratge 5.
- Política i estratègia 4.
- Persones 5.
- Aliances i recursos 5.
- Processos 5.
- Resultats relatius als clients 2.
- Resultats relatius al personal 2.
- Resultats relatius a la societat 2.
- Resultats clau per a la organització 2.

El 50% del pes es refereix als resultats (outputs), l'altra 50% als recursos (inputs) més els processos.

JCI, estàndards del model:

El model consta de 65 estàndards agrupats en 11 àrees; al mateix temps dividit en dos blocs de funcions: pacient i organització.

Pacient:

- Accés a les cures i continuïtat de cures 5.
- Avaluació dels pacients 7.
- Cuidats als pacients 19.
- Drets del pacient i famílies 10.
- Educació dels pacients i famílies 4.
- Millora de la qualitat i seguretat dels pacients 5.
- Prevenció i control de la infecció 12.

Organització:

- Govern, lideratge i direcció 5.
- Gestió i seguretat de les instal·lacions 10.
- Qualificació i educació dels comandaments 15.
- Gestió de la informació 3.

Mesuren de manera majoritària estructura i procés (93 de 95). Aquests estàndards tenen una orientació especialment funcional i exploren l'acompliment per part de l'organització, de determinades funcions que es consideren claus en termes de qualitat dels serveis.

4. COMPARATIU DELS PUNTS FORS I PUNTS FEBLES DELS MODELS

PUNTS FORTS:

EFQM:

- Orientació a resultats.
- Enfocament al client.
- Integra la Gestió de la Qualitat Total.
- Subratlla la importància del lideratge.
- Promou la implicació del personal a través de l'auto-avaluació.
- Fomenta la responsabilitat social.

JCI:

- Defineix el model d'organització basant-se en requeriments específics sanitaris.
- Fàcilment comprensible pels professionals sanitaris.
- Avalua aspectes essencials de la pràctica assistencial.
- Garanteix un procés assistencial de qualitat, en la mida que defineix els mitjans adequats per a la bona pràctica.
- L'acreditació visualitza, davant la societat, l'excel·lència del servei ofert.

PUNTS FEBLES:

EFQM:

- És bastant genèric.
- No defineix objectius concrets per als professionals sanitaris.
- Dificultats de comprensió per al llenguatge del personal sanitari.
- NO fa visible el reconeixement extern.
- NO utilitza la verificació externa independent.

JCI:

- Els estàndards incideixen fonamentalment sobre els recursos i el procés.
- NO s'avaluen quasi gens els resultats.
- NO fa èmfasi en el paper de l'autoavaluació.
- NO integra la Gestió de la Qualitat Total.

5. PRIMERES IMPRESSIONS PEL QUE FA A UNA POSSIBLE ACREDITACIÓ EN UN FUTUR PRÒXIM PER PART DE LA JOINT COMMISSION: (INFORME RESUM)

El seguiment de les autoavaluacions de qualitat des del 2007 i les que hem de fer en la nostra organització, en compliment del Model de Qualitat intern, podria ser la fase prèvia preparatòria per a l'avaluació externa per part de "FADA" sota el model d'acreditació de la Joint Commission, si assolíssim un important avenç en estàndards no essencials de l'acreditació i en l'acompliment dels objectius de Qualitat amb una forta implicació dels diferents propietaris i líders de procés definits segons el Mapa de Processos que resti materialitzat.

Sempre es fa necessari que els responsables assistencials, de processos o àrees assistencials facin un profund treball en revisió/protocol·lització i revisió/procedimentació assistencial, atenent de manera essencial i en cada cas a la transversalitat, els nivells de continuïtat assistencial, la disminució de la variabilitat i les millores en la seguretat.

Pel procés d'acreditació externa JCI, de bon segur s'haurà de tenir en compte el cost de la iniciativa pel pagament a una entitat privada externa, i el cost de recursos pel que fa a la dedicació d'estructura (temps, persones).

El treball de revisió de circuits i elaboració de procediments necessari, exigiria un esforç de reordenació i una implicació important, sobretot pel que fa a les funcions dels diferents líders i responsables que restin definits, així com de la transversalitat assolida en les àrees assistencials.

El reconeixement social del dictamen d'acreditació ens serviria com referent d'excel·lència en el nostre entorn competitiu sanitari.

En la meua opinió, de moment ens manca un coneixement més profund sobre el model Joint Commission i sobre l'estat de la qüestió en la nostra organització.

BREU INTRODUCCIÓ AL CONEIXEMENT DE LES NORMES ISO I LA SEVA UTILITAT EN SANITAT

APLICABILITAT DE LES NORMES ISO SÈRIE 9000 A LA GESTIÓ SANITÀRIA:

La introducció de tècniques de contrast en els àmbits de la gestió industrial i privada de serveis, en general, i sanitaris, en particular, permeten al gestor **millorar el resultat de l'activitat**, el producte o el servei. Les conseqüències que se'n haurien de derivar, entre d'altres són:

- Mantenir i incrementar la qualitat sense incrementar costos.
- Optimitzar la despesa.
- Satisfereix les expectatives i necessitats dels clients interns i externs.

L'aplicació de les Normes ISO 9000 en la gestió sanitària té els avantatges de ser útil:

- Tant en l'activitat interna.
- Com en la que fa referència a la vinculada externament amb proveïdors de béns, serveis i subministres necessaris pel desenvolupament de l'activitat de centres sanitaris.

Aquesta aplicabilitat és matèria d'acreditació per si mateixa i coadjuvant per a l'obtenció de certificacions.

Parlem d' ISO i Sanitat:

Ens basem en les activitats de producció en un centre assistencial en el sentit més ampli.

El concepte de QUALITAT va sorgint cada cop amb més força en l'àmbit de la gestió sanitària i l'assistencial en particular.

El Model Sanitari que paulatinament s'ha anat implantant, la diferenciació entre els agents (pagador/planificador) i les entitats proveïdores i unitats productives, permeten cercar aquestes formules i eines amb la finalitat de millorar el servei sense afegir costos.

Els subjectes participants com són USUARIS (demanda bàsica), AGENTS (entitats públiques i privades) i PROVEÏDORS (centres contractats) es complementen amb un quart, el que proveeix de materials i de béns i productes facilitadors per a que l'activitat es porti a terme. Són els proveïdors serveis i també els de materials, béns i productes.

La gestió de la qualitat total es basa en les relacions (subjectes) i les transaccions (objecte) com ja s'ha explicat.

Les normes UNE ISO 9000 són un conjunt de regles de naturalesa internacional adoptades per la ISO i per la EN en l'àmbit europeu, Comitè Europeu de Normalització, que pretén clarificar els principals conceptes relatius a la qualitat i les diferents interrelacions entre les regles.

La denominació **ISO** de les diferents normes no ve del acrònim "ISO" de l'organització internacional d'estandardització (referit per exemple a igualtats de recursos o condicions), sinó de l'**adjectiu grec** que reforça la idea de **normalització**.

Les certificacions tenen validesa temporal. La certificació es emesa per un organisme reconegut com certificador. A Espanya és la ENAC que ha acreditat AENOR com a societat espanyola de normalització.

APLICABILITAT DE LES NORMES ISO A LA SANITAT:

Aplicabilitat interna:

Com conjunt de normes i procediments per gestionar la qualitat del producte o servei de l'entitat.

No es tracta doncs d'aplicar les normes ISO 9000 en el contingut de l'acta mèdic o en l'atenció d'infermeria per exemple, si no en:

- Millorar el servei.
- Reduir els temps d'espera.
- Avaluar la satisfacció del client.
- Obtenir resultats econòmics.

Les normes ISO **no** són l'únic mètode per assegurar la qualitat.

Es poden adoptar per obtenir alts nivells d'acreditació en l'àmbit sanitari si coadjuven amb les altres tècniques, mètodes i principis per a obtenir l'excel·lència.

Aplicabilitat externa:

Com a garantia de Qualitat del nostre producte cara en fora i factor de reconeixement important.

Sectors de l'activitat assistencial i para-assistencial, que són susceptibles de ser certificats per les normes ISO sèrie 9000:

Serveis:

- Informàtica (programes) i telecomunicacions.
- Restauració.
- Neteja.
- Bugaderia.
- Consultors i serveis de professionals independents.
- Recollida de residus.
- Manteniment.
- Missatgeria i transport.
- Empreses de treball temporal i de selecció de personal.
- Comunicacions i altres serveis (telefonía, veu, dades...).
- Radiologia, laboratori i proves complementàries.
- Seguretat i vigilància.
- Subministraments.
- Reparació i conservació.
- Assegurances.
- Productes i serveis bancaris i financers, publicitat, propaganda i relacions públiques, etc.

Béns:

- Mobiliari.
- Obres i instal·lacions.
- Maquinaria i utillatge.
- Subministraments diversos: Llenceria, vestuaris, aliments, material de neteja, etc.
- Material quirúrgic, sanitari, de rehabilitació, de laboratori i proves complementàries.
- Pròtesi, fàrmacs...
- Informàtica (màquines).

Els passos a seguir per a obtenir l'acreditació ISO són:

- Decisió adoptada per la Direcció.
- Escollir el Pla de Qualitat més adequat a la organització.
- Avaluar a través de les normes ISO sèrie 9000 quins són els procediments a aplicar i les mides correctores.
- Preparar (o revisar) un programa d'assegurament de la Qualitat.
- Implantar els procediments necessaris.
- Editar (o adaptar) el Manual de Qualitat.
- Revisar el Manual mitjançant una entitat acreditadora.
- Auditar el sistema de qualitat en assegurament de la qualitat.
- Emprendre accions correctores per resoldre les anomalies trobades.
- Obtenir el certificat i passar les avaluacions periòdiques.

Avantatges de l'aplicació de normes ISO sèrie 9000 en la gestió sanitària i assistencial:

Aporta valor afegit al producte assistencial, millorant els processos.

Competitivitat i millora en la satisfacció dels clients intern i extern.

No suposa despesa addicional a l'entitat proveïdora/unitat productiva de serveis assistencials.

Disminueixen el costos de la no qualitat (tangibles i intangibles).

Millora la imatge i credibilitat de l'empresa o servei.

Millora l'ambient de treball a través d'un projecte comú.

És compatible amb altres normes sectorials d'acreditació.

Trasllada part del cost de l'assegurament de la qualitat als proveïdors del sector sanitari.

La nostra realitat:

Sentim moltes paraules que provenen possiblement d'algun projecte o pla: acreditació, model EFQM de qualitat, gestió per processos, indicadors bàsics, quadre de comandament integral, normes ISO, JCI...

Segurament els punts del que més sentirem parlar seran el **QCI o Quadre de Comandament Integral** i el **model EFQM** que és en el que es sustenta el Pla de Qualitat des de 2007 i en el que es basa el Sistema d'Acreditació dels Hospitals d'Aguts a Catalunya. Probablement també de les Normes ISO.

Per tot això, en aquest moment i des d'aquest punt del treball s'intenta complementar la explicació feta fins ara.

NORMES ISO 9001:2000

Pel que fa a les NORMES ISO en aquest punt ens centrarem en ISO 9001-2000.

Diuen els seus defensors que és una metodologia amb objectius ambiciosos i es ressalta la importància en afirmar que:

“La decisió d'adoptar un sistema de Gestió de la Qualitat ha d'estar una decisió estratègica de l'organització”.

Els autors de la norma ISO esperen que des de Direcció es doni un major protagonisme a la norma com a metodologia perfectament emmarcada en l'estratègia de l'empresa.

Rest a clar quin és l'objecte d'aplicació resumit en dos punts:

- Proporcionar “productes” que satisfacin els requisits dels clients i reglaments aplicables.

- Aspirar a augmentar la satisfacció del client.

Un tercer enfocament molt important és el fet d'estar basat en processos.

En resum les tres característiques essencials són:

- És una decisió estratègica.

- Els eixos sobre el que es construeix el sistema de qualitat són la satisfacció del client i l'increment de la satisfacció.

- La gestió de l'empresa ha de ser com un sistema integrat de processos.

MODEL EFQM (RECORD I REFORÇ)

Parla d'Excel·lència: *“Els resultats excel·lents en el rendiment general d'una organització en els seus clients, personal, i societat en la que actua, s'assoleixen mitjançant un lideratge que dirigeix i impulsa la política i estratègia, i que també es farà realitat a través de les persones, aliances, recursos i dels processos.”*

EN RESUM, el model EFQM consisteix en:

L'avaluació o autoavaluació dels 9 criteris d'excel·lència que s'han anar treballant amb el sistema lògic REDER.

REDER: Resultats, Enfocament, Desplegament, E(a)valuació i Revisió.

Per a obtenir resultats en els clients, les persones, la societat, i l'organització, és necessari:

- Enfocar les àrees de millora.

- Desplegar accions que permetin les millores.

- Avaluar i revisar els resultats de les accions de millora, per anar comprovant que es va seguint el camí establert.

El tres pilars del model EFQM han de ser:

- Que la metodologia EFQM permeti descriure (avaluació) com la alta direcció està gestionant els 5 criteris facilitadors, i també quins resultats està obtenint en els 4 criteris de resultats.

- La metodologia gira en torn a un procés d'avaluació i/o autoavaluació, basat en indicadors quantificats, dels que s'han de millorar els resultats de manera contínua.

- Els 9 criteris estan dividits en 5 facilitadors i 4 de resultats, tots ells interrelacionats de manera que les millores en els facilitadors produeixen millores en els resultats.

Quadre de Comandament Integrat (QCI), (com a Balanced Scorecard, Amèrica).

Kaplan i Norton del Harvard Business School varen afirmar que:

L'alta direcció ha de gestionar l'organització des de quatre perspectives:

- Perspectiva del client. Com ens percep el client?

- Perspectiva dels processos interns. Quins processos interns han de ser excel·lents en la nostra organització?

- Perspectiva de l'aprenentatge i creixement (molt inherent al cercle EFQM). Què podem fer per a seguir creixent i creant més valor?

- Perspectiva financera. Com veiem als nostres accionistes i finançadors?

Cada una d'aquestes perspectives ha de tenir els seus indicadors i les seves fites. Cal tenir en compte que els indicadors només indiquen i per tant expliquen part de la realitat.

Els conceptes bàsics sobre la metodologia del QCI són:

Les quatre perspectives. No ens podem fixar només en una part de l'empresa, necessitem una visió de conjunt.

Cada perspectiva ha de tenir els seus propis objectius estratègics. L'empresa ha de fixar els objectius estratègics a llarg termini: són estratègics, perquè són condició absoluta per assolir la missió de l'empresa.

Els objectius a llarg termini s'han de traduir en indicadors numèrics. Els indicadors numèrics són una traducció parcial dels objectius a llarg termini.

Per conèixer si ens acostem a l'objectiu, l'empresa ha de fixar fites numèriques, és a dir, valors concrets a aconseguir en un temps determinat. Això voldria dir que l'empresa caminaria cap al seu objectiu al ritme que necessita.

Les iniciatives estratègiques (plans d'acció), les ha d'implantar l'alta direcció de l'empresa per assolir les seves fites.

Les relacions causa—efecte són les que es donen entre els diferents objectius. En una empresa tot està interconnectat però hem de descobrir quines són les relacions més fortes de causa—efecte entre els objectius estratègics de l'empresa.

El mapa estratègic és el resum gràfic que permet a tota l'organització veure quina és l'estratègia de l'empresa i com s'aconseguirà.

EN RESUM tres característiques i beneficis de la metodologia QCI:

- QCI és una eina per **implantar l'ESTRATÈGIA**. No és l'eina per decidir l'estratègia. Pot ajudar a visualitzar quina seria l'estratègia i ajudar a treballar-la quotidianament. És una baula dins d'una cadena que ajuda a descriure **què és el valor i com es crea**.

- QCI és una eina per **GESTIONAR EL CANVI**. S'enfoca sobre tot en gestionar el canvi estratègic, el pla de joc. El Pla de Joc pot ser continuament canviant.

- QCI és una eina per gestionar els actius intangibles, la proposta de valor de cara al client. Bona part de la percepció que té el client de nosaltres (imatge, facilitat, idoneïtat...) depèn de la gestió de processos (disseny, innovació...) i dels actius intangibles (marca, estil, valor diferenciat, interioritzats per tots el membres de la organització).

Els tres enfocaments o metodologies explicades es poden utilitzar de manera simultània i complementària:

La veritable qüestió és com complementar-les, definir en quins àmbits d'actuació i decisió cada model funcionarà:

1. Des de la perspectiva de la missió: En una piràmide en la que d'àpex a base es descriguin en la cadena que plantejaven als anys 90 Norton i Kaplan en el següent ordre:

- | | |
|------------------------------------|------|
| • Missió | |
| • Valors | |
| • Visió | |
| • Estratègia | |
| • Mapa estratègic | |
| • QCI | QCI |
| • Fites i Iniciatives empresarials | EFQM |
| • Objectius personals | EFQM |
| • Resultats estratègics | |
| • Operacions | ISO |

QCI està encaixat a continuació de l'estratègia, traduint-la a mides concretes i operatives. Es correspondria al Comitè de Direcció en el terreny del coneixement del Mapa Estratègic i del propi QCI.

ISO s'utilitzaria en el nivell de les operacions. Estaria a nivell dels directius o comandaments mitjos, dels dedicats al desplegament d'objectius i normalització de circuits i activitats.

EFQM encaixa al nivell de les fites i iniciatives i dels objectius a nivell de totes les persones.

2. Des de la perspectiva jeràrquica: és a dir segons s'utilitzi cada metodologia en el nivell Operatiu, directiu intermedi o de comandaments mitjos, del nivell directiu, i de l'alta direcció o del consell d'administració. Així:

ISO, es troba en el nivell Operatiu, però intentant afegir darrerament un salt en la satisfacció del client. ISO obliga a les empreses a definir de manera més precisa la seva estratègia, la seva organització i tots els processos tant els directius com els operatius. ISO no dona instruccions de com articular estratègies ni pot exigir el compliment. *ISO s'utilitza doncs per a gestionar els nivells més Operatius.*

EFQM va néixer per donar qualitat a la gestió de l'empresa. Es posiciona a nivell directiu. EFQM ens dirigeix millor per tal de veure que és el que hem de mesurar, per assegurar una direcció de qualitat.

QCI, és utilitzat en l'Alta Direcció, comitè de Direcció i Consell d'Administració. Té com a handicap que requereix molt coneixement de l'eina. L'utilitza sobre tot l'Alta Direcció perquè és una eina per a implantar l'estratègia i gestionar el canvi que cada estratègia requereix.

3. Des d'una perspectiva temporal: (passat, present o futur), les tres metodologies semblen centrar-se en temps diferents.

ISO, representa millor el temps PRESENT, es centra en els procediments pels que l'empresa satisfà la demanda actual dels seus clients (compliment dels requisits dels clients, eficàcia del procés pel client).

EFQM, sembla encaixar molt més amb el PASSAT. Es defineix això per la necessitat clara de realitzar Autoavaluació Exhaustiva de totes les àrees de Gestió més rellevants, per tal d'introduir millores en aquestes. EFQM és un model descriptiu del funcionament dels processos i resultats, mitjançant els seus nous criteris.

QCI, és l'eina que més s'identifica amb el FUTUR. Ha de ser eina per gestionar canvi. Estableix fites i objectius. Sobre tot exigeix que sorgeixin iniciatives estratègiques, és a dir, plans d'acció, que permetin a l'organització canviar la seva forma d'actuar per assolir les fites, que hauran de permetre a l'empresa realitzar la seva estratègia.

BIBLIOGRAFIA

Manuale d'Acreditació de Centres d'Atenció Hospitalaria Aguda a Catalunya, està basat en EFQM. Són el contingut que l'hospital ha d'acomplir per superar l'Acreditació.

L'Acreditació superada a Maig 2008 es refereix al contingut del Manual I o d'estàndards essencials. La propera que haurem de superar es la continguda en el Manual II o d'estàndards no essencials.

Bibliografia sobre qualitat i acreditació:

Aranaz JM, Mira JJ, Beltran J. *La gestión por procesos asistenciales integrados*. Neurologia 2003; 18 (Supl. 4): 48-56.

Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. *El Sistema Nacional de salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios sanitarios*. Rev Adm Sanit 2005; 3: 431-46.

Ardevol M, Canals M, Gómez A, Llor C. *El Modelo Europeo de Gestión Empresarial como instrumento para difundir la cultura de la Calidad Total en el ámbito sanitario de atención primaria*. Rev Cal Asist 2000; 15: 159-61.

Ayuso Murillo D. *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid: Díaz de Santos; 2007.

Ayuso Murillo D. *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos; 2006.

Camison C, Cruz S, González T. *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. 2ª ed. Madrid: Pearson. Prentice Hill; 2007.

Carrasco Prieto AL. *Estandares de acreditación JCI versus modelo EFQM ¿Complementariedad?*. Rev Adm Sanit 2006; 4: 303-10. European Foundation for Quality Management (EFQM). *El modelo EFQM de excelencia: cambios*. Madrid: Ed . EFQM; 1999. (<http://www.efqm.org/>)

Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J. *Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria*. Med Clin (Barc) 2008; 130: 351-6.

Garcia Bernal LJ, Gargallo-Castel A, Pastor-Agustin G, Ramirez-Aleson M. *Total quality management in firms: evidence from Spain*. Qual Manag J 2004; 11: 20-34.

Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía (SAS). Disponible y consultado el 18-02-10 en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/profesionales/procesos/libro_completo.pdf.

Gutierrez J. *Gestión clínica y sentido común*. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 1226 -9.

Lloria P, Zarzo A, Ramos J. *Introducción a la implantación de la EFQM en el Hospital Universitario la Fe*. Rev Cal Asist 2000; 15: 135-41.

Manzanares Balcells T. *La gestión por procesos en el sector sanitario*. Todo Hospital 2001; 176: 314-34.

Mora Martinez JR. *Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica*. Madrid: Mc.Graw-Hill; 2006.

Mora Martinez JR. *Gestión clínica por procesos: mapa de procesos de enfermería en un centro de salud*. Rev Adm Sanit 2002; 6: 135-59.

MorenoLuzon MD, Peris Bonet FJ, Gonzalez Cruz T. *Gestión de la calidad y diseño de las organizaciones*. Madrid: Pearson Educación, 2001.

Rodriguez A. *El modelo EFQM aplicado a Centros de Salud*. Centro Salud 2001; 9: 549-51.

Suñol R, Humet C. *Garantía de calidad y acreditación en España*. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe SES-PAS 2002: invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valencia de Estudios para la Salud; 2002. p. 481-494. <http://www.sespas.es/informe2002/cap22.pdf>

Bibliografia sobre Gestió Clínica:

Andreu Pinillos A. *La batalla de la comunicación interna*. Harv Deusto Bus Rev. 1998; 82: 48-60.

Bonfill X. *Información clínica y gestión*. Med Clin (Barc) 1995; 104: 224-7.

Casas M. *Los grupos relacionados con el diagnóstico*. Barcelona: Masson; 1991.

Conill J. *Ética de la empresa sanitaria*. Todo Hospital. 1998; 152: 709-14.

Cuervo JL, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales, nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vicens Vives; 1994.

De Bono E. *Más allá de la competencia*. Barcelona: Paidós; 1993. De Nadal J, Grau M, Bonastre M, Nogueras A. *Todo Hospital*. 1998; 152: 740-2.

Delgado R. *La variabilidad de la práctica clínica*. Rev Cal Asist 1996; 11: 177-83.

Drucker PF. *Llega una nueva organización en la empresa*. Harv Deusto Bus Rev 1988; 35: 3-12.

Fernández Collado E. *Abordaje de la gestión de enfermería a finales del siglo XX*. Gestion Hosp 1998; 9: 51-7.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals; 1974.

Loveman GW, Goodman JB. *Privatización del sector público: ¿acierto o disparate?* Harv Deusto Bus Rev 1992; 50: 14-24.

Manual Signo II. Club de enfermería. Madrid: Dirección general del Insalud; 1995.

Mintzberg H, Quinn JB, Ghistal S. *El proceso estratégico*. Madrid: Prentice Hall; 1999.

Monrás P. *Alternatives dins la gestió sanitària: de la gestió d'estructures a la gestió integrada de processos assistencials*. Fulls econòmics; 1994; 22: 17-19.

Monrás P. *De l'organització jeràrquica a l'organització participativa. Una reforma hospitalària necessària*. Salut Catalunya 1995; 3: 115-23.

Nogueras A. *Punto de vista de un profesional del sector sobre la participación y el compromiso de los profesionales en la gestión*. Fulls econòmics 1995; 25: 17-20 .

Ortún V. *Clínica y gestión*. Med Clin (Barc) 1995; 104: 298-300.
Rodríguez JM. *El factor humano en la empresa*. Barcelona: Ediciones Deusto; 1996.

Ruso S. *Alternativas a la gestión de servicios sanitarios y no sanitarios en el entorno hospitalario. La externalización*. Todo Hospital. 1999; 155: 219-22 .

Sanz V. *Gestión de áreas asistenciales y servicios clínicos en el entorno hospitalario*. Todo Hospital. 1997; 115: 193-6.

Voltes P. *La teoría General de Sistemas*. Barcelona: Hispano Europea; 1987.

Vuori HV. *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Barcelona: Masson; 1988.

Material complementari:

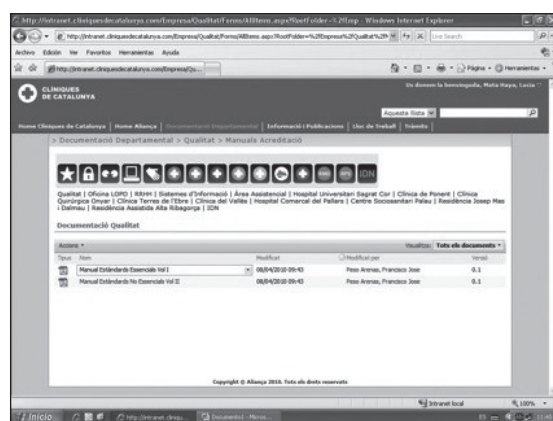
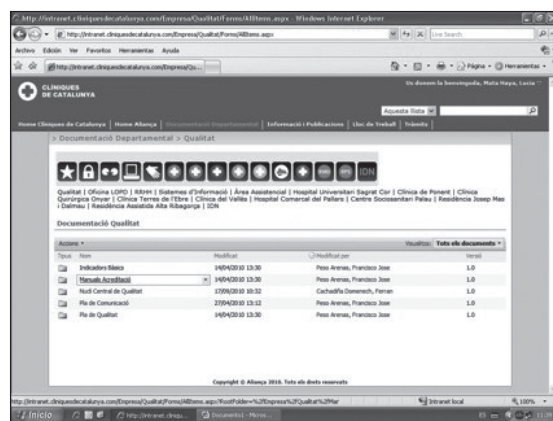
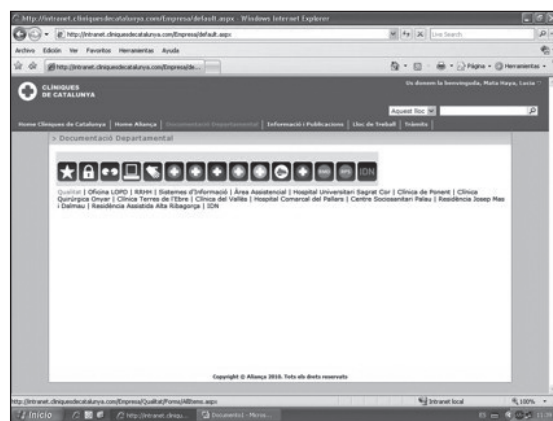
Manuale d'Accreditació de Centres d'Atenció Hospitalaria Aguda a Catalunya: I y II. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2005 (Vol. 1: Estàndars essencials; Vol. 2 Estàndars no essencials)

Disponibles en internet:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir465/doc10084.html>

També, però, es poden consultar des de la nostra **Intranet**:

- Obrir Intranet.
- Clicar documentació departamental.
- Clicar icona QUALITAT.
- Clicar Manual I o Manual II. ●



Homenaje al Dr. Miguel Balcells Riba (Barcelona, 1934)

Homenatge al Dr. Miguel Balcells Riba (Barcelona, 1934)

Tribute to Dr. Miguel Balcells Riba (Barcelona, 1934)

Eduardo Irache, Neus Fabregat i Fabra,
Emili Comes, Moisés Cadierno Carpintero, Gonzalo Vidal

“Lo mejor que puede pasar entre una generación y la siguiente, es que “los padres” contagien a “los hijos” y los imbuyan de su afecto y su sabiduría, tranquila, alegremente. La generación de Miguel Balcells nos transmitió su idealismo, el sacerdocio sanitario (dicho en el mejor sentido laico) el tesón, la entrega, la larga experiencia de generación en generación. Aprender con afecto es doble aprendizaje. El mejor homenaje es el mucho tiempo que hemos pasado juntos, tots plegats, compartiendo las dificultades de nuestra difícil tarea y compartiendo satisfacciones, alegrías, colegas todos, sanitarios.”



Eduardo Irache

VIDA Y OBRA

Se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona en 1960 y alcanzó el grado de doctor por esta misma universidad en 1994 con la tesis *Aspectos históricos de la patología vascular cerebral*.

Entre 1960 y 1964 fue médico adjunto del servicio de neurología dirigido por el Dr. Sales Vázquez de la Cátedra de Medicina Interna del Profesor Pedro Pons del Hospital Clínico de Barcelona. En las mismas fechas fue médico asistente a la Cátedra de Psiquiatría del Profesor Sarró.

En 1962, becado por el Ministerio Francés de Asun-

tos Exteriores, amplió sus conocimientos de neurología en el Hospital de la Salpêtrière de París con el profesor Raymond Garcin.

A finales de 1964 entró, en calidad de médico adjunto, en el Servicio de Neurología del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, dirigido por el Dr. José M^a Espadaler, a quien considera su maestro, donde permaneció hasta 1974 como jefe clínico. Ese mismo año pasó a ocupar la jefatura del Servicio de Neurología del Hospital del Sagrado Corazón siendo, en el periodo 1990-1994, director médico de di-

cho centro. En la actualidad es jefe emérito del Servicio de Neurología de este hospital.

En su actividad docente destaca la organización y dirección de quince cursos de terapéutica neurológica.

Su bibliografía es muy variada: en 1964 fue coautor de la monografía *Las cefaleas en la práctica médica*, primer tratado español sobre este tema escrito por neurólogos; en 1970 publicó un artículo de revisión sobre las encefalopatías alcohólicas; en 1971 fue editor, junto a los doctores Espadaler y Jubert Gruart, de la monografía *Enfermedades musculares* desarrollando también el capítulo dedicado a la distrofia muscular de Duchenne y, en 1974 destaca la comunicación, en un symposium internacional sobre patología vascular cerebral, “Ictus amnésico, estudio de cinco casos” –hoy amnesia global transitoria– que, probablemente, fue la primera aportación sobre este tema en España.

Entre sus numerosos artículos sobre neurohistoria destacan: “Conceptos históricos sobre la migraña. *Cluster Headache* y neuralgias craneofaciales” (1994), “Evolución histórica de las características clínicas de la migraña” (1994), “Aspectos históricos y sinonimia de la cefalea en racimos” (1995), “Aportación de John Hughlings Jackson al conocimiento de la epilepsia” (1998), “Edward Liveing, un estudioso de la migraña”, “Evolución histórica de las características clínicas de la migraña”, “La neurología en Cataluña. La Escuela Catalana de Neurología” (2002), “Arte y neurología: una asociación necesaria” (2005), “Los efectos remotos del cáncer sobre el sistema nervioso: Historia de los síndromes neurológicos paraneoplásicos” (2008).

Junto al Dr. Víctor Fernández Armayor ha organizado las exposiciones de neurohistoria de la Sociedad Española de Neurología (SEN), celebradas durante sus reuniones anuales: “Los fundadores de la SEN” (2005), “Los pioneros en las exploraciones complementarias” (2006), “Tesis doctorales de los primeros socios de la SEN” (2007), “Las enfermedades que fueron: la poliomielitis y la encefalitis leológica de von Economo” (2008).

El Dr. Balcells ingresó en la SEN en 1963, siendo vocal entre 1971 y 1973 y actuando como secretario en el periodo 1980-1982. Junto con el Dr. Espadaler fundó, en 1985, el Grupo de Estudios de las Cefaleas y la Migraña y, en 1986, el Grupo de Estudio de Historia de la Neurología. Actualmente es director del Museo Archivo Histórico de esta institución.

Su interés por la medicina surgió entre los 8 y los 13 años cuando a causa de una bronquioectasia el médico que le visitaba transmitía tranquilidad a su madre y a él mismo. Aunque su interés se dirigía hacia la psiquiatría, su inclinación por la neurología en parte se debió a que la enfermera del médico que le practicaba un tratamiento antibiótico por aerosol ojeando su libro de Ciencias Naturales le decía “yo si estudiara medicina profundizaría en el sistema nervioso”.

Como alumno interno en la Clínica Psiquiátrica del Profesor Sarró, le llamaba la atención la ausencia total de exploración física a los enfermos. Por aquel entonces, las décadas de los 60 y 70 del siglo pasado, la terapéutica psiquiátrica se reducía al electroshock, el fenobarbital, la rauwolfia y como novedad la clorpromazina. La semiología

psiquiátrica y la mayoría de síndromes fueron motivo de estudio y dichos conocimientos le proporcionaron una gran seguridad al ejercer como neurólogo.

Una de las tardes que más recuerda fue aquella en la que se ofreció voluntario para el ensayo de LSD y mescalina. Se pretendía hacer un estudio comparativo de la acción de las drogas entre personas normales y psicóticas. Esta experiencia le llevó a ser el caso num. 6 de una tesis doctoral.

Durante el curso 1958-59 en la Clínica Médica del Profesor Pedro Pons, la neurología estaba en el programa. La semiología, la exploración neurológica y los casos clínicos presentados en dicha clase y en la del Dr. Sales Vázquez despertaron su interés por esta especialidad y por ello ingresó en el dispensario de neurología de este último convirtiéndose en un “psiquiatra arrepentido”.

Se considera miembro de la escuela clinicoanatómica francesa ya que durante su residencia en el Servicio de Neurología dirigido por el Profesor Garcin en el Hospital de la Salpêtrière en París estudió casi toda la patología neurológica: enfermedad de Wilson, corea de Huntington, enfermedad de Gilles de la Tourette, neuropatía leprosa, enfermedades hereditarias, degenerativas, etc.

La exploración del enfermo, la semiología y la atención personalizada cuidando en extremo la relación paciente-médico han sido los principios básicos de su ejercicio profesional que ha intentado inculcar a sus colaboradores y también a los estudiantes que han pasado por el Servicio de Neurología.

Según cuentan algunos los residentes en el Servicio de neurología del Hospital del Sagrado Corazón aunque se les designe otro médico para realizar las prácticas no quieren irse sin pasar visita con él ya que realiza unas exploraciones muy completas. También parece que llama la atención entre los alumnos “los dibujos y muñecos” que realiza para explicar tanto la exploración como los resultados.

Su interés por la historia de la neurología proviene ya de su inquietud por esta disciplina desde el bachillerato. Durante la licenciatura, el estudio de los artículos originales de la descripción de signos, síndromes o determinadas enfermedades le apasionaron. Considera además que el estudio de la historia comporta implicaciones sobre la práctica clínica. Esto le ha llevado a concluir que la intuición de algunos de los “clásicos” de la neurología ha marcado el camino de diversas líneas de estudio e hipótesis que posteriormente se han confirmado. Así por ejemplo Egas Moniz introdujo en 1927 la angiografía cerebral, método que no se convirtió en una práctica habitual hasta 50 años más tarde.

Su pasión por esta especialidad quedó reflejada en las 1368 páginas de su tesis doctoral *Aspectos históricos de la patología vascular cerebral* y en la recientemente publicada *Historia de la neurología*.

Su afición por la literatura y los viajes se mezclan también con su profesión habiendo escrito artículos y pronunciado conferencias sobre “La neurología en las grandes expediciones del África Central”, “El mundo de Sherlock Holmes” o “Sherlock Holmes: anatomía de un mito” entre otros. Otro de sus personajes favoritos es Alejandro Magno sobre el que tiene una extensa biblioteca.

ENTREVISTA

Por Neus Fabregat i Fabra

Entrevista realitzada per la Dra. Neus Fabregat i publicada al número 6 de la revista NEUROLOGIA CATALANA, editada per la Societat Catalana de Neurologia (SNC), el juliol del 2008, pàgines 9-12.

El Dr. Miquel Balcells Riba és un historiador de la Neurologia i un dels millors coneguts de l'evolució de la nostra especialitat a Catalunya.

Va iniciar-se en la Neurologia de la mà de noms com ara el Dr. Pedro Pons, el Dr. Sales Vázquez i el Dr. Espadaler, i va ampliar la seva formació a París amb el Dr. Garcin.

Fundador del Grup d'Estudi de Cefalea i fundador del Grup d'Història de la Societat Espanyola de Neurologia, i també va participar en múltiples treballs d'altres subespecialitats de la Neurologia.

Cal mencionar especialment la seva tesi doctoral "Aspectes històrics de la patologia vascular cerebral", on posa de manifest la importància de l'observació clínica. Des de l'any 1974 és cap del Servei de Neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor.

A l'entrevista següent pretenem aprofundir en aquests aspectes de la seva vida professional i també conèixer millor la persona que hi ha darrere.

1. Dr. Balcells, com va començar el seu interès per la Neurologia? Quines van ser les seves motivacions en una època en què la presència de la nostra especialitat era ben diferent al desenvolupament que ha assolit amb posterioritat?

Quan estudiava el batxillerat m'interessaven dues assignatures especialment: la Història i les Ciències Naturals. Entre els 8 i els 13 anys, a causa d'una bronquièctasi, possiblement congènita, patia amb freqüència infeccions respiratòries amb tos, febre i expectoració. El metge -en aquells anys l'assistència domiciliària era una pràctica habitual-, en practicar l'exploració i prescriure el tractament, irradiava tranquil·litat en la meua mare i en mi mateix. Aquesta circumstància va despertar la meua inclinació precoç cap a la Medicina.

En diverses ocasions vaig rebre un tractament antibiòtic per aerosol. Per tal de no distorsionar el meu ritme escolar, el doctor em citava a la seva consulta, a primera hora de la tarda, abans d'entrar a l'escola. La infermera que m'aplicava l'aerosol fullejava els meus llibres; en fer-ho, amb el de Ciències Naturals, va comentar en més d'una ocasió: "Si jo estudiés Medicina em dedicaria al sistema nerviós". En aquells dies la Psiquiatria em cridava l'atenció, però l'opinió de la infermera va despertar el meu interès cap a la Neurologia.

2. En algun comentari que se li atribueix a vostè expressa el sentiment de ser "un psiquiatre penedit": ha tingut dubtes en algun moment?

En el tercer curs de la llicenciatura, la Psicologia Mèdica formava part del programa. Aquell mateix any vaig ingressar com a alumne intern a la Clínica Psiquiàtrica del Professor Sarro. Les patologies més freqüents entre els malalts ingressats eren l'esquizofrènia, la paràlisi general progressiva i la depres-

sió. Em va cridar l'atenció l'absència total d'exploració física dels malalts. En aquells anys, dècada dels cinquanta als seixanta, la terapèutica psiquiàtrica es reduïa a l'electroxoc, el fenobarbital, la rauvolfia i, com a novetat, la clorpromazina.

La Semiologia Psiquiàtrica i la majoria de les síndromes van ser, per la meua banda, motiu d'estudi. Posteriorment, quan vaig exercir com a neuròleg, aquells coneixements em van proporcionar una gran seguretat.

Com a alumne intern em vaig oferir voluntari per a l'assaig amb LSD i mescalina. La "droga" se'ns va administrar per fer un estudi comparatiu de la seva acció entre persones normals i psicòtiques. Crec que sóc el cas núm. 6 d'una tesi doctoral.

Durant el curs 1958-59, a la Clínica Mèdica del Professor Pedro Pons, la Neurologia estava en el programa. La Semiologia, l'exploració neurològica i els casos clínics presentats a classe pel professor Pedro Pons i pel Dr. Sales Vázquez van despertar el meu interès per la Neurologia. Per això vaig ingressar com a alumne intern en el dispensari de neurologia del Dr. Sales Vázquez amb el suport del cap adjunt, el Dr. Espadaler, amb qui tenia amistat.

Pel que he dit anteriorment, és freqüent en mi l'expressió "sóc un psiquiatre penedit".

3. Expliqui'ns on es va formar i quins noms de la Neurologia han influït en el seu desenvolupament posterior dins de la professió.

Durant dos anys com a estudiant i quatre com a metge vaig seguir col·laborant amb els dos serveis, el de Neurologia i el de Psiquiatria, amb un interval de vuit mesos durant els quals em vaig traslladar a l'Hospital de la Salpêtrière de París, al Servei de Neurologia del Professor Garcin.

A La Salpêtrière gairebé vaig contemplar tota la patologia neurològica: malaltia de Wilson, corea de Huntington, malaltia de Gilles de la Tourette, neuropatia leprosa, malalties hereditàries, degeneratives, etc. despertar el meu interès cap a la Neurologia.

4. Es considera deixeble d'alguna "escola" dins de la Neurologia?

Per la meua formació teòrica i la meua estada a París, he de considerar-me membre de l'escola clínicoanatómica francesa.

5. Els neuròlegs més joves el recordem molt especialment per la seva presència en el Grup d'Estudi d'Història de la Neurologia dins de la Societat Espanyola de Neurologia, on, a més de ser-ne el secretari, era també un dels membres més actius. D'altra banda, hi ha també altres subespecialitats dins de la Neurologia on trobem aportacions seves. Quines àrees de la Neurologia han despertat prioritàriament el seu interès?

Vaig ingressar a la Societat Espanyola de Neurologia (SEN) el 1963. Entre els anys 1980 i 1982 vaig ser-ne el secretari. Dintre de la SEN vaig ser cofundador, el 1977, amb el Dr. Espadaler, del Grup d'Estudi de les Cefalees. Posteriorment,

el 1982 vaig fundar el Grup d'Història. Em considero un neuròleg “tot terreny”, però certs capítols de la Neurologia m'han despertat un especial interès. El 1970 vaig publicar un article de revisió sobre les encefalopaties alcohòliques. El 1964, amb Espadaler, Pujol, Jubert i Badia vam publicar “Les cefalees en la pràctica mèdica”, la primera monografia sobre cefalees publicada a Espanya i escrita per neuròlegs. El 1971, vaig ser editor, amb Josep M. Espadaler i Joaquim Jubert Gruart, de la monografia “Malalties musculars”, on vaig desenvolupar el capítol de la distròfia muscular de Duchenne. Al Simposi Internacional sobre Malalties Cerebrovasculars vaig presentar un treball sobre l'ictus amnèsic, l'actual amnèsia global transitòria, amb aportació de nou casos, estudiats clínicament, amb EEG, arteriografia i pneumografia cerebral. Faltaven diversos anys per a l'aparició de la TAC. Probablement va ser el primer article sobre aquest tema publicat al nostre país.

Un aspecte que sempre ha despertat el meu interès ha estat el tractament de les malalties neurològiques; prova d'això han estat els 15 cursets de terapèutica neurològica organitzats, sota la meua direcció, a l'Hospital del Sagrat Cor.

6. Com deia abans, sabem del seu interès per la història de la Neurologia. Què li ha aportat el seu estudi?

El meu interès per la Història en general va néixer durant els meus estudis de batxillerat. L'estudi de la Neurohistòria va ser una conseqüència de la meua llicenciatura en Medicina. L'estudi dels articles originals de la descripció de signes, síndromes o determinades malalties m'apassiona. L'estudi de la Història és altament enriquidor, no solament com a factor cultural, sinó perquè també té implicacions sobre la pràctica clínica.

7. Revisant els seus treballs dins d'aquesta subespecialitat de la Neurologia, no podem oblidar la seva tesi, relativa a la història de les malalties vasculars cerebrals. Dr. Balcells, encara que som conscients que de ben segur ens falta espai per fer palesa la seva rellevància, ens en podria fer un resum?

La meua tesi doctoral “Aspectes històrics de la patologia vascular cerebral” (Barcelona, 1994) és un reflex –de 1.368 pàgines– de la meua passió per la Neurohistòria. Més que fer un resum de la tesi, destacaré algunes de les seves conclusions: molts dels coneixements adquirits en els últims 90 anys demostren ser fruit de l'observació de casos clínics aïllats, alguns sense verificació anatòmica, la qual cosa deixa constància del gran valor de l'observació clínica. La intuïció d'alguns autors, anomenats “clàssics”, ha marcat el camí de diverses línies d'estudi, hipòtesis que posteriorment s'han confirmat.

En les meves conclusions assenyalo que no poques vegades el temps que transcorre entre l'aportació d'un mètode diagnòstic o terapèutic i la seva aplicació habitual pot ser de decennis. Exemple d'això és la introducció, el 1927, de l'angiografia cerebral per Egas Moniz, mètode que es va demorar gairebé 50 anys abans de convertir-se en una pràctica habitual.

A la tesi vaig aportar resums dels articles originals de grans síndromes neurològiques, com el signe de Babinski, la síndrome de Wallenberg, el robatori de la subclàvia, la malaltia de Moya Moya, etc. La seva lectura és altament formativa

i estimula en el professional l'observació en casos que podem considerar sense interès, però que moltes vegades ofereixen detalls que poden passar desapercebuts. Finalment ressalto que la història de la Medicina és fonamental per a la maduresa i formació de tot professional que actualment posseeix un alt grau d'informació, però que no sempre s'acompanya d'un nivell adequat de “culturitització”.

8. Vostè, que n'és un gran coneixedor, quins noms de la Neurologia catalana assenyalaria com a decisius en el desenvolupament de la nostra especialitat?

En el desenvolupament de la Neurologia a Catalunya ha d'assenyalar-se en primer lloc la “nissaga” dels Barraquer. Barraquer Roviralta, fundador de la Neurologia Clínica a Espanya; el seu fill, Barraquer Ferré, el Servei de Neurologia del qual va ser durant molts anys centre de referència. Aquest últim, juntament amb els seus col·laboradors Gispert i Castañer, va escriure el primer tractat de Neurologia a Espanya. Finalment, el nét, Barraquer Bordas, mestre d'un gran nombre de neuròlegs catalans i d'altres regions d'Espanya.

Una altra figura rellevant va ser el Dr. Berlamino Rodríguez Arias, el primer professor de Neurologia del nostre país, nomenat el 1933 per la Universitat Autònoma de Barcelona. Al seu esforç i entusiasme es deu la fundació de l'Institut Neurològic Municipal de Barcelona, el primer d'Espanya en aquesta especialitat.

Una altra figura destacada va ser el Dr. Subirana Oller, que, juntament amb Barraquer Ferré i Rodríguez Arias, van fundar el 1949 la Societat Espanyola de Neurologia.

El Dr. Subirana va portar a Espanya un dels primers electroencefalògrafs i va crear el primer servei de lluita antiepilèptica a Espanya. El 1973 va ser el president i organitzador del X Congrés Internacional de Neurologia que es va celebrar a Barcelona.

Un neuròleg, a semblança dels especialistes anglosaxons, va ser el Dr. Carlos Oliveras de la Riva. Al costat de la seva qualitat com a clínic, afegia un profund coneixement de la Neuropatologia. Es va formar a l'Institut Cajal de Madrid i posteriorment a Illinois, amb Bailey. El 1968 el Dr. Oliveras de la Riva va ser nomenat director de l'Escola Nacional de Postgraduats de Neurologia.

La Neuropediatria a Espanya va ser introduïda pel Dr. Lamote de Grignon, format a París amb el “pare” de la Neuropediatria mundial, André Thoma.

Al Dr. Ramón Sales Vázquez devem el “despertament social” per la Neurologia. La seva dedicació a la poliomièlitis –les grans epidèmies van transcórrer a Espanya entre els anys 1945 i 1958– va culminar amb la creació d'un centre de rehabilitació per al tractament integral dels afectats per aquesta malaltia amb piscines condicionades, pulmó d'acer i formació de personal rehabilitador.

El Dr. Josep M. Espadaler –al qual considero el meu mestre– va formar i va dirigir durant més de 20 anys el Servei de Neurologia de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona. El seu esperit inquiet es va materialitzar en l'organització de simposis d'actualitats neurològiques entre la sisena i la setena dècades del segle passat. A aquestes reunions van assistir com a convidats estrangers personalitats com el Profes-

sor Garcin, Lord Walton, McDonald Critchley, Fardeaux i Lowenthal, entre altres.

També haig d'esmentar el Dr. Pons Tortella, excel·lent neuropatòleg, que va treballar a l'Institut Neurològic Municipal; el Dr. Oller Daurella, un dels epileptòlegs de més prestigi, així com el Dr. Solé Llenas, que es pot considerar com el primer neuroradiòleg del nostre país.

9. Parlem ara de la tasca que ha desenvolupat com a cap del Servei de Neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor. Expliqui'ns com ha viscut el desenvolupament del Servei de Neurologia des dels seus inicis, quan "tot està per fer", fins a l'actualitat. Quines son les directrius que ha prioritzat?

El novembre del 1974 vaig ser nomenat cap del Servei de Neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor. Evidentment, vaig haver de formar el Servei a partir de zero. Únicament prestava els seus serveis el Dr. Comes, sènior de l'equip anterior. Els meus primers col·laboradors van ser el Dr. Pedro Luis Toro, que provenia del Servei d'Electroencefalografia de la Creu Roja, el Dr. Gironés i el Dr. Comes Maymó, ambdós acabats de llicenciar. Tots junts vam "arrencar" el Servei. Dos anys després van entrar a l'equip els Drs. Ribas i Batalla i les Dres. Targa i Blanch.

L'activitat del servei suposava unes 50 consultes externes diàries, juntament amb la cura d'una mitjana de 10 malalts ingressats. Al mateix temps es practicaven estudis EEG, electro-miogràfics i neuroradiològics.

L'assistència era personalitzada, tant a la consulta externa com amb els malalts ingressats. Cada dijous era de rigor la sessió clínica, amb presentació i discussió dels casos "problema".

El Dr. Agustí Bachs, cap del Servei de Neurocirurgia de l'Hospital Clínic, duia a terme, a petició, amb la col·laboració del Dr. Gastón i del Dr. Ribas, les intervencions quirúrgiques. Tots els metges del Servei -a excepció del Dr. Comes Maymó, que va dur a terme el programa MIR al Vall d'Hebron- van adquirir el seu títol d'especialista amb l'informe i el vistiplau que els vaig proporcionar. A tots els meus col·laboradors els vaig intentar inculcar l'hàbit de l'exploració, de la semiologia i de l'atenció personalitzada als malalts, especialment la relació metge-malalt.

10. Quin creu que hauria de ser el paper de la Societat Catalana de Neurologia enfront de la presència important que té a la nostra comunitat la Societat Espanyola de Neurologia?

Crec que la Societat Catalana de Neurologia ha de cooperar amb la SEN, atès que els seus interessos són els mateixos. Malgrat això, hi ha aspectes particulars, com ara l'assistència dels malalts neurològics i un conjunt d'"obstacles" burocràtics, implantats per l'Institut Català de la Salut (ICS), que la Societat Catalana de Neurologia hauria d'intentar resoldre.

11. Com valora l'estat actual de la Neurologia a Catalunya?

La Neurologia a Catalunya gaudeix de bona salut, però resten alguns serrells per tancar a la consulta ambulatoria. Que la petició d'un metge de família a un neuròleg o una exploració

s'endarrereixi mesos és inacceptable.

Els comitès d'adjudicació de fàrmacs, com l'interferó i altres, són senyals de burocratització i una manca de "consideració" o "respecte" envers el neuròleg clínic.

12. Cap on creu que anem?

En relació amb el camí que segueix la Neurologia, crec que hi ha signes positius i negatius. Entre els primers, la formació del neuròleg crec que és molt bona, existeix una molt bona relació entre les diferents branques de l'especialitat (clínic, neurofisiòlegs, neuroradiòlegs, patòlegs). Entre els signes negatius, crec que existeix una excessiva tecnificació diagnòstica, que es minimitza progressivament la confecció de la història clínica i de l'exploració física. Així mateix, cada vegada més, per circumstàncies molt complexes, s'abusa de la superespecialització: neuròlegs amb dedicació plena a la patologia vascular, als trastorns del moviment, etc.

Els centres de referència són necessaris, però no hem d'oblidar que les malalties menys greus -afortunadament- són les més freqüents. Fleming, bacteriòleg del St. Mary's Hospital, tenia l'obligació de mantenir una consulta externa -restringida- per "tocar de peus a terra", segons el seu cap, el també bacteriòleg Almost Wright.

13. Quins consells donaria als neuròlegs que ara comencen?

Els neuròlegs joves crec que tenen problemes de caire divers, com els varem tenir els "sèniors". Aconsello una bona formació semiològica i estudiar tractats clàssics sobre aquest tema. Dedicar moltes hores a l'estudi, però reflexionant sobre el que s'estudia; seleccionar els articles, atès que s'escriu massa i molt repetitivament. Internet no posseeix la veritat i cal no oblidar que el seguiment dels malalts és el millor ensenyament per a un professional. "Qui només sap Medicina no és un bon metge", Gregorio Marañón.

14. Una de les primeres evidències que vaig tenir que els neuròlegs fem coses diferents a la Neurologia va ser un llibre de Sherlock Holmes escrit pel Dr. Balcells, que va tenir l'amabilitat d'acompanyar amb una dedicatòria. Expliqui'ns com neix aquest interès pel mític detectiu londinenc i què és el que el fa créixer fins a convertir-se en un expert.

Tots tenim o hauríem de tenir vàlvules d'escapament. La meua afició per Sherlock Holmes va néixer de manera casual, durant una època d'insomni.

Per induir la son, la lectura de Sherlock Holmes era eficaç en certa manera, atès que es tracta de relats curts, però alguns excitaven la meua imaginació i, ocasionalment, produïen un efecte contrari al desitjat. Progressivament em vaig interessar per la personalitat de l'autor, Conan Doyle, un metge escocès amb una tesi doctoral sobre la tabes dorsal. Tot això va finalitzar amb l'assaig sobre Holmes "Anatomia d'un mite". Assaig que, sorprenentment, consta a la bibliografia d'un llibre anglès sobre les versions cinematogràfiques del mestre dels detectius.

15. Dr. Balcells, li queda temps també per a altres aficions?

La meua tasca professional i l'estudi no em priven de la lectura, d'escoltar música, de dibuixar i d'explorar personatges fabulosos. En aquests moments Alexandre el Gran, Da Vinci, Darwin i els grans exploradors de l'Àfrica central són temes als quals dedico les meves estones de lleure.

16. Finalment, un consell per compatibilitzar la dedicació inqüestionable a la vida familiar, una dedicació plena

a la Neurologia i la possibilitat de gaudir d'aquestes aficions que ens ha explicat.

Compaginar la vida familiar amb la dedicació a la Medicina no és un problema fàcil de resoldre. El més important és trobar la parella adequada, i afortunadament jo la tinc. És important que la parella valori la professió que practiques i que sigui pacient i alegre per compensar la "duresa" de l'ofici.

Moltes gràcies Dr. Balcells.

COMIAT DEL DR. BACELLS

Per Emili Comes

Estic content de poder escriure amb representació del Servei de Neurologia un petit article relatiu a la seva implicació en l'Hospital del Sagrat Cor.

Va entrar com a Cap de Servei el 1974 després de treballar 10 anys a l'Hospital de la Cruz Roja, primer com a adjunt i després com a cap clínic junt amb el seu mestre el Dr. J. M^a Espadaler.

El 1974 va formar el seu primer equip amb el meu pare Dr. Emili Comes Farre i amb el Domènec Gironès. Poc després s'integraria el Dr. Pedro Luis Toro i en el 1976 la Dra. Cecília Targa i jo mateix, que prendria el relleu del meu pare, que es va dedicar de forma exclusiva al seu despatx privat.

Des de l'inici, el gran nexa d'unió va ser la Rosa Alegre, dona vital, treballadora, d'una extraordinària sensibilitat i mà esquerra que sabia com portar el Servei.

Poc després es va iniciar una col·laboració amb els membres del Servei de Neurocirurgia de l'Hospital Clínic, comandats pel gran, en tots els sentits, Agustín Bachs, molt ben acompanyat pels Drs. Antoni Ribas i Félix Gastón, que va acabar substituint al Dr. Bachs.

Durant els primers anys es van formar parcial o totalment amb nosaltres molts neuròlegs com els doctors Xavier Batalla, Maria Blanch, M^a Victoria Garcia Camba, Alex Iranzo, Joan Monells, Xavier Navarro i Pilar Quiles.

Posteriorment, el sistema MIR i la nostra introducció dins de la Universitat Central de Barcelona ha fet que el Ser-

vei continués essent centre d'ensenyament tant per estudiants com per a metges de família.

Des del 1990 fins al 1994 va ser Director Mèdic de l'Hospital del Sagrat Cor; primer compaginant tots dos càrrecs i després delegant a la Dra. C. Targa les tasques de coordinadora del Servei.

Després de finalitzar el període de Director Mèdic va tornar al Servei com a Cap Emèrit.

La fusió amb l'Aliança va portar a una reestructuració del Servei del que van sortir els Drs. Gironès i Toro i es van incorporar els Drs. Adrià Arboix, Joan Massons i Montserrat Oliveres.

Des d'aleshores, el Dr. Balcells ha tingut una dedicació més exclusiva cap a la medicina clínica i a la docència sense oblidar mai una gran tasca científica, tant amb la seva tesis doctoral, com amb publicacions de neurologia i d'història de la medicina.

Aquest darrer any 2010 ha obtingut el Títol de Neuròleg Català del Any.

Crec que aquest breu resum dóna ja una idea de la importància del Dr. Balcells com a metge, com a neuròleg i com a persona, i de la seva interrelació amb l'Hospital del Sagrat Cor.

Servei de Neurologia de l'Hospital Sagrat Cor: Drs. A. Arboix Damunt, E. Comes Maymó, J. Massons Cirera, M. Oliveres Ibáñez, C. Targa Benet.

AMIGO Y MAESTRO

Por Moisés Cadierno Carpintero

"Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo también tiene su hora" (ECLESIASTÉS 3:1)

Cuando uno se mete en el túnel del tiempo y regresa a aquellas vivencias que se han erigido en referencia vital de tu vida, acuden a mi memoria calificativos que describen a un personaje excepcional: fineza en el trato, elegancia en el gesto, sentimiento a flor de piel y sensatez en lo práctico. Estas son las virtudes que siempre ha exhibido quien supo siempre aplicar al momento oportuno, la precaución; a la

conducta, la nobleza; al trato, el orden; al temor, la piedad; a la riqueza, la generosidad; al discurso, la persuasión; al silencio, la expresión favorable; a la sentencia, la justicia; a la audacia, la precaución; a la acción, la eficacia; a la gloria, la humildad; a la autoridad necesaria, la amable inflexibilidad; y a su naturaleza, el buen juicio mental, es un Maestro: Miquel Balcells.

Su trayectoria ética, humana y profesional surge constantemente, estimulándonos y acercándonos más a su figura, caja de resonancia y eco de las virtudes de un hombre que

sabe que ser médico lo es para siempre, hasta la tumba; que siente la felicidad y que lo verdaderamente importante en la vida es lo que quede de su generosidad en la sociedad.

La humanidad de Miquel Balcells exige un tributo de admiración y respeto hacia la figura de un hombre que ha sido y es en la medicina promotor indiscutible de inquietudes y esperanzas en el campo de la Neurología. Nada hay más agradable que la veteranía rodeada de una juventud afanosa por aprender. Como gestor, nunca concibió un hospital de alto nivel sin profundizar en la docencia, la investigación y tratar muy bien al enfermo. En una época en que la calidad está en crisis, Balcells ha continuado dando lo mejor de sí mismo, coincidiendo con Eugenio D'Ors en la obra bien hecha.

Las sociedades modernas no envían a sus hombres a la guillotina, sino que se conforman con jubilarlos antes de tiempo.

Siempre es preciso saber cuándo se acaba una etapa de la vida, en ella, estamos abocados a ir cerrando capítulos, a pasar las hojas, a terminar con etapas o con momentos de la misma y seguir adelante...

Cuando se nos jubila uno de estos seres únicos, como Miquel Balcells, es oportuno repetir el verso que Lorca dedicaba a su amigo Ignacio Sánchez Mejías: "Tardará mucho tiempo en nacer, si es que nace..."

Miquel fomenta y cultiva la amistad y no duda en honrar a sus maestros, porque sabe que sólo aquel que honra a sus maestros más allá de la muerte, es capaz de transmitir algo de valor a las nuevas generaciones.

No sería justo ignorar la influencia trascendente de su mujer, compañera inseparable del Balcells-hombre y del Balcells-profesional.

Desgraciadamente no es fácil seguir la pista de las contribuciones calladas. Sólo en la correspondencia, en las dedicatorias, los testimonios directos o las viejas fotografías hallamos algo: un rostro, una frase, un nombre que recuerda al mundo que la obra, en cierto modo, no hubiera sido posible sin Pepa. Aquella que, cuando la moneda estaba en el aire y el futuro se abría orgiástico para todos, decidió que cedería

al compañero el dudoso y magnífico privilegio de realizar su propia historia. Un reconocimiento especial para ella, esposa ejemplar, en este merecido homenaje.

Las ceremonias fueron inventadas, en su origen, para dar lustre a las acciones hipócritas, a las bienvenidas falaces, a la generosidad poco decidida que se arrepiente antes de mostrarse; pero allí donde existe verdadera amistad, no hay necesidad de ceremonias. Por eso, la facultad de amar y de admirar es el punto de partida para medir la grandeza de las almas elegidas.

Una calvicie respetuosa despeja el perfil ávido del Balcells-neurólogo. Arrugas poderosas surcan su frente cuando, de improviso, escruta al interlocutor. Tensa mirada, sus ojos adquieren un gris acuoso. Sus palabras se pueblan de confianza, hasta aparecer dibujada la eternidad en su cara rala, casi transparente.

De todo lo que es posible aprender, eligió y aprendió lo mejor; y de todo lo que aprendió, eligió lo mejor y nos lo enseñó. Practica desde siempre su mayor oficio y vocación: la Amistad. Sabe que allí donde existe verdadera amistad, no hay necesidad de ceremonias. Por eso, la facultad de amar y de admirar es el punto de partida para medir la grandeza de los elegidos.

Miquel Balcells busca siempre la verdad en la paradoja, y en la paradoja siempre existe el humor. Sus expresiones no sólo están matizadas por la ternura sino por el humor. Y es que el humor, el humor del buen humor, es capaz de hacer ver lo que hoy no sabemos ver: la injusta estupidez del mundo que estamos organizando bajo la capa de bellas palabras. Y el humor, el buen humor, es el capaz de descubrirnos a nosotros mismos. La teología del humor de Miquel Balcells puede librarnos del encorsetamiento prepotente con el que andamos por la vida.

La historia carece de principio y de fin; es como un río: el cauce empieza y acaba, pero el agua no; nadie se baña en la misma dos veces.

El presente es el último momento de esta historia, la del Maestro Miquel Balcells, por ahora.

¡Hasta siempre, Amigo!

ENTREVISTA

Por Gonzalo Vidal

Dr. Gonzalo Vidal López: El Dr. Miquel Balcells es uno de los últimos representantes de una generación médica donde el arte estaba por encima de la técnica.

Tuve el privilegio de verlo explorar a un familiar muy querido y quedarme maravillado cuando su valoración de los datos semiológicos presupuso una hipótesis diagnóstica confirmada más tarde por los métodos tecnológicos más sofisticados.

Para los actuales gerentes hospitalarios, donde el concepto rentabilidad-coste es premisa básica en los diferentes procedimientos diagnósticos, el Dr. Balcells es, sin la menor duda, "una perita en dulce".

El Dr. Delás me pidió que escribiera unas notas sobre mi amigo Miguel y no lo dudé un instante. Ahora enfrentado a un análisis del personaje, se me plantean muchos interrogantes. He conocido al Dr. Balcells, en la penúltima etapa de su vida profesional, como jefe de neurología, director médico, escritor... y para mi desgracia, he mantenido pocos contactos extrahospitalarios. Aún así son suficientes para darme cuenta de su entrañable amor a la familia, su calidad humana y su sabiduría.

¿A quién debo analizar?

Conocidas, de sobra y por todos, sus facetas profesionales, creo que interesa su opinión sobre las enormes transfor-

maciones de nuestra sociedad occidental en materia de educación, social, ética, aborto, eutanasia... que tan contundentemente han sorprendido a nuestra generación.

¿Cómo considera que afectarán estos cambios a las generaciones futuras?, deo al Dr. Balcells, las respuestas:

EDUCACIÓN

Estudié en el Hospital Clínico (1953-60). La facultad de medicina tenía un aire clásico, con la lección magistral por tema central y escaso tiempo de prácticas.

La lección magistral carecía de medios visuales, la voz del profesor era el centro del procedimiento didáctico y, por ello, la calidad de la docencia estaba en relación con la personalidad del profesor.

En el periodo preclínico debo destacar al Prof. Sánchez Lucas, que hizo muy amenas e inteligibles las asignaturas de Histología y Anatomía Patológica; pero entre todos los catedráticos debe destacar al Prof. Pedro Pons, que nos enseñó la patología médica durante 3 años. El procedimiento era el siguiente: en días alternos nos presentaba un enfermo y realizaba la historia clínica comentando como debía practicarse en base a preguntas asequibles para el enfermo. Acto seguido practicaba la exploración clínica, comentando los signos y síntomas que presentaba y explicando, al mismo tiempo, su significado, constituyendo el diagnóstico diferencial era una parte muy importante e ilustrativa de la clase. Al día siguiente, el médico adjunto, explicaba la teoría del caso presentado el día anterior.



El Prof. Pedro Pons (foto al lado) nos enseñaba medicina y cómo “hacer de médicos”, siendo el respeto y la delicadeza en el trato con el enfermo, peculiares.

En relación con las prácticas, decir que eran muy limitadas en el tiempo debido a la escasa “plantilla” de la cátedra.

Quedaba una solución, que era hacerse, voluntariamente, alumno interno.

Al alumno interno se le adjudicaba un médico de la sala o de la consulta externa y conjuntamente con él realizaba las historias clínicas y exploraciones, siendo el alumno el que tomaba las constantes: tensión arterial, temperatura, volumen de orina, velocidad de sedimentación, etc.

En la actualidad, no creo que la docencia deba cambiar en el “fondo” sino sólo en la forma. La masificación de estudiantes requiere una buena exposición teórica, que con los medios visuales actuales puede ser muy provechosa.

La práctica debe realizarse como hacemos en nuestro hospital, uno o dos estudiantes adjudicados a cada médico con una dedicación de 4 horas diarias, creo que es un excelente procedimiento. Naturalmente, el factor humano es esencial para obtener buenos resultados.

A mi entender, una sólida base en patología general es muy importante, la semiología médica debe reactivarse; se deben formar médicos de enfermos, no de resonancias ni de anticuerpos.

Creo que sería muy beneficiosa una asignatura de Proce-

dimientos diagnósticos, cuyo programa sería el diagnóstico de laboratorio, diagnóstico por la imagen y demás exploraciones.

La relación del estudiante y médico con el laboratorio y técnicas de imagen, debería ser más estrecha.

Otro aspecto, creo muy importante, sería enseñar a seleccionar la información médica, verdadera encrucijada en el postgraduado.

Las editoriales médicas deberían promocionar, en especial para el médico de familia, revistas monográficas sobre revisión de nuevas entidades clínicas, sobre avances en el diagnóstico, en la terapéutica y otros procedimientos.

PACIENTES y FORMACIÓN

Otro tema palpable y preocupante en la consulta, por lo menos en la de neurología, es la atención del enfermo geriátrico. Afirmando, sin miedo a equivocarme, que un 30% de la consulta no presenta una clínica neurológica real. La polimorfía patológica del usuario debería ser atendida por un geriatra. Es muy llamativo y preocupante comprobar que un enfermo, en una misma mañana, asiste a más de tres consultas de especialista: digestivo, traumatología, cardiología, neurología, etc. El caos terapéutico de estos enfermos es muy peligroso.

En la licenciatura, la asignatura de geriatría debería ser más importante que la de epidemiología o estadística, pro citar ejemplos.

Un aspecto muy importante es la afluencia masiva a las consultas externas y a los servicios de urgencias. Una forma de limitarlas sería el pago, por parte del usuario, del acto médico, con posterior reembolso por la seguridad social. Con esta estrategia se dispondría de más tiempo para atender a los enfermos y, a la vez prescindir de la práctica de análisis, radiografías, tomografías, etc.

Esta idea la comenté con un “Conseller” de Sanidad y la respuesta fue que las elecciones estaban muy próximas.

Naturalmente, la asistencia primaria requeriría una remodelación.

Por últimos, las historias clínicas informatizadas, pero con el factor subjetivo de cada profesional, son muy necesarias.

ABORTO Y EUTANASIA

El aborto es la privación de la vida; el embrión es un “ente” que es o será un hombre o una mujer. El aborto es un acto de egoísmo, que priva a un “ente” de evolucionar a ser humano. El aborto puede privar a la humanidad de un futuro genio —suerte que no abortaron la madre de Botichelli, Velázquez, Pasteur, Fleming, Cajal, María Slandoska Curie, Mozart, Einstein o la Caballé. Muchas madres podrían haber abortado, la madre de Hitler o Stalin, pero nadie puede pronosticar el futuro de un ser humano.

En caso de embarazo no deseado, violación o malformación, quedaría la solución de dejar al niño en centros apropiados para su cuidado y formación.

Por otra parte, existe una moral y creencias religiosas, de las que se puede prescindir, pero no por ello dejan de existir.

La eutanasia, que es el bien morir, tiene un doble aspecto: el enfermo, tenga la edad que tenga, con una enfermedad sin tratamiento o con una evolución nefasta, puede no ser tratado con medidas extraordinarias: respiración asistida, por ejemplo, para no prolongar una agonía. El médico debe aconsejar la abstinencia de determinados medicamentos o de métodos sofisticados, pero el enfermo o la familia son los que tienen la última palabra.

Otro aspecto es el del enfermo con demencia, cuando el enfermo está en una fase muy avanzada de su deterioro, dependiente para todo tipo de actividad, que precisa alimentación por procedimientos no naturales, sin relación verbal o afectiva con sus familiares o cuidadores, con pérdida total de lo que podemos llamar “contenido del pensamiento”, puede plantearse la que, mal se llama, eutanasia activa.

Es muy llamativo que regímenes políticos de carácter social extremista, siempre han adoptado leyes abortivas pero muy pocas o ninguna vez, leyes sobre la eutanasia. El régimen nazi adoptó leyes eugenésicas: eliminación o castración de oligofrénicos, enfermos mentales, etc. pero no formuló una legislación específica sobre el enfermo demente.

Paradójicamente, un país democrático, con alto nivel sociocultural como es Holanda, tiene una legislación sobre la eutanasia.

Actualmente la prolongación de la esperanza de vida favorece la incidencia y prevalencia de personas con demencia. Todo ello crea problemas sociales, en especial familiares, de gran repercusión social, económica y ética.

Tomar decisiones sobre la eutanasia “activa” origina problemas afectivos, éticos y morales de muy difícil decisión. La moral cristiana —no podemos olvidar que es el fundamento de la llamada civilización occidental— se opone a decisiones activas, pero también “toleraba” la pena de muerte y alentaba acciones bélicas como las Cruzadas... Se imponen cambios. ¡Doctores tiene la Iglesia!

SOCIEDAD

El modelo actual de sociedad, hablamos de sociedad “occidental” ha experimentado cambios muy importantes en los últimos 50 años. Lo mismo aconteció con la Revolución Francesa que destruyó el absolutismo monárquico y paradójicamente gestó el totalitarismo napoleónico. Lo mismo sucedió en Rusia, después del absolutismo de los zares, la revolución dio origen al totalitarismo comunista.

Después de la segunda guerra mundial se produjeron cambios sociales muy importantes: los hijos de los que hicieron la guerra indudablemente tuvieron una educación muy distinta de la de sus padres. La “dureza” de la guerra condicionó la mentalidad y conducta de los hombres así como de las mujeres, en ellas debido a su incorporación a la industria o a los servicios. Estos factores determinaron que las generaciones de finales del pasado siglo tuvieran una educación que muchas veces fue deficitaria, especialmente en el patrón de conducta de sus padres. Las “huellas” de las guerras: segunda guerra mundial, Indochina, Corea, Vietnam... y la incorporación masiva de la mujer a la vida laboral, determinaron a los hijos una excesiva permisividad y una “libertad” precoz.

La rebelión juvenil, pongo por ejemplo el “Mayo francés” no generó reacciones positivas por parte de los jóvenes ni de los adultos.

El mal uso, en general, de los medios de comunicación, en especial de la televisión, ofrecen al niño y al adolescente modelos humanos de frivolidad y agresividad gratuitas, igualmente un vocabulario grosero. El mimetismo es un fenómeno muy extendido y el patrón social de los Estados Unidos, difundido por los medios de comunicación de una globalización aterradora.

Creo que los “nietos” de nuestra generación efectuarán la “reforma”. Mi experiencia, con los estudiantes que hacen prácticas en nuestro hospital, me confirma cada día la presencia de factores positivos: se comportan de manera educada y respetuosa, muestran gran interés, y el agradecimiento al final de su estancia es notable.

La historia se repite: crisis reacciones... La mejor juventud está en la puerta.

Y...

Ha llegado el tema de la jubilación. Los gobiernos imponen un retraso en la edad de jubilación. Es evidente que el aumento de la esperanza de vida apoya esta decisión, pero debe acompañarse de unas medias sociales y sanitarias adecuadas. La salud y como conservarla, se impone como asignatura en la enseñanza primaria. Quizás menos prohibir y más educar.

Personalmente estoy satisfecho de haber ejercido mi profesión 50 años, pero creo que todo tiene un límite. Hace casi dos años cerré mi consulta privada, y mi jubilación hospitalaria cesa a los 76 cumplidos, pero con dos días semanales dedicados a la docencia —siguiendo el juramento hipocrático—. Una desconexión radical con la profesión, gozando de buena salud, creo que no es aconsejable.

Fuera de esta actividad docente, el dibujo, la lectura y mi tardía afición a la escritura (el año pasado hice un curso de 60 horas en la Escuela de Escritura del Ateneo), llenarán gran parte del día. Después de haber escrito *Anatomía de un mito*, *Sherlock Holmes e Historia General de la Neurología*, está en marcha una *Historia de la Neuroanatomía* y *Anatomía de un Mito II*, *Alejandro Magno*.

Charlar pasear con Pepa, leer con los nietos las aventuras de Tintín y el capitán Haddock, La Isla del Tesoro, tomar una copa con los amigos, tiene mucho encanto y es altamente gratificante.

NO prescindiré de ir tres días por semana al gimnasio: *Mens sana in Corpore Sano*

Barcelona, a 5 de abril de 2011.

Dr. Vidal: Suscribo casi la totalidad de las respuestas de nuestro personaje, aún teniendo serias dudas sobre determinados temas y su tratamiento. Deben iniciarse con urgencia reformas éticas y sociales para no lastrar el futuro de nuestros nietos con problemas de muy difícil solución.

Agradezco en nombre de todos los que hemos tenido la fortuna de compartir trabajo con mi admirado amigo sus enseñanzas y sus enormes valores profesionales y me incluyo desde este momento para tomar esas copas e iniciar gratificantes tertulias. ●

Sesión extraordinaria: Neurología psiquiatría y sociedad

Sessió extraordinària: Neurologia, psiquiatria i societat
Clinical session: Neurology, psychiatry and society

Miquel Balcells Ribas

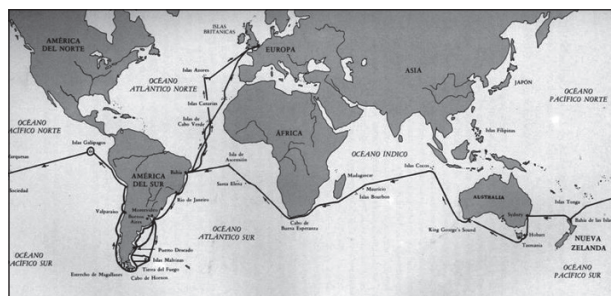
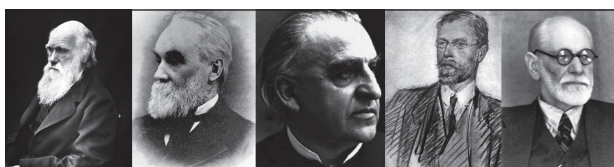
Sesión Extraordinaria del Servicio de Neurología. 31 de marzo de 2011

Influencia de las ciencias naturales sobre la neurología y la psiquiatría, relación entre ambas especialidades. Incidencia de determinadas enfermedades o diagnósticos, en relación con el desarrollo cultural y económico de la sociedad.

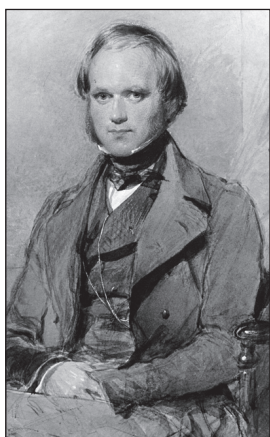
Las enfermedades que fueron: tabes, poliomielitis, latirismo, PGP.

Reflejo de determinadas patologías en la literatura.

La doctrina evolucionista quedó plasmada en sus obras:
El origen de las especies (1859) *El origen del hombre* (1871).



CHARLES DARWIN (1809-1882)



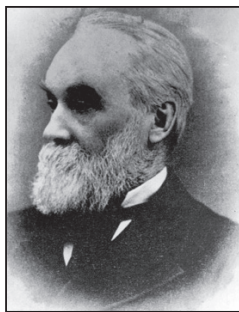
Estudiante de medicina, posteriormente de teología. Naturalista, no diplomado, adquirió amplios conocimientos de botánica, zoología y geología gracias a su relación con John Stevens Henslow y Adam Sedgwick.

Darwin embarcó en el Beagle, dando la vuelta al mundo. La misión del barco era realizar trabajos de cartografía. Darwin debía estudiar la flora, fauna y geología de las regiones exploradas.



JOHN HUGHLINGS JACKSON (1835-1911)

Se interesó por la obra de Darwin y por la filosofía de Spencer. Obra de sentido evolucionista *Hipótesis del desarrollo* (1852).



Jackson nunca practicó la experimentación. Recalcó que sus teorías se basaban en “los experimentos realizados por la enfermedad”.

Extrapoló la doctrina de Darwin a la neurología, exponiendo su hipótesis en sus artículos: **Evolución y disolución del sistema nervioso** (1884), **Estudio de las convulsiones** (1870-1887).

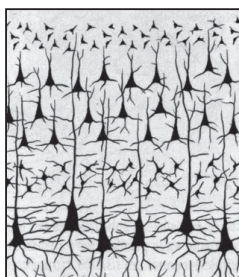
El sistema nervioso progresa –evoluciona– de lo más organizado a lo menos organizado, de lo más simple a lo más complejo, de lo autónomo a lo voluntario.

En la corteza cerebral se asienta la mente.

El proceso inverso de la evolución es la disolución –involución– consistente en el paso de lo más complejo, menos organizado a lo más simple, más automático y simplemente organizado.

La corteza motora contiene un esquema de movimientos corporales ordenados en una secuencia anatómica, más que en una capacidad de producir simples contracciones musculares.

Se anticipó 50 años a la descripción del homúnculo motor enunciado por **Penfield**.



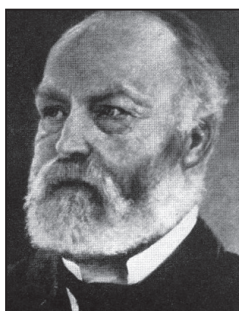
Cronología de Darwin:

- El origen de las especies (1859).
- El origen del hombre (1871).

Cronología de Jackson:

- Estudio de las convulsiones (1870-1877).
- Evolución y disolución del sistema nervioso (1884).

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX la Neurología y la psiquiatría no estaban diferenciadas. El neuropsiquiatra tenía una mentalidad organicista.



Un claro ejemplo de neuropsiquiatra lo tenemos en la figura del **Dr. Bernard von Gudden** (1824-1886). Famoso alienista, natural de Kleve, Alemania.

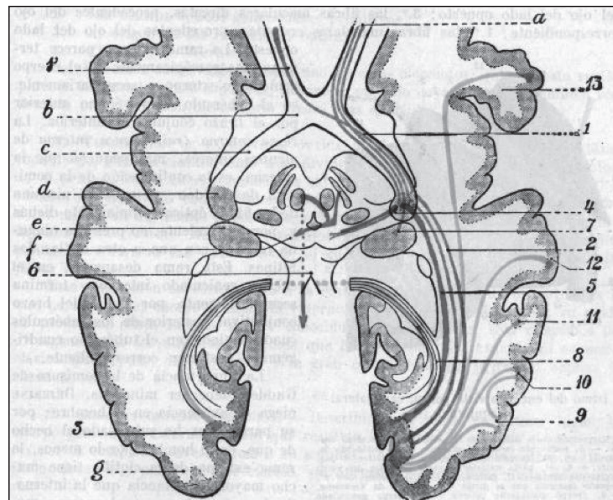
Fibras autonómicas en el nervio y cintilla óptica. Vía centripeta iridoconstrictora.

Comisura de Gudden: fibras situadas en la cintilla y el quiasma óptico, unen los cuerpos geniculados internos de cada lado del cerebro.

Las lesiones corticales no atrofan los nervios periféricos. Atrofan determinadas áreas del tálamo.

Gudden trató al rey de Baviera Ludwig II de Wittelshach,

el famoso rey loco. Espíritu romántico y fantasioso: Mecenas de Richard Wagner, constructor de castillos y palacios neogóticos como el de Neuschwanstein.



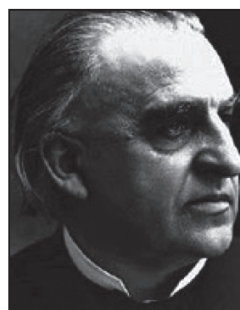
Ludwig desarrolló un cuadro psicótico. Fue tratado por von Gudden. Ambos murieron trágicamente ahogados en el lago Starnberg.



A finales del siglo XIX y primeros del siglo XX la histeria era la enfermedad de moda.

CHARCOT (1825-1893). Creador de la neurología

Primera cátedra de neurología del mundo (1881)



La Salpêtrière era un asilo para mujeres indigentes, enfermas, prostitutas y desamparadas.

Director del pabellón de enfermas neurológicas de la Salpêtrière.

En 1870 enfermas histéricas ingresaron en el servicio de Charcot.

La promiscuidad del ambiente en que vivían las asiladas junto con psicóticas crónicas, epilépticas y oligofrénicas, era un ambiente propicio para que el mimetismo de las asiladas desencadenaran crisis y manifestaciones análogas a las de las enfermas neurológicas

Charcot basaba sus estudios en el método anatomoclínico. La ausencia de lesiones anatómicas en el cerebro de las enfermas histéricas, sirvió de revulsivo para el estudio de la enfermedad.



La clínica de la histeria era polimorfa: desmayos, gritos, agresividad, autolesiones, convulsiones, delirios y actitudes pasionales cargadas de gran componente erótico.

Las *Leçons du mardi* dedicadas a la histeria, llenaban el anfiteatro además de médicos, estudiantes, escritores, intelectuales y miembros curiosos de la alta sociedad parisina. Las *Leçons du mardi* se convirtieron en el espectáculo.

El hipnotismo: la neurosis y diversos signos clínicos podían ser provocados por el hipnotismo. Charcot admitió que la hipnosis podía ser un método terapéutico.

El fracaso del método anatomoclínico fue la causa de que Charcot admitiese que la clínica de la histeria era originada por una lesión dinámica del sistema nervioso, pero sobre una base degenerativa.



Por medio del hipnotismo intentó producir en los hipnotizados signos y síntomas de enfermos con lesiones orgánicas.

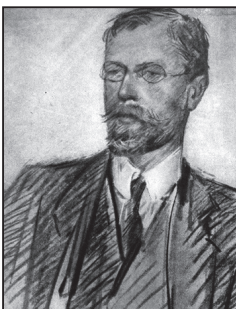
El estudio de la *neurosis provocada* por la hipnosis, le sirvió para estudiar e interpretar el mecanismo de la *neurosis espontánea* que era la histeria.

Una de las internas presentadas por Charcot en sus sesiones era Jean Baudon.

En su etapa final Charcot mostró gran interés por los aspectos psicológicos de las enfermedades neurológicas.

La Salpêtrière de Charcot centro de referencia mundial de enfermedades neurológicas y de la histeria. Dr. Axel Munthe - Sigmund Freud.

AXEL MUNTHE (1851-1949)



Estudió en Upsala. Amplió estudios con Charcot, ejerció en París y Roma. Enamorado de Italia. Retirado en Capri en la capilla de San Michel.

Su autobiografía *La historia de San Michel* (1929).

En su autobiografía anotaremos el capítulo que hace referencia a su asistencia en el servicio de Charcot.

Munthe tuvo sus diferencias con Charcot, escribió un artículo en la *Gazette des Hôpitaux*, criticando el tratamiento hipnótico empleado por Charcot en sus enfermas. El intento de devolver a Geneviève, una de las internas a su domicilio paterno en Normandía, fue la causa de su expulsión de la Salpêtrière.

Munthe describe en su autobiografía la utilización del hipnotismo en diversos enfermos y los excelentes resultados.

“Trastornos mentales de varias clases, con pérdida de voluntad o sin ella, alcoholismo, morfinomanía, cocaínomanía, ninfomanía, podían curarse, en general por este procedimiento”.

Munthe relata la frecuencia de determinadas enfermedades que afectaban a la *“Alta sociedad”*. La apendicitis, es decir, su diagnóstico, era muy frecuente hasta que comenzó a tratarse quirúrgicamente, descendiendo de inmediato su incidencia.

Aparición de una nueva enfermedad: la *colitis*

Munthe relata el caso de la condesa X... *“Después de una larga entrevista, la condesa pregunta:*

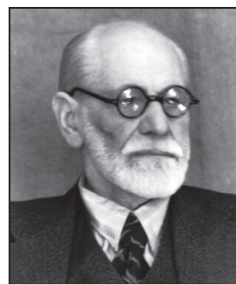
– “¿qué es lo que tengo?, puedo soportar cualquier cosa, he sufrido tanto. No tema, no volveré a llorar.”

– “Colitis”—escribe Munthe.

Contesta la condesa: *“Exactamente lo que siempre me había figurado”.*

En una visita posterior la condesa pregunta si la colitis es contagiosa y dice la dama: *“¿podría decir al conde que es más prudente no dormir en la misma habitación?”*

SIGMUND FREUD (1856-1939)



Un médico joven con amplia formación neurológica interesado por la histeria, en 1885 se trasladó a París atraído por la fama de Charcot.

De regreso a Viena, asociado con Breuer, empleó la hipnosis en especial para tratar la histeria.

En el estado hipnótico intentaban que los enfermos reviviesen su pasado, en especial las experiencias traumáticas; concienciando sus vivencias se pretendía curar su cuadro clínico.

Procedimiento de las *Asociaciones libres*. El paciente en un ambiente de relajación -el famoso diván- se le invita a que hable de lo primero que le viene al pensamiento. Tras múltiples sesiones el médico establece relación de las vivencias preteritas del enfermo que reprimidas u olvidadas en el inconsciente, originan las manifestaciones clínicas de la neurosis.

Freud basándose en la hipótesis de Jackson, sobre la evolución y disolución del sistema nervioso elaboró una hipótesis sobre la evolución de la mente humana. La técnica para su estudio la denominó *Psicoanálisis*.

- *Estudios sobre la histeria* (1895).
- *La interpretación de los sueños* (1900).
- *Introducción al psicoanálisis* (1917).

Tres estratos en el desarrollo de la personalidad: el ID (Ello), el Ego (Yo) y el Super Ego (Super-Yo).

El ID: se rige por el principio del placer. Tiene una ener-

gía vital “Libido”. Agresividad. Etapa oral.

El Ego: se adoptan normas impuestas por el medio ambiente. Se asocia a la etapa anal y genital que llaman la atención del individuo, sin relación con el “sentido sexual” del adulto.

Complejo de Edipo en el varón con rivalidad y rechazo del progenitor del mismo sexo. Atención dirigida hacia el pene.

Periodo de latencia: entre los 6 y 12 años, desinterés por la sexualidad. Adopción del patrón de conducta del progenitor del mismo sexo.

Super Ego: influenciado por la autoridad de los padres, maestros y la experiencia. Se forma la conciencia y sentido del deber.

Formación progresiva de los tres estratos. Cualquier quebrantamiento en el desarrollo de la dinámica de la personalidad crea un desajuste entre el ID, el Ego y el Super Ego, dando lugar a los procesos neuróticos y psicóticos.

INFLUENCIA SOCIAL DE LA TEORÍA DE LA EVOLUCIÓN

ROBERT LOUIS STEVENSON (1850-1894)



El extraño caso del Dr. Jekyll y Mister Hyde (1886).

Descripción de la Disolución de la personalidad en la vertiente psicobiológica.

El Dr. Jekyll bebe la fórmula por él descubierta y describe su experiencia:

“Me sentí más joven, más ligero, más feliz físicamente. En mi interior experimentaba una fogosidad impetuosa, por mi imaginación cruzó sensación de imágenes sensuales en carrera desenfrenada, sentí que se disolvían los vínculos de todas mis obligaciones y una libertad de espíritu desconocida, pero no inocente, invadió todo mi ser....el mal había dejado en ese cuerpo una huella de deformidad y degeneración. Y, sin embargo, cuando vi reflejado ese feo ídolo en la luna del espejo, no sentí repugnancia, si no más bien una enorme alegría. Ese también era yo”.

JACK LONDON (1876-1916)



Autor de novelas de aventuras: *Antes de Adán* (1897).

El protagonista, en sus ensueños, rememora de forma retrospectiva la evolución de la especie. El protagonista, ensueño tras ensueño, revive la vida de sus ancestros hasta llegar a la horda primitiva, la tribu el clan y el canibalismo.

London pone en boca de su personaje estas palabras:

“Me atrevo a afirmar que ninguno de los hombres que han hollado la Tierra se vio jamás atormentado de un terror semejante y tan intenso

como el mío. Porque el mío es el temor de remotísimos tiempos, el terror desenfrenado del mundo primitivo... Debe existir algún medio por el que se transmita estas memorias de generación en generación. Ese medio es lo que llama Weisman Germoplasma, que conserva el recuerdo de toda la evolución de la raza”.

London escribe para racionalizar el argumento de su obra:

“Hasta que, y a siendo joven asistí a la universidad, no encontré la verdadera clave de explicación de mis ensueños y su causa.....la evolución fue la clave. Me dio la explicación y me devolvió la salud de este cerebro atávico que Dios me ha dado a mí, que, siendo normal y hombre moderno, he presenciado un pasado remoto, hasta ser contemporáneo de los rudos comienzos de la humanidad”.

Hipótesis etiológica de las enfermedades mentales en la primera mitad del siglo XX:

- **Organicista:** neuropsiquiatras.
- **Psicológica:** psicoanalista (EEUU).

Tratamientos organicistas: Neil McLeod en 1902. Cura de sueño con bromuros. Jakob Klaesi: cura de sueño con barbitúricos (1920). Interrupción de los mecanismos que perpetúan la pérdida de contacto con la realidad y desorganizan la personalidad.

JULIUS WAGNER VON JAUREGG (1857-1940)



Paludoterapia.
Inoculación de la malaria en enfermos de parálisis General progresiva (1917).
Premio Nobel de Medicina (1927).

MANFRED SAKEL (1900-1957)



En 1928 la insulina tiene acción sedante sobre la agitación del síndrome de abstinencia en morfinómanos.

Aplicación del coma insulínico en esquizofrénicos. El hipometabolismo producido por la insulina en las capas superiores de la corteza cerebral- áreas filogenéticamente más recientes-, en la que se generan las funciones superiores; actuaría „borrando“ las tensiones psíquicas y sus conflictos.

La cura de Sakel actuaría a la vez sobre las zonas más evolucionadas orgánicas –Jackson– y las psíquicas –Freud–.

LADISLAV VON MEDUNA (1896-1964)



En 1933 las crisis convulsivas mejoraban los cuadros psicóticos.
Inyecciones de Alcanfor, posteriormente el Pentilentetrazol - Cardiazol.

UGO CHERLETTI (1877-1963)



Lucio Binni (1908- 1938). Tratamiento convulsivo mediante descargas eléctricas. Electroshock (1938).

Las convulsiones al suprimir la actividad celular a nivel cortical „desplazan“ la actividad mental patológica.

Actualmente el electroshock es muy eficaz en la depresión y brotes psicóticos.

EGAS MONIZ (1875-1955)



Psicocirugía. La lobotomía frontal. Almeida Lima. (1936). Premio Nobel de Medicina y Fisiología (1949).

Experiencias de Fulton que provocaba docilidad en los chimpancés al practicarles la lobotomía frontal.

La Psicofarmacología:

Clorpromazina



En 1950 Paul Charpentier sintetizó la Clorpromazina.

En 1952 Jean Delay, Pierre Deniker y Jean Mari Harl trataron enfermos psicóticos con este fármaco.

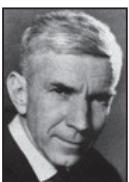
Reserpina

Hakim RA Conferencia de Baroda 1953. Extractos de la Rauwolfia. Nathan S.Kline 1954.

Iproniazida

Efecto euforizante de un fármaco antituberculoso: Zeller EA, Barsky J, Berman ER, Fouts JR 1952.

Imipramina



Roland Kuhn (1952) comprobó el efecto antidepresivo de un derivado de la Fenotiazina, denominado Imipramina: Tofranil.

Haloperidol

En 1958 los en los laboratorios Janssen se sintetizó el Haloperidol.

Divry, Bobon y Collard comunicaron su eficacia en los estados de agitación psicomotriz.

Clordiazepóxido - Diazepam

Leo H. Sternbach síntesis de la estructura química de la

futura benzodiazepina.

En 1960 Randal y colaboradores de los laboratorios Roche, sintetizaron el Clordiazepóxido -Librium- Comprobando su acción ansiolítica.

En 1966 la misma firma Roche, a partir de un metabolito del Clordiazepóxido sintetizó el Diazepam.

Fluoxetina



Bryan B. Molloy investigador de laboratorios Lilly sintetizó en 1972, a partir de la Difenhidramina el compuesto LY 110140: la Fluoxetina de potente acción antidepresiva. Su mecanismo de acción era aumentar la concentración extracelular de Serotonina, inhibiendo la reabsorción de la misma.

Los psicofármacos desacreditaron el origen psicógeno de las enfermedades mentales. En EEUU continuó vigente la orientación psicoanalítica hasta finales el siglo XX. En la actualidad el psicoanálisis ha quedado reducido a grupos médicos muy restringidos.

Cambios en la clínica psiquiátrica:

Actualmente los delirios psicóticos pocas veces tienen un contenido mesiánico, de influencias satánicas u omnipotencia.

Delirios actuales tienen un contenido de terror nuclear, influencias extraterrestres o problemas medioambientales

La clínica se ha acomodado a los cambios socioculturales.

KAREN HORNEY (1885-1952)



Resaltó la diferencia de la clínica psiquiátrica del siglo XIX con la del siglo XX.

Diferencias clínicas y de la modalidad del contenido delirante entre los enfermos europeos y los americanos.

La variación de los síntomas de un paciente a otro, no puede explicarse únicamente sobre una base biológica.

La fibromialgia, la fatiga crónica ¿son formas actualizadas de la histeria?

Clínica psiquiátrica en enfermedades neurológicas:

- Epilepsia: entre un 20-50% sufren depresión. En especial las crisis parciales complejas 50% de prevalencia.
- Esclerosis múltiple: depresión en el 50% de casos
- AVC: un 50 % sufren depresión
- Parkinson: 20-25% sufren depresión
- Alzheimer: 25-30% depresión. Muchas veces como cuadro inicial.

Manifestaciones psiquiátricas de los tumores cerebrales.

La convergencia de la clínica neurológica y la psiquiátrica es un hecho comprobado en la práctica clínica diaria.

Lord Russell Brain

“La estrecha, aunque misteriosa, relación del cerebro con las funciones mentales significa que la Neurología es parte integral, y por cierto la más importante, de la Psiquiatría” (Enfermedades del Sistema nervioso -1955).

Ezpeleta David (Ezpeleta D. Neuropsiquiatría. Neurología 2009,5,supl:28-31)

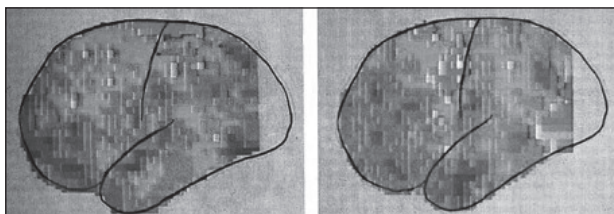
“La Neurología y la Psiquiatría son especialidades convergentes. Las neurociencias están demostrando que los trastornos clásicamente psiquiátricos tienen una sólida base biológica, y las manifestaciones psiquiátricas de los procesos focales y degenerativos neurológicos son cada día mejor conocidas. Las nuevas generaciones de neurólogos deben ser competentes en los trastornos del humor, los afectos, el pensamiento y la conducta más frecuentes, sea su origen neurológico o primariamente psiquiátrico.”

Después de 100 años de divorcio, neurología y psiquiatría presentan nuevamente convergencias en la clínica y patogenia.

Estudios con PET de Marshall y colaboradores (1977), Halligan y colaboradores (2000), confirmaron en casos de parálisis histérica y diversos cuadros de neurosis de conversión, la hiperactividad del córtex cingulado, amígdala y el córtex orbitofrontal.

Inhibición en la función del caudado, tálamo y zonas frontales inferiores finalmente inhibición de la actividad el área motora cortical y parálisis del hemicuerpo contralateral. Análogos registros PET se han obtenido al provocar una hemiplejía por hipnosis.

Moutnz y colaboradores (1995) ha descrito en casos de fibromialgia alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral, a nivel del tálamo y núcleo caudado.



Superespecialización neurológica “Centro de Referencia “son necesarios.

Es imprescindible la existencia del neurólogo clínico.

Necesidad de que la formación de los nuevos neurólogos y psiquiatras sea cada vez más solapada.

Los neurólogos deben conocer la clínica psiquiátrica.

La formación MIR contempla, en la actualidad, sólo 2 meses de asistencia a un centro psiquiátrico.

Los psiquiatras deben conocer la neurología.

Problema candente que exige reformas en los estudios de licenciatura y en la formación de especialistas.

No pretendo desanimar a nadie.

Sturm und Druck. Bon vent i barca nova. ●

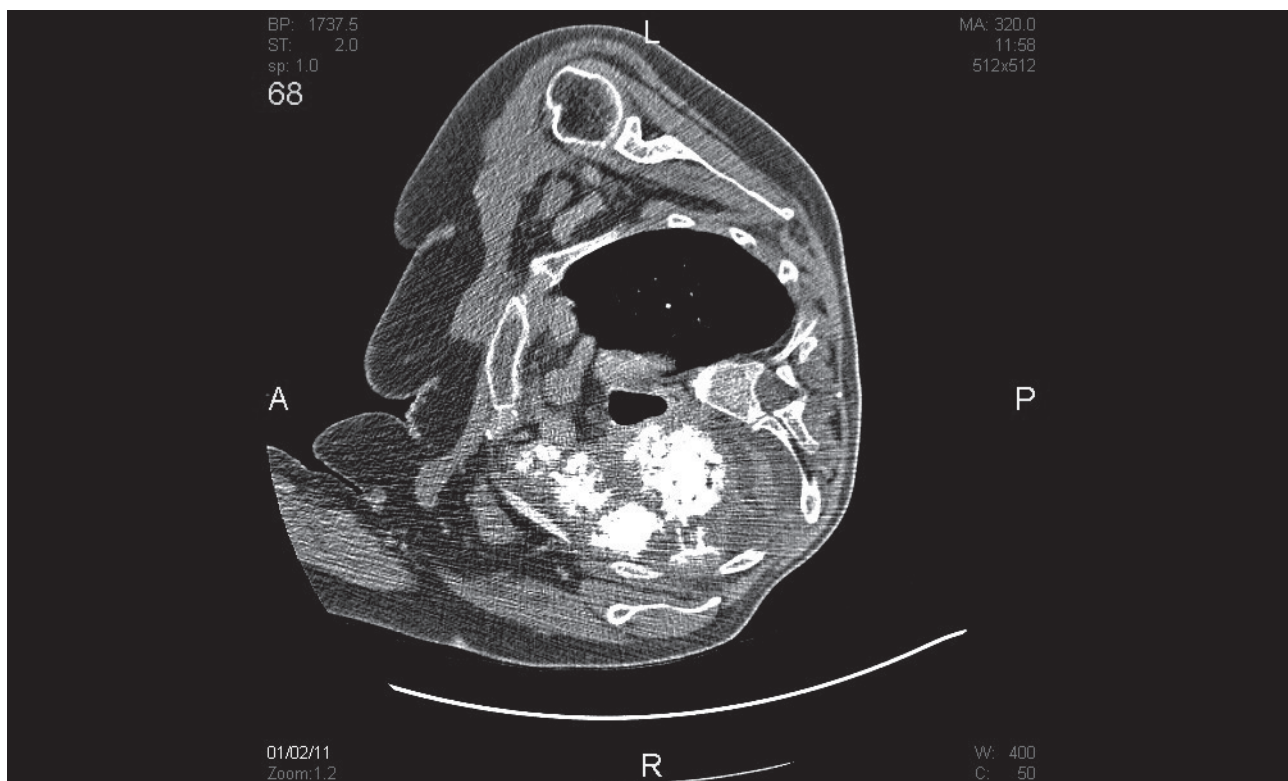
Sarcoma de partes blandas

Sarcoma de parts toves

Soft-tissue sarcoma

Dr. Kenny Villadiego López

Servicio de Oncología. H. U. Sagrat Cor



Tomografía Axial Computerizada (TAC). Mujer.
Sarcoma de partes blandas de humero izquierdo con

metástasis pulmonares masivas izquierdas con calcio en su interior. ●

Correcció

Campillo D. Paleopatologia. Ann Sagrat Cor 2010; 17(3): 110-4

En la introducció a l'article del Dr. Domènec Campillo el Consell de Redacció dels Annals, erròniament, va atribuir-li l'autoria de l'obra "Paleopatología: la enfermedad no escrita", que en realitat correspon als autors A. Malgosa i A. Isidro.

El Dr. Campillo ha estat autor i/o editor, entre d'altres,

INTRODUCCIÓN A LA PALEOPATOLOGÍA, Ediciones Bellaterra i ANTROPOLOGÍA FÍSICA PARA ARQUEÓLOGOS, Ariel Prehistoria.

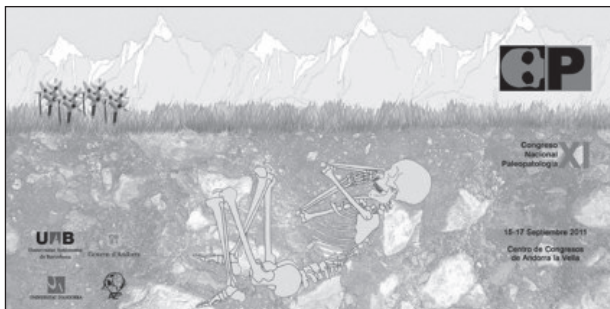
Des del Consell de Redacció volem demanar disculpes a tots els autors implicats per l'error comés.

Notícies

XI Congreso Nacional de Paleopatología

María José Sánchez

Los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2011 tendrá lugar en el Principat d'Andorra el XI Congreso Nacional de Paleopatología, presidido por el Dr. A. Isidro Llorens del Hospital Universitario Sagrat Cor y A. Malgosa de la Universitat Autònoma de Barcelona. El Congreso pretende fomentar la participación de los participantes, por lo que se estructura realzando el apartado de comunicaciones libres y pósters, acompañado de tres mesas específicas de trabajo y un escogido número de conferencias. Puede encontrarse más información en la página web del Congreso:
<http://jornades.uab.cat/paleopatologia-XICongreso/>



JUEVES 15 - SÁBADO 17 DE SEPTIEMBRE DE 2011

JUEVES	15 DE SEPTIEMBRE
11:00	Recepción
15:00	Presentación
15:30	Conferencia inaugural: Dra. E. Vives
16:30	Comunicaciones libres I
18:00	Coffee-break
18:30	Comunicaciones libres II
20:00	Inauguración oficial
VIERNES	16 DE SEPTIEMBRE
08:30	Comunicaciones libres III
10:30	Conferencia invitada: Dr. N. Lynnerup (University of Copenhagen): Danish Bog Bodies
11:15	Coffee-break
11:45	Mesa oficial I: Patología materno-filial. Coordinación: M. P. de Miguel y F. J. Fernández
13:30	Pausa para comer
15:00	Mesa oficial II: La contribución de las colecciones identificadas en el progreso de la paleopatología. Coordinación: E. Cunha y C. Marques

16:45	Coffee-break
17:00	Comunicaciones libres IV
18:30	Casos clínicos para jóvenes

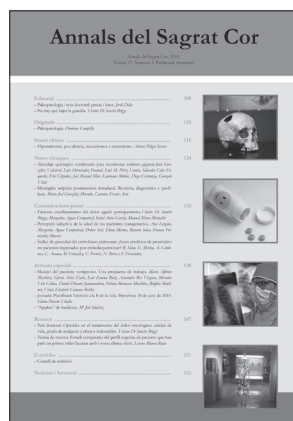
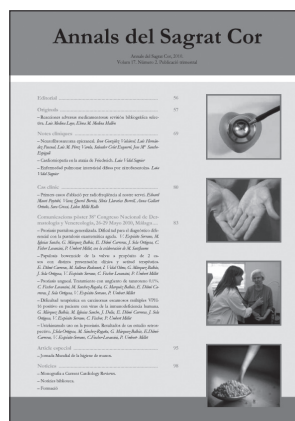
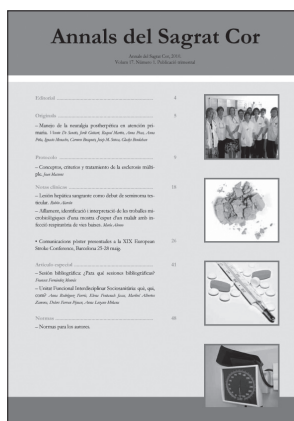
SÁBADO	17 DE SEPTIEMBRE
08:30	Comunicaciones libres V Conferencia invitada: Dra. I. Pap (Hungarian Natural History Museum): Multidisciplinary research on the 18th century mummies from Vac, Hungary
10:30	
11:15	Coffee-break
11:45	Mesa oficial III: Las enfermedades infecciosas en paleopatología, el agente patógeno, las lesiones y la epidemiología. Coordinación: É. Crubézy y D. Rougé
13:30	Pausa para comer
15:00	Sesión de Pósters I
16:45	Coffee-break
17:00	Sesión de Pósters II
18:00	Clausura del Congreso y Asamblea de la Sociedad Española de Paleopatología

COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ ORGANIZADOR	
Grup de Recerca en Osteobiografia Unitat d'Antropologia Biològica Departament de Biologia Animal, Biologia Vegetal i Ecologia Universitat Autònoma de Barcelona	
Presidencia: Albert Isidro Assumpció Malgosa	Colaboración: Núria Armentano Thais Fadrique Philippe Froesch Pere Ibáñez-Gimeno Xavier Jordana Oliver Laguillo Josep Liria Dominika Nooliarová Alba Núñez Giampaolo Piga
Secretaria: Mercedes González-Ruiz Gemma Prats-Muñoz Marc Simón	Secretaría web: Susana Carrascal Ignasi Gallés
COMITÉ CIENTÍFICO	
Francisco Etxeberria Domingo Campillo Delfín Villalain Miguel Botella Armando González	José Antonio Sánchez Manuel Polo Eugenia Cunha Henry Duda Luigi Capasso

Index 2010

Volum 17



Aguas Compaired, M., 132, 134, 154

Alarcón, R., 18

Albertos Zamora, M., 45

Alfonso Martínez, M., 138

Alonso Martínez, M., 21

Aragó López, JV., 154

Arauco Mejía, C., 136, 167, 170

Arbe, G., 26, 30, 35, 39

Arboix Damunt, A., 26, 28, 30, 33, 35, 37, 39, 98, 149, 154

Arias Cuchi, G., 138

Arias García, I., 132

Balcells Riba, M., 186, 195

Bendahan Barchilon, G., 5

Bernasar Moschino, F., 138

Blanco Rojas, L., 26, 30, 35, 39, 149

Blanqué López, J., e2

Brasó, J., 154

Busquets Julià, C., 5

Cadierno Carpintero, M., 191

Campillo, D., 110

Cánovas Robles, E., 138

Cánovas Vergès, D., 149

Cárdenas, A., 136, 167, 170

Carranza, D., 124

Centelles Ruiz, M., e1

Céspedes, E., 124

Colet Esquerré, S., 69, 124

Coll, M.R., 154

Comes Maymó, E., 39, 191, e1

De Sanctis Briggs, V., 5, 109, 132, 147

Delás Amat, J., 91, 108, 154, 161

Dilmé Carreras, E., 83, 87, 89, 91, 93

Dinarés Jaumeandreu, D., 138

El Hilali Masó, N., 97

- Encina Ruiz, L.**, 138
- Expósito Serrano, V.**, 83, 87, 89, 91, 93
- Farran Pijuan, D.**, 45
- Fernández Monrás, F.**, 41, 44, 134, 136, 167, 170
- Fisher Levancini, C.**, 83, 87, 89, 91, 93
- Flórez Enrich, H.**, 176
- Fontanals Jacas, E.**, 45
- Fornós Astó, C.**, 128, 136, 154, 167
- Gallart Ortuño, A.**, 80
- García Eroles, L.**, 26, 28, 30, 33, 35, 37, 39
- García-Penche R.**, 154
- Gil de Bernabé, E.**, 154
- González Merodio, M.J.**, 128, 136, 167, 170
- González Valcarcel, I.**, 69, 124
- Grau Olivares, M.**, 26, 28, 30, 33, 35, 37, 39, 149
- Grivé Isern, E.**, e1
- Grossi S.**, 80
- Guitart Vela, J.**, 5
- Hernández Pascual, L.**, 69, 124
- Iglesias Sancho, M.**, 83, 91
- Irache Esteban, E.**, 186
- Llaverías Borrell, S.**, 80
- Lozano Miñana, A.**, 45, 134
- Márquez Balbás, G.**, 83, 87, 89, 91, 93
- Martín, G.**, 154
- Martín Peñacoba, R.**, 5
- Martínez Vidal, B.**, 138
- Massons Cirera, J.**, 9, 26, 30, 35, 37, 39
- Mata Haya, L.**, 176
- Mateo Montañes, M.**, 132
- Mauri Paytubí, E.**, 80, 154
- Medina Luyo, L.**, 57
- Medina Mallén, E.**, 57
- Menacho, I.**, 5
- Merino, E.**, 134, 136, 167, 170
- Mier Odriozola, J.M.**, 124
- Millá Rallo, L.**, 80
- Molins López-Rodó, L.**, 124, 154
- Morcillo Serra, C.**, 154, 161
- Oliveres Ibáñez, M.**, 26, 28, 30, 35, 37
- Palacín Vitalla, G.**, 141
- Parra, N.**, 136, 154, 167, 170
- Parra Ordaz, O.**, 26, 35, 154, 161
- Pelegrí Santos, A.**, 115
- Penzo, W.**, 161
- Peña, A.**, 5
- Pérez Varela, L.M.**, 69, 124
- Picas Jufresa, A.**, 5
- Pons, M.**, 154
- Querol Borrás, V.**, 80
- Ramis Andrés, M.A.**, e1
- Rodríguez Farrès, A.**, 45
- Rodríguez de la Serna, A.**, 147
- Ros Vergara, A.**, 138
- Salas Campos, R.**, 134, 136, 167, 170
- Salleras Redonnet, M.**, 87
- Sánchez López, M.J.**, 143, 161
- Sánchez Regaña, M.**, 89, 93

Sancho Espigulé, J.M., 69

Sanjaume, M., 83, 170

Sola Ortigosa, J., 83, 87, 89, 91, 93

Sort, D., 134

Sotoca Momblona, J.M., 5

Targa Benet, C., 39

Vela Colina, M., 138

Vicens A., 28

Vidal López, G., 124, 192

Vidal Olmo, I., 87

Vidal Sagnier, L., 74, 77

Villadiego López, K., 201

Vives, J.M., 33

Umbert Millet, P., 83, 87, 89, 91, 93

CITACIONS:

Per citar les vostres publicacions als Annals del Sagrat Cor, haureu d'utilitzar:

Autor/s. Títol (...). Ann Sagrat Cor 2010; 17: pàg. Inicial-final.

www.annalsdelsagratcor.org

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

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

