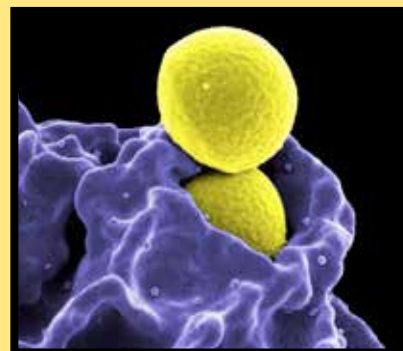


Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2014.
Volum 21. Número 3-4. Publicació trimestral

EDITORIAL	108
ORIGINAL	109
• Els trastorns psiquiàtrics i els problemes psicològics dels pacients oncològics: el paper de la psicooncologia. <i>Mercedes Sanz Laburta, Joan Seguí Montesinos, Aida de Arriba Arbau</i> Comentaris i perspectives	
• Hacia un abordaje interdisciplinar del tratamiento del cáncer en un Hospital general. El papel de la psicooncología. <i>Joan Seguí Montesinos</i>	
• Repercussions psicològiques del càncer de mama: infermeria. <i>Marquima Mateos</i>	
• La importancia del apoyo psicológico en el paciente oncológico. <i>Marga Centelles, Ignasi Machbengs, Kenny Villadiego, Santi Barba, Eduardo Irache, Ana Lozano.</i>	
NOTA CLÍNICA	121
• Addició als corticosteroides tòpics en pacient amb dermatitis atòpica. <i>Núria Calvo Balcells</i>	
CAS CLÍNIC	124
• A propósito de un caso de Neurofibromatosis tipo I. <i>Alicia Ruiz Pontes</i>	
• Bacterièmia per <i>Staphylococcus aureus</i> resistent a Meticil·lina (MRSA). <i>Adrià Julià Garcia</i>	
• Dolor sacroilíac i febre tardana. <i>Marta Mari Muro</i> Comentaris i perspectives	
• <i>Staphylococcus aureus</i> resistent a la meticilina. <i>Gorane Euba Ugarte</i>	
CASOS CLÍNICS del Servei de Medicina Interna	135
• Paraneoplastic Takotsubo syndrome and Austrian syndrome. <i>Catarina Nolan Ruas Rego Canha</i>	
DIAGNÒSTIC PER IMATGES del Servei de Radiodiagnòstic	138
• Encefalopatia de Wernicke. <i>Dra. Ana Maria Olarte, Dra Elisenda Grivé Isern</i> Comentaris i perspectives	
• Encefalopatia de Wernicke Korsakoff. <i>Dr. Miguel Balcells Riba</i>	
ARTICLE ESPECIAL	141
• Redacción médica. Imagen clínica. <i>M^o José Sánchez, Jordi Delás.</i>	
COMUNICACIONES	143
• Medicamentos de Alto Riesgo: un ejemplo de implnatación y seguimiento de un protocolo de gestión. <i>N. El Hilali, R. Batet, M. A. Insensé, E. López S. Nuevo, M. Aguas</i>	
• Comparative study between continous perfusion and split doses in the treatment of postoperative pain. <i>Vicente De Sanctis, Margarita Aguas, Noemi Pou, Sonia Massip.</i>	
L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA	146
• Hospital del Sagrat Cor, fons històric. <i>Consell de Redacció d'Annals del Sagrat Cor</i>	
• Apuntes del Dr. Prat Cereceda con respecto a su trabajo en el Sagrado Corazón. <i>Belén Prat, Josep Prat Cereceda</i>	
ÍNDIX VOLUM 21	152





ANNALS DEL SAGRAT COR

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

Publicació trimestral :
4 números l'any

D.L.: B-3794-93

ISSN: 1695-8942

Correspondència:

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

DISPONIBILITAT ELECTRÒNICA

Annals del Sagrat Cor
està disponible online a:
<http://www.annalsdelsagratcor.org>
http://issuu.com/annals_sagrat_cor/

LICENCIA DE USO



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



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



Director

Jordi Delás

Coordinació

María José Sánchez

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell de Redacció

Miquel Balcells

Jordi Delás

Enric Gil de Bernabé

Eduardo Irache

Lucía Mata

Núria Miserachs

María José Sánchez

CONSELL EDITORIAL

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

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

CONSELL ASSESSOR

Siraj Bechich
José Luis Casaubon
Marta Grau
Luis Hernández
Fani Labori

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

Cecilia Targa
Pere Torras
Carles Pons
Núria Queralt
Elisabeth Sánchez

ACADÈMIA DELS ANNALS

Cayetano Alegre de Miquel
Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet
Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

Summary

Annals del Sagrat Cor, 2014; Volum 21, Issue 3-4

EDITORIAL	108
– XXXXXXXX	
ORIGINAL	109
– Psychiatric disorders and psychological problems of cancer patients: the role of psycho-oncology. <i>Mercè Sanz</i>	
COMMENTARY AND PERSPECTIVE	114
<i>Joan Seguí Montesinos, Marquina Mateos, Margarita Centelles, Ignasi Machengs, Kenny Villadiego, Santi Barba, Eduardo Irache, Ana Lozano.</i>	
CLINICAL NOTE	121
– Topical corticosteroids addition in a patient with atopic dermatitis. <i>Nu- ria Calvo Balcells.</i>	
CASE REPORTS	124
– Report of a clinical case of neurofibromatosis type I. <i>Alicia Ruiz Pontes.</i>	
– Methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) bacteriemia. <i>Adrià Julià Garcia.</i>	
– Sacroiliac pain and late-onset fever. <i>Marta Martí Muro.</i>	
– Commentary and perspectives on MRSA. <i>Gorane Euba Ugarte</i>	
CASE RECORDS OF THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT	135
– Paraneoplastic Takotsubo syndrome and Austrian syndrome. <i>Catalina Nolan Ruas Rego Canba.</i>	
DIAGNOSTIC IMAGING. RADIODIAGNOSIS DEPARTMENT	138
– Wernicke encephalopathy. <i>Ana Maria Olarte, Elisenda Grivé Isern</i>	
– Commentary and perspectives on Wernicke-Korsakoff encephalo- pathy. <i>Miquel Balcells Riba</i>	
SPECIAL ARTICLE	141
– Medical writing. Clinical picture. <i>M^a José Sánchez, Jordi Delàs.</i>	
COMMUNICATIONS	143
– <i>Nadia El Hilali, Rosa Batet, Maria Antònia Insensé, E. López, Sonia Nuevo, Margarita Aguas.</i>	
– <i>Vicente De Sanctis, Margarita Aguas, Noemi Pou, Sonia Massip.</i>	
THE HOSPITAL HISTORY	146
– Hospital del Sagrat Cor, fons històric.	
– Apuntes del Dr. Prat Cereceda con respecto a su trabajo en el Sagrado Corazón. <i>Belén Prat, Josep Prat Cereceda.</i>	
INDEX VOLUME 21	152

Editorial

Varietat de temes en la present edició

Mercedes Sanz, Joan Seguí i Aida de Arriba ens presenten els trastorns psiquiàtrics i principals problemes psicològics dels pacients oncològics. Ens mostren que la prevalença de la simptomatologia depressiva pot arribar a un 17-25% dels casos i la ansiosa un 44%.

Constitueix la presentació de la Unitat de Psicooncologia que es continua per la visió i expectatives que es generen des d'infermeria i els serveis d'Oncologia, Cirurgia i Medicina

Dos cops per setmana, el Servei de Medicina Interna du a terme les seves sessions clíniques que contempnen actualitzacions bibliogràfiques, actualitzacions de temes de l'especialitat i presentació de casos clínics. Aquestes reunions que apleguen a primera hora del matí de dimarts i dijous a més de 20 persones, suposen un important material que es recull en format text als nostres Annals o en format de presentació a <https://annalsdelsagratcor.wordpress.com>

En aquesta versió de la nostra publicació, específica per presentacions, s'han publicat actualitzacions sobre l'Èbola, endocarditis, càncer d'origen desconegut, eosinofília, estenosis aòrtica, agenèsia de vena cava inferior, osteoporosi, He-

licobacter pylori, Dolor crònic no oncològic i Penumònia adquirida a la comunitat.

Una revisió presentada en aquestes sessions, Síndrome de Takotsubo associat a Síndrome Austríac apareix en el present número dels Annals.

També el Servei de Diagnòstic per la Imatge publica un cas d'Encefalopatia de Wernicke, introduït pel Dr Miquel Balcells. Dos casos clínics al voltant de Staphylococcus aureus resistent a meticil·lina, s'acompanyen de comentaris de la Dra. Gorane Euba.

El Servei de Farmàcia planteja el seguiment de medicaments d'alt risc a manera de protocol de gestió. I la Unitat de Tractament del Dolor aborda un estudi comparatiu sobre l'analgèsia en el postoperatori.

En el capítol on l'Hospital és Història apareixen notes del diari que portava el Dr. Josep Prat Cereceda, cirurgià del nostre hospital, referent a la seva activitat mèdica. Una magnífica visió de la medicina que ha estat facilitada per la família del qui fou Cap de Servei, a continuació del Dr. Joan Agustí. ●



Els trastorns psiquiàtrics i els problemes psicològics dels pacients oncològics: el paper de la psicooncologia

Los trastornos psiquiátricos y los problemas psicológicos de los pacientes oncológicos: el papel de la psicooncología

Psychiatric disorders and psychological problems of cancer patients: the role of psycho-oncology

Mercedes Sanz Laburta^(a), Joan Seguí Montesinos^(b), Aida de Arriba Arbau^(b)

^(a) Psicòloga, ^(b) Psiquiatra. Servei de Psiquiatria de IDC Sagrat Cor Hospital Universitari

RESUM

El càncer és una de les malalties actuals més difícils, temudes i estressants, degut a les circumstàncies que l'envolten. S'ha observat que al voltant del 40% dels pacients oncològics compleixen criteris de trastorn mental segons el DSM-IV i que els desajustos emocionals que poden requerir d'intervenció psicosocial, tot i oferir certa variabilitat, es situen al 50%. En quan a prevalença, la simptomatologia depressiva es presenta entre un 17-25% i l'ansiosa que pot arribar fins al 44%.

Les principals afectacions psiquiàtriques en pacients amb càncer són: trastorns adaptatius, depressius, ansietat i trastorn mental orgànic. El suport psicològic, així com el treball de les emocions associades al procés, ha d'abordar-se des del moment del diagnòstic. La recerca en les darreres dècades mitjançant metaanàlisi ha permès conceptualitzar els principis teòrics que defensen com la intervenció psicològica pot facilitar la recuperació quirúrgica i la rehabilitació. La subestimació del diagnòstic de malestar emocional en pacients oncològics, així com el seu infratractament posterior són un repte a superar.

ABSTRACT

Actually, cancer is one of the most feared and stressful diseases, due to the circumstances surrounding it. It has been observed that about 40% of cancer patients meet criteria for mental disorder according to DSM-IV and emotional imbalances that may require psychosocial intervention, even offering some variability, stand at 50%. As for prevalence, depressive symptomatology occurs between 17-25% and the anxiety can reach 44%.

The leading psychiatric conditions in cancer patients are: adaptive disorders, depression, anxiety and organic mental disorder. Psychological support, as well as the distressing emotions associated with the process, must be approached from the time of diagnosis. Meta-analysis research in recent decades has allowed conceptualizing the theoretical principles which defend that psychological intervention can facilitate surgical recovery and rehabilitation. The underestimation of the diagnosis of emotional distress in cancer patients, as well as its further under treatment is a challenge to overcome.

Paraules clau: psicooncologia; neoplàsies, psicologia; ansietat; depressió; rol del malalt; comorbiditat; grup de salut interdisciplinari.

Key words: psychooncology; neoplasms, psychology; anxiety; depression; sick role; comorbidity; interdisciplinary care team.

Rebut: 23 – desembre - 2014

Acceptat: 4 – febrer - 2015

Correspondència: mercedes.sanz@hscor.com

INTRODUCCIÓ

El càncer és una de les malalties actuals més difícils, temudes i estressants, degut a les circumstàncies que l'envolten(2): cronicitat, incertesa davant la seva evolució, efectes secundaris dels tractaments i significat social de la paraula càncer. Molts dels problemes psicològics dels pacients oncològics són semblants als d'altres pacients afectats de patologies cròniques, malgrat existeixen diferències arrel de l'estrès afegit per la naturalesa de la malaltia i dels tractaments(12).

L'experiència de malaltia comporta l'aparició de sentiments dolorosos molt freqüents que poden derivar en nivells elevats de patiment i problemes d'adaptació(7). El patiment psicològic generat pel càncer és important, fent que la meitat dels malalts oncològics presenti malestar emocional amb rellevància clínica, podent aquest esdevenir un factor de risc per a trastorns psicopatològics, de manera que un 24(8)-30%(10) dels afectats poden patir-ne; sobrepasant la prevalença d'aquests a la població general pel que fa a l'ansietat, la depressió i el malestar emocional(9,10,15). S'ha observat que al voltant del 40% dels pacients oncològics compleixen criteris de trastorn mental segons el DSM-IV(1) i que els desajustos emocionals que poden requerir d'intervenció psicosocial, tot i oferir certa variabilitat, es situen al 50%(1).

Taula 1: Espectre de les principals afectacions psiquiàtriques

Trastorn psicopatològic	Percentatge aproximat
T. Adaptatiu	40% (32% al 55%)
T. Depressiu	25% (20% al 30%)
T. Ansietat	30% (16% al 44%)
T. Mental orgànic (s. confusional)	5% (4% al 6%)

[S'indica percentatge promig. Els pacients poden presentar diversos diagnòstics psiquiàtrics comòrbidament].

PREVALENCIA DELS TRASTORNS PSICOPATOLÒGICS

En relació als estudis de símptomes, compleixin o no criteris de trastorn mental, la seva prevalença és força alta, destacant la simptomatologia depressiva entre un 17-25%(9) i l'ansiosa que pot arribar fins al 44%(9), esdevenint ambdós

els principals problemes psicològics dels pacients amb càncer(7).

Estudis realitzats amb pacients que reben radioteràpia mostren com el 50% d'aquests presenten algun trastorn mental (3'4% trastorns depressius, 5'7% altres, 10'3% ansietat, 13'9% trastorns adaptatius i 17'3% altres trastorns que no precisen tractament psicològic però sí orientació)(10). En el càncer ginecològic s'ha descrit un 28% de mobilitat psicopatològica amb la següent distribució(12): autoestima (36%), ansietat (34%), depressió (28%), relacions de parella (26%), imatge corporal (22%); per l'acció de diferents factors d'estrès: cirurgia, procés diagnòstic i terapèutic, quimioteràpia, pèrdua d'un òrgan i por a la recidiva.

Trastorn adaptatiu

El trastorn adaptatiu consisteix en l'aparició de simptomatologia emocional o comportamental com a resposta a un factor d'estrès identificable en els primers tres mesos d'ençà l'aparició d'aquest. Es manifesta clínicament amb un malestar major a l'esperable i amb deteriorament de l'activitat habitual del subjecte, però sense complir criteris per a altre trastorn específic ni representar l'exacerbació d'un trastorn mental preexistent. La seva durada pot variar, així com les seves manifestacions predominants (depressives, ansioses, comportamentals o mixtes)(3).

Els trastorns adaptatius són els que arriben en major proporció a les consultes de psicooncologia(1). En un estudi clàssic del *PSYCOG* (Psychosocial Collaborative Oncology Group)(9) s'indica una freqüència dels trastorns adaptatius del 32 % en pacients oncològics, percentatge que pot augmentar fins al 55% en població espanyola. La prevalença en malalts de càncer és superior a la de la població general, 5-20% segons el DSM-IV-TR(3).

Dins el grup de pacients que presenten trastorn psicopatològic associat al càncer el 50% pateix de trastorn adaptatiu(1). En un estudi realitzat amb població espanyola aquest percentatge, complint clarament criteris del DSM-IV, arriba fins al 77%(8), confirmant-se que es tracta del trastorn més prevalent en els pacients oncològics(1,8).

S'han descrit diferents factors que poden influenciar en el desenvolupament dels trastorns adaptatius en els pacients oncològics(9): l'hospitalització, el funcionament físic deteriorat que influeix en la sensació de ser una càrrega pels altres, l'adaptació inicial als tractaments, a més de factors subjectius com la fortalesa/debilitat del jo, la percepció de suport social i l'experiència prèvia davant l'estrès.

Trastorns de l'estat d'ànim

En relació als trastorns anímics, es troben dades disperses vers la prevalença en pacients oncològics. La prevalença anual en població general espanyola és del 4'4%(8), percentatge que s'incrementa en pacients afectats de càncer fins al 5% en alguns estudis, i en altres revisions poden arribar fins al 38-50%(9) i al 65%(7). Prop del 25% dels pacients presenten Trastorn Depressiu Major segons criteris del DSM-III-R(4); percentatge que pot augmentar fins al 70% quan es tracta de simptomatologia depressiva en fases avançades, sense arribar a complir criteris de trastorn mental(4).

Pel que fa als factors de risc dels trastorns depressius sembla ser que una edat menor i el gènere en alguns subgrups, encara que no en tots els estudis, poden ser importants(9). Altres factors rellevants són(9): estadi avançat (que es pot relacionar amb una limitació o incapacitat major), els símptomes físics secundaris dels tractaments i el tipus de malaltia neoplàstica (amb depressió més severa en càncer de pàncrees, orofaringi i del sistema nerviós central), els antecedents psicològics i els trastorns previs, el baix suport social percebut i factors de risc biopsicosocial. Per a desenvolupar una depressió és igualment important com la persona avalua i interpreta la situació, la qual es viscuda com una pèrdua important (salut, funcionalitat, esperança de vida)(14).

El risc de suïcidi i la ideació autolítica formen part de la clínica associada freqüentment a la depressió i requereixen d'una atenció important. En pacients oncològics poden presentar-se entre l'1% i el 20% segons gravetat i estadi de la malaltia, xifres significativament molt superiors a les de la població general espanyola (1% pel que fa al risc real i 4'4% a les idees de suïcidi)(9). Els factors de risc associats són(9): estadi avançat i pitjor pronòstic de la malaltia, el tipus i la localització del tumor (major en càncer de cap i coll), la presència de trastorn depressiu o desesperança, la manca de control i el sentiment de desemparament, l'augment de símptomes físics o la seva cronicitat, el delírium i els estats de confusió, els antecedents psicopatològics i la història prèvia de suïcidi.

Trastorns d'ansietat

L'ansietat és altra de les problemàtiques freqüents associades al càncer. Els trastorns d'ansietat són patits pel 2-6% de la població general. En pacients oncològics els percentatges s'incrementen fins al 16-44%(7,9), com s'observa la prevalença oscil·la segons els estudis, però és manté elevada. Quan es tracta de càncer de pulmó la simptomatologia ansiosa pot variar des del 32% fins a un 45%(14).

S'han descrit els següents factors de risc associats als trastorns de l'ansietat(7,9): edat més jove, dones amb situació socioeconòmica desfavorable, adaptació psicològica premòrbita amb tendències ansioses, trets de personalitat obsessiva i dificultats personals, de parella o laborals, estadi avançat, estat físic secundari al tractament, recidiva del càncer, por a la recaiguda, dolor agut no controlat, factors orgànics de la malaltia, la pròpia malaltia en sí, neuropatia perifèrica, problemes econòmics, risc d'infertilitat, disfunció sexual, consum excessiu d'alcohol i drogues i haver estat en tractament prèviament per problemes mentals.

Tal com succeeix amb la depressió, la interpretació que fa el pacient davant la malaltia és molt important. Si el pacient viu el procés oncològic com una amenaça davant la qual no té recursos per a fer-li front generarà una reacció emocional d'ansietat(14). De fet, aquells pacients que presenten elevada ansietat, informen de més dolor i malestar postoperatori que requerirà més medicació i atenció hospitalària(12).

Evolució de la simptomatologia

En relació amb l'evolució de la simptomatologia ansiosa i depressiva es troben resultats contradictoris. D'una banda s'observa milloria clínica, d'altra empitjorament al llarg dels

tractaments mèdics(10,12). El que sí s'observa amb regularitat és que l'ansietat i la depressió estan presents al llarg de tot el procés de malaltia, de la mateixa manera que factors associats a l'estrès poden persistir en acabar el tractament(7). Es considera necessari, doncs, avaluar el pacient en diferents moments del procés terapèutic per poder ajustar-se a les seves necessitats reals(2,10).

DISTRESS O MALESTAR PSICOLÒGIC

El concepte de *distress* o malestar psicològic proposat per la *National Comprehensive Cancer Network*, entès com "experiència emocional desagradable que afecta al funcionament cognitiu, conductual, social, emocional i espiritual", cerca no estigmatitzar ni carregar de contingut psicopatològic les dificultats psicològiques dels pacients oncològics, donat que es tracta d'una resposta normal davant la malaltia(9).

El *distress* té una freqüència elevada: més d'un terç dels pacients(11), fins i tot un 63% dels malalts ho poden presentar puntualment(9,11). Pot assolir nivells d'intensitat equivalents a un trastorn psicopatològic entre un 41-47% del casos(9,13). Els factors de risc per al malestar emocional són: seqüeles de tractaments quirúrgics en l'esfera sexual i de la imatge corporal, una edat menor, ser solter, un nivell educatiu inferior, dificultat per a l'accés a l'assistència mèdica, complicacions post-tractament i certs trets de personalitat. Encara que les diferents variables socio-demogràfiques estudiades plantegen sovint resultats no concloents, el que sí s'ha pogut observar és com aquest es relaciona significativament amb(5): deteriorament funcional i social, comorbiditat de símptomes associats a la malaltia o tractament, percepció pròpia de tenir poca salut.

EL PAPER DE LA PSICONCOLOGIA

Els problemes psicològics poden causar complicacions físiques i afectar a l'estat general de la persona, esdevenint un problema afegit per a la salut del pacient(9). Tant l'ansietat com la depressió poden afectar la qualitat de vida dels pacients, donat que afecten al dolor i al funcionament social i físic(14). Poden afectar tant a l'evolució, com al tractament i al pronòstic de la malaltia en afavorir nivells menors d'adherència terapèutica i de qualitat de vida, inclús després d'haver finalitzat el tractament(7). Un exemple és com la depressió pot fer que el malalt disminueixi o tingui dificultat en les activitats diàries com l'exercici, la son o la dieta, arribant inclús a abandonar el tractament actiu(9), fenomen descrit al DSM-IV-TR [Codi 316, i F54](3).

El suport psicològic, així com el treball de les emocions associades al procés, ha d'abordar-se des del moment del diagnòstic, per tal de prevenir una gestió errònia d'aquestes que influiran negativament en l'adaptació del malalt(6,11). Les emocions són fonamentals en l'adaptació a la malaltia, podent ésser factors de risc o de protecció(6). Les necessitats emocionals suposen un percentatge altament significatiu pel que fa a altres necessitats detectades en els pacients oncolò-

gics(6): 75% emocionals, 15% socials i 10 % sociosanitàries. Fins i tot, en pacients que diuen estar preparats per afrontar el càncer, les emocions tenen un gran impacte sobre el malalt, sent aquestes intenses en percentatges elevats(11): 68% desànim, 53% nerviosisme, 74% enuig i 80% por.

La recerca en les darreres dècades mitjançant metaanàlisi ha permès conceptualitzar els principis teòrics que defensen com la intervenció psicològica pot facilitar la recuperació quirúrgica i la rehabilitació(12). La preparació psicològica davant la cirurgia permet incrementar tant la satisfacció davant d'aquesta, com millorar els índexs de recuperació (menys dolor i menor analgèsia), així com la reducció de pensaments preocupants després de la cirurgia(12). Els pacients amb més ansietat prequirúrgica presenten més ansietat i depressió després de la intervenció el que dificulta tant la recuperació emocional com la física(12), fent necessària la gestió de l'estrès i l'ansietat en pacients que requeriran de cirurgia. L'avaluació preventiva dels pacients d'alt risc(14) que seran sotmesos a cirurgia permetria disminuir els nivells de morbiditat psicològica posterior, reduint els indicadors de depressió i ansietat derivats d'aquesta, que presenten el 30% dels pacients intervinguts(12).

Quan el pacient s'ha sotmès a alguns tipus de cirurgia la integració i l'acceptació de les diferents parts del cos es veuen afectades, el que dona suport a la necessitat d'intervenció psicològica sobre la imatge corporal per tal d'ajudar al pacient a integrar i "reconciliar-se" amb les zones afectades(15). En el cas del càncer de mama s'afecta de forma significativa la imatge corporal premòrbida de les pacients, independentment d'altres variables com la depressió, l'autoconcepte o el locus de control(15).

L'abordatge psicològic és important també sobre variables que probablement juguen un paper important sobre l'autoestima(15), com ara el rol de malalt, el canvi de situació laboral o l'afectació de la família; i també pel que fa als estils d'afrontament. Un estil dirigit al problema acompanyat de major esperit de lluita s'associa a menors nivells d'ansietat i depressió(7), a més que, durant el procés de malaltia, el pacient ha de modificar els seus esquemes habituals de funcionament i activar recursos d'afrontament davant la cronicitat d'aquesta(2).

Altre punt a abordar són les ruminacions que s'ha observat com estan associades a una major presència de simptomatologia ansiosa i depressiva en pacients que acaben de ser diagnosticats ja que es tracta de processos desadaptatius que poden mantenir o iniciar una depressió, tot plegat fa que aquestes esdevinguin una diana terapèutica en la prevenció del malestar emocional(13); tenint presents les limitacions dels estudis actuals.

Una correcta detecció precoç faria augmentar el nombre de pacients que podrien beneficiar-se dels recursos psicològics, millorant l'adherència al tractament mèdic, dotant al pacient d'estratègies d'afrontament i de canvi, tractant els trastorns psicopatològics o la seva simptomatologia, per tal de millorar la seva evolució clínica i la seva qualitat de vida(10). D'aquesta manera com més aviat es derivi el pacient i aquest percebi la seva participació en un suport integral, millorarà la seva adaptació(6).

Objectius de la Psicooncologia

La preparació psicològica pretén formar part d'un tractament integral per al pacient oncològic amb diferents objectius(2,12): reduir simptomatologia d'ansietat, depressió i altres reaccions emocionals negatives, oferir suport en el procés d'adaptació dels diferents estadis, promoure un ajust mental al càncer induint esperit de lluita positiu, facilitar la sensació de control sobre la seva vida i la participació activa en el tractament, desenvolupar estratègies d'afrontament efectives, facilitar la comunicació amb la família i l'equip assistencial, ajudar al pacient a expressar i gestionar les seves pors, revisar els seus valors, el sentit de la vida i el control del patiment. A més d'oferir orientació i ajuda psicològica des de les fases inicials del tractament mèdic, reduir despeses sanitàries i valorar l'estat dels pacients amb *distress* sense la necessitat d'entrevistes extenses que podrien esgotar el pacient(9).

LA DERIVACIÓ DELS PACIENTS A LA UNITAT DE PSICOONCOLOGIA

Hi ha moments crucials de malestar emocional, on el pacient sol·licita ajuda psicològica: remissió, recidiva i fase terminal. D'aquests, on la demanda directa és major, és en l'estadi de remissió quan el malalt es planteja la seva autonomia-dependència, la seva vida afectiva i els seus projectes(2).

Encara que s'han estudiat variables, com ara el tipus de tumor o l'estadi de la malaltia, que intenten explicar què mou els pacients a demanar ajuda psicològica es fa difícil establir els motius pels quals aquesta demanda directa d'ajuda és baixa (26% en dones, 11 % en homes)(11). Un factor que sí s'ha vist que influeix directament en la demanda explícita d'ajuda és l'estil d'afrontament. Els pacients que demanen més ajuda són aquells que, sense antecedents psicopatològics, presenten malestar emocional en sentir-se poc preparats per afrontar la situació davant la qual inverteixen en esforços elevats (24% dels malalts de càncer)(11).

La complexitat del càncer fa necessari un enfocament biopsicosocial d'aquest(1,2), permetent així cobrir les necessitats reals del pacient(1). La manca de valoració de les necessitats psicològiques fa que el pacient sigui derivat a salut mental quan està greument ansiós o deprimit, en aparèixer idees autolítiques, quan el nivell de *distress* és elevat o quan apareixen conflictes familiars o dificultats en els professionals sanitaris per comunicar que s'han esgotat els tractaments actius(9,10). Molts pacients que podrien necessitar ajuda o tractament psicològic específic no el reben, probablement perquè no són detectats en no conèixer la morbiditat psiquiàtrica dels pacients oncològics(9). La subestimació del diagnòstic de malestar emocional en pacients oncològics, així com el seu infractament posterior són un repte a superar(13). De fet, s'han trobat diferències significatives tant pel que fa al nivell de *distress* com de necessitats detectades segons si l'avaluador és un psicòleg o un altre professional(6).

Encara que un de cada tres pacients oncològics pateix d'ansietat(9) i que fins a un 54% dels malalts necessiten derivació a un servei especialitzat, bàsicament psicològic(6), només un de cada deu rep assessorament per obtenir ajut psicològic(9). Els pacients que en major proporció es deriven al

psicooncòleg són els que presenten pitjor pronòstic i difícil tractament (càncer gàstric, de cap i coll i pulmó)(1), possiblement per la menor supervivència i pels efectes de la malaltia que generen un elevat patiment emocional(1).

Les dificultats de la derivació són motivades per diferents factors(1): gran variabilitat en la prevalença de símptomes psicopatològics, problemes de diagnòstic diferencial entre els símptomes psicològics reactius i els efectes secundaris dels tractaments mèdics o derivats de la pròpia malaltia, necessitat de canvis en la concepció mèdica clàssica cap a un model biopsicosocial i aspectes personals dels propis pacients (no voler parlar dels problemes psicològics, no acceptar la derivació al psicooncòleg).

LIMITACIONS ACTUALS

És necessari continuar millorant els sistemes per a detectar les afectacions en salut mental i malestar emocional en els pacients oncològics per a poder oferir-los ajuda psicològica específica(9) des de fases inicials i fer que l'assistència sigui accessible per difondre la seva eficàcia(6).

Les diferències metodològiques entre els diferents estudis, la manca d'homogeneïtzació de conceptes i instruments, així com la manca d'estudis longitudinals no permet conèixer l'evolució del malestar emocional i els trastorns psicopatològics al llarg del procés oncològic, ni la prevalença real puntual de la simptomatologia(9), esdevenint una de les principals limitacions dels estudis actuals(13,14).

REFERÈNCIES:

1. Almonacid V, Moreno P, Lluch A. Estudio sobre la derivación de pacientes oncológicos a la unidad de psico-oncología según criterio médico. *Psicooncología* 2009;6:203-10.
2. Alonso Fernández C, Bastos Flores A. Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clín Contemp* 2011;2:187-207.
3. American Psychiatric Association. *Diagnosis Classification DSM-IV-TR. Versión española. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. Texto revisado)* Barcelona: Masson; 2002.
4. Campos JA. Actualización en psicooncología. En: J. Conejo, y E. Sainz (Eds.), *Aspectos de interés en la Psiquiatría de Enlace*. Madrid: Ergon; 2010. pp. 339-57.
5. Costa Requena G, Ballester Arnal R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología* 2010; 7:453-62.
6. Fernández B, Bejar E, Campos MM. (2012). Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología* 2010; 9:317-34.
7. Galindo Vázquez O, Álvarez Avitia MA, Alvarado Aguilar S. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología* 2013; 10:69-78.
8. Gil F, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 2008;130(3):90-2.
9. Hernández Blázquez M, Cruzado Rodríguez JA, Prado C, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2012;9:233-57.
10. Hernández M, Cruzado Rodríguez, JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clin Salud* 2013; 24:1-9.
11. León C, Jovell E, Mirapeix R et al. Factores predictores de solicitud de ayuda psicológica en los meses inmediatos al diagnóstico oncológico. *Psicooncología* 2012; 9:289-98.
12. Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Av Psicol Latinoam* 2004; 2:29-48.
13. Priede A, González-Blanch C, Herrán A, et al. Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología* 2013;10:131-40.
14. Rodríguez Quintana R, Hernando Tranco F, Cruzado Rodríguez JA, et al. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología* 2012; 9: 95-112.
15. Segura Valverde M, García Nieto R, Saúl Gutiérrez LA. Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología* 2014; 11:45-57. ●



Hacia un abordaje interdisciplinar del tratamiento del cáncer en un Hospital general. El papel de la psicooncología

Joan Seguí Montesinos

Servei Psiquiatria, Hospital del Sagrat Cor.

El psiquiatra que desarrolla su actividad en un Hospital General atiende a un amplio número de pacientes con enfermedades médicas que se asocian a trastornos psicopatológicos, los más frecuentes de tipo depresivo y ansioso. Entre las patologías orgánicas que más se han relacionado con la depresión tenemos las que cursan con dolor (traumatológicas, reumatológicas etc.), las cardiovasculares y el cáncer.

Alrededor de una cuarta parte de neoplasias se asocian a depresión. Si consideramos que más de la mitad de estos pacientes no suelen ser tratados, podemos entender que el especialista en psiquiatria como tal atiende a un número muy limitado de éstos. En general suelen ser los que están más depresivos y que son detectados por el oncólogo u otros especialistas que tratan los diferentes tipos de cáncer (Gili y Roca, 1996).

El diagnóstico de un cáncer puede originar emociones de temor, ansiedad o de depresión. Además puede afectar a la autoestima o a la sexualidad (en especial en una neoplasia de mama). También algunos tratamientos como la quimioterapia pueden provocar efectos secundarios como alopecia y otros tratamientos como la radioterapia y fármacos de tipo hormonal pueden causar otros efectos no deseados que contribuyen a empeorar el estado afectivo de los pacientes. (Derogatis et al. 1983; Gili y Roca, 1996)

Creemos que el problema en la asistencia de la oncología es la detección de los trastornos mentales de estos pacientes que suelen ser de una intensidad leve o moderada y que requieren en muchas ocasiones psicoterapia y no necesitan tratamiento psicofarmacológico. De hecho, alrededor de una tercera parte de éstos experimentan un malestar psicológico o

“distrés” que sería una respuesta “normal” que podría tener cualquier persona y suele aparecer sobretudo en fases iniciales de diagnóstico de la neoplasia. Unos pueden mejorar con el tiempo otros hacia un trastorno depresivo o ansioso que requeriría tratamiento específico, tal como se ha descrito en la revisión de la psicóloga Mercé Sanz.

La Psicooncología es un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad (Cruzado, 2003).

En el ámbito de la oncología hay una mayor eficacia si se trabaja de forma interdisciplinar o en equipo y la psicología complementa de forma importante este abordaje. En este sentido la psico-oncología suele ser desarrollada por un psicólogo especialista en trastornos psicopatológicos relacionados con el cáncer (Cruzado, 2003).

El papel de la psicología es muy importante a nuestro juicio para tratar este amplio número de pacientes y complementar la asistencia de los oncólogos. Según los estudios antes revisados, alrededor del 25% al 30% de los pacientes con cáncer necesitaría apoyo psico-oncológico. En algunos hospitales donde se cuenta con la presencia de esta especialidad psicológica suelen ser los oncólogos los que derivan a los pacientes y familiares (Cruzado 2003).

Entre las ventajas de la psico-oncología indicaríamos que favorece por una parte el reconocimiento de los problemas emocionales del paciente, para poder expresarlos y aceptarlos. Por otra parte, ayuda a desarrollar estilos de afrontamiento

activo disminuyendo el malestar emocional, aumenta el auto-control y la búsqueda de las posibles soluciones a sus problemas, mejoría de autoestima y facilita el cumplimiento de los tratamientos y mejora el pronóstico de la enfermedad (2003).

Así mismo puede ayudar a los familiares del paciente oncológico que soportan una importante carga emocional. En éstos aparece con frecuencia ansiedad, inseguridad ante los síntomas de los pacientes, ante los cuidados, los resultados médicos, a la evolución de la enfermedad. La atención psicológica puede ayudar por tanto a afrontar la enfermedad tanto a familiares como a pacientes (Siegel et al, 1996).

Otra ventaja asistencial a nuestro juicio de la psico-oncología es asesorar a enfermería y otros profesionales de la salud relacionados con el tratamiento del paciente oncológico para aprender a reconocer y manejar los trastornos psicológicos que éstos padecen, al cubrir todas las etapas de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el soporte en los problemas asociados al paciente de cáncer ya curado o en duelo, si fuera necesario (Cruzado, 2003).

Por último consideramos importante que los diversos especialistas que traten pacientes con cáncer tengan conocimiento de los trastornos psicopatológicos que estos padecen y sepan tratarlos por su elevada frecuencia y porque una amplia parte de ellos no pueden ser derivados al psiquiatra. La realización de cursos de formación clínica y psicofarmacolò-

gica a estos especialistas mejoran la asistencia a los mismos.

En resumen, en un Hospital general creemos que el enfoque interdisciplinar para el tratamiento del cáncer que englobe a los diversos especialistas médicos, a psicología y enfermería, mejora de forma sustancial la asistencia y calidad de vida de los pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cruzado JA. La formación en Psicooncología. Psicooncología 2003; 1: 9-19.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983;249:751-7.
3. Gili Planas MG, Roca Benasar M. Trastornos afectivos en oncología. En: Roca Benasar M, Bernardo Arroyo M. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Editorial Masson, 1996; 119-34.
4. Siegel K, Karus DG, Raveis VH. Depressive distress among the spouses of terminally ill cancer patients. Cancer Pract 1996;6:25-30. ●



Repercussions psicològiques del càncer de mama: infermeria

Marquina Mateos

Infermera. Unitat de Mama Hospital Sagrat Cor de Barcelona.

El pacient oncològic està sotmès a importants canvis durant l'evolució de la malaltia. Aquests pacients presenten necessitats físiques, psicològiques i socials que hauran de ser tractades adequadament.

Els darrers anys, el tractament de càncer de mama ha millorat la qualitat de vida de les dones afectades gràcies a:

1. Les noves tècniques quirúrgiques que permeten, cada vegada més, tractaments quirúrgics conservadors sobre la mama i la implementació de la biòpsia selectiva de gangli sentinella que evita buidatges axil·lars innecessaris.
2. Tractament personalitzat d'oncologia amb la incorporació dels nous fàrmacs.
3. A la integració de diferents professionals dins d'un equip multidisciplinari format per: radiologia, anatomia patològica, ginecologia, cirurgia general, cirurgia plàstica, oncologia mèdica, oncologia radioteràpia, medicina nuclear, psicooncologia, infermeria, i rehabilitació, participant tots ells en un moment determinat del procés: comitè de tumors/comitè de mama etc.

Ens centrarem en el càncer de mama femení, si bé no ens oblidem, però, de l'existència del càncer de mama masculí.

Gràcies als mitjans d'informació i als controls periòdics de les pacients ha estat possible la detecció precoç del càncer de mama disminuint-ne la mortalitat.

En la consulta externa és on hi ha el primer contacte amb la pacient que, bàsicament, pot ser de dues tipologies:

- Dones que segueixen els seus controls periòdics en la seva mateixa unitat, existint ja una relació prèvia dona/ metge/infermera.

- Primeres visites voluntàries, derivades d'altres serveis o altres centres hospitalaris.

IMPACTE DEL DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT

Detecció del càncer de mama:

- Controls habituals.
- Pacients que vénen per primer cop a la consulta i estan assabentades d'una possible patologia.
- Quan vénen sense tenir citació prèvia a la consulta i necessiten ser ateses amb urgència.

El primer contacte és amb la infermera i aquesta assumeix un paper bàsic.

Què podem fer? Què esperen les dones?

Proporcionar la visita mèdica el més aviat possible per tal d'evitar inquietuds. I, en el cas de ser evident una lesió de sospita, la infermera ha de:

Gestionar, coordinar les citacions de les diferents proves complementaries per tenir un ràpid diagnòstic (circuit ràpid) per tal de poder iniciar més aviat el procés assistencial de la pacient.

El metge que actualment tracta a la dona és el més indicat per parlar amb ella sobre la possibilitat de recuperació de la malaltia i la possible reconstrucció.

L'impacte del diagnòstic del càncer de mama ocasiona:

- Shock psicològic.
- Impacte emocional.

- Ansietat i afrontament de la possibilitat de la mort.
- Por al desconeixement.
- Por a que el tractament no sigui efectiu.
- Recaigudes, metàstasi.
- Preocupació familiar (fills i parella).

Durant tot el procés, abans i després de la intervenció quirúrgica, la tasca de la infermera és proporcionar una atenció personalitzada reforçant tota la informació verbal i escrita rebuda pel metge, evitant així la por que prové del desconeixement.

La infermera ha de mantenir una actitud positiva i uns valors de respecte a la confidencialitat i privacitat donant continuïtat d'atenció per garantir les seves necessitats.

L'objectiu és ajudar a mantenir la salut, contribuir a la recuperació i proporcionar qualitat de vida. Transmetre sentiments, donar la mà, potser una abraçada... és el que fa que aquesta comunicació sigui més efectiva. És molt important escoltar els dubtes amb empatia i fer que la pacient es senti lliure de preguntar tot el que desitja saber, què és el que li preocupa. És molt gratificant poder tenir un clima de privacitat i tranquil·litat on pugui sentir-se còmoda per expressar-se i preguntar sense interrupcions. Hem d'aconseguir que la pregunta "perquè a mi?" es transformi en "perquè no a mi?"

REPERCUSSIONS PSICOLÒGIQUES EN L'ÀREA SOCIAL I LABORAL

Per altra banda aquesta malaltia afecta a una part del cos femení que pot convertir-se en una font de malestar psicològic, ja que la dona pateix uns canvis físics que són molt difícils d'assumir: com la caiguda de cabell, o les amputacions. Tot això s'agreuja en un context on la societat "idealitza la bellesa".

Hem de proporcionar els mitjans necessaris per a què el seu aspecte personal, després de la intervenció i durant el tractament, sigui el menys traumàtic possible. Hem de donar informació sobre portar perruques (caiguda de cabell per la quimioteràpia), pròtesi de mama (mastectomia), en el nostre hospital es proporciona una pròtesi provisional per tal que el seu aspecte sigui millor en el moment de l'alta hospitalària. Donar educació, consells i exercicis per evitar el limfedema (en les limfadenectomies) amb les seves limitacions i poder adaptar-se a els canvis de la vida quotidiana del dia a dia millorant el tractament i els seus efectes secundaris, augmentant l'autoestima i l'autoconfiança.

Les repercussions de la mastectomia comporten en molts casos:

- Rebuig a ella mateixa.
- No voler mirar-se al mirall.

Quan detectem que hi ha :

- Pèrdua d'interès per quasi totes les seves activitats diàries.

- Tristesa, tendència a l'ansietat, angoixa, labilitat emocional, situacions de bloqueig... és el moment d'animar-les a buscar ajuda professional a través del psicooncòleg pel seu benestar; encara que tampoc és necessari esperar a detectar problemes, fóra interessant preguntar-li si vol ajuda professional.

Amb el temps, la relació entre la pacient/metge/infermera, comporta confiança i proximitat. Aquest recolzament emocional durant el procés, sentir-se que no està sola enfront la malaltia, la capacitat d'escoltar i l'empatia per part del personal sanitari, l'ajudarà a superar i tenir més seguretat en els moments d'angoixa.

Una vegada superat el procés, cal anar espaiant les visites a l'hospital i poden ser freqüents les trucades telefòniques a l'equip mèdic/infermera, fins i tot trucades amb la intenció d'aconseguir una mica més de seguretat i seguir sentint-se vinculada a l'hospital; per això és important dir: "Estem aquí! Estem al teu costat! T'ajudarem! No estàs sola! Si tens dubtes TRUCA'NS!" Tot això transmet una certa tranquil·litat.

OBJECTIUS

- Facilitar el procés de diagnòstic i tractament.
- Suport emocional.
- Millorar la qualitat de vida de la dona en tots els aspectes.

CONCLUSIÓ

La integració del personal d'infermeria i altres professionals en les unitats de mama, dins d'un equip multidisciplinari, ha aconseguit una recuperació més efectiva de les pacients i una gestió més ràpida i integral mitjançant la coordinació i comunicació.

AGRAÏMENTS

Dono les gràcies al departament de Psiquiatria Dr. Seguí i a infermeria per donar-me l'oportunitat d'expressar el que crec molt important en una malaltia que malauradament cada dia pateixen més dones.

BIBLIOGRAFIA

Florez JA. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Ergon, 1997.

Sebastian Herráiz J, Bueno Casas MJ, Mateos de la Calle N. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Madrid: Instituto de la Mujer, 2002. ●

La importancia del apoyo psicológico en el paciente oncológico

Marga Centelles, Ignasi Machengs, Kenny Villadiego

Servicio de Oncología. Hospital Universitario Sagrat Cor.

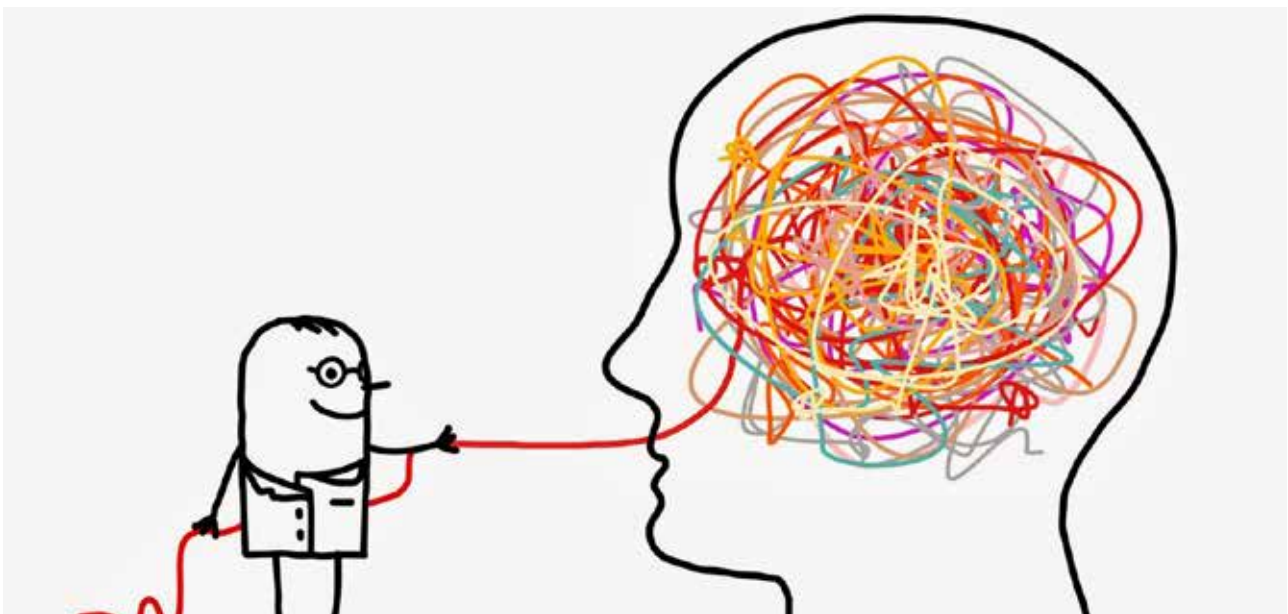
El paciente oncológico vive momentos realmente estresantes durante todo el transcurso de la enfermedad, empezando ya antes del diagnóstico, ante la sola sospecha de poder tener un cáncer, la confirmación de que lo tiene, los tratamientos que va a requerir su enfermedad, cómo soportará estos tratamientos, cómo afectarán su vida social, laboral, la relación con los demás. Muchas veces el paciente soporta peor la alteración de su vida habitual que la gravedad de la enfermedad.

Aunque hayamos conseguido curar la enfermedad, o cronificarla, en muchas ocasiones, la calidad de vida del paciente va a depender fundamentalmente de su estado anímico.

Incluso una vez finalizado el tratamiento, cuando consideramos que está libre de enfermedad, vemos que el miedo a la recaída puede llegar a provocar un estado de ansiedad o pánico que le dificulta disfrutar la vida.

Otra situación aún más compleja son los momentos finales de la enfermedad, enfrentarse a la muerte es siempre difícil, difícil de aceptar, miedo al sufrimiento físico e incluso preocupación y pena por los seres queridos que dejamos.

Por todo ello, el apoyo psicológico del paciente oncológico, creemos que es tan importante como el mejor tratamiento antitumoral y forma parte ya de nuestro arsenal terapéutico. ●



Cercar l'ajuda de la psicooncologia

Santi Barba

Servei de Cirurgia.

El pacient que pateix càncer, pateix en major o menor grau algun tipus de disfunció o trastorn psicològic, en molts casos abans de conèixer el diagnòstic i de forma brusca i accentuada en el moment de rebre el diagnòstic. Els successius tractaments i l'evolució de la malaltia són nous impactes a l'esfera psicològica del pacient.

Són pocs els nostres pacients oncològics que reben suport psicològic/psiquiàtric, malgrat que - com les xifres que ens aporta l'article ens ho fan palès - un nombre important presenten diversos graus i formes de malestar emocional o trastorn psicopatològic.

Pels professionals que tractem pacients amb càncer, l'interès per donar el millor tractament als nostres pacients ha de començar des del procés diagnòstic i no s'ha de limi-

tar a aportar els millors recursos tècnics i científics. El procés d'informació i comunicació del diagnòstic és clau per conduir i acompanyar el pacient a prendre decisions i facilitar l'adaptació necessària a l'impacte físic i psicològic del diagnòstic. És el moment d'explorar les emocions del pacient, d'aproximar-nos als seus valors, de garantir que vetllarem pel seu patiment, facilitant la comunicació, cercant d'evitar el bloqueig o tancament del pacient.

Sense deixar d'oferir els nostres millors recursos terapèutics, tenim el repte de fer el primer acompanyament i l'avaluació del pacient per tal de reconèixer les situacions disfuncionals i cercar l'ajuda de la psicooncologia. Davant del patiment psicològic no podem mirar cap una altra banda i deixar tot el suport en mans de la família i l'entorn. ●

No ha lugar al divorcio

Eduardo Irache

Si el cuerpo y el alma se aman toda una vida, si se admiran, se soportan, si son cómplices en sus devaneos: eso es salud. Si es así como conviven, y no debe de ser fácil, sobramos los psiquiatras. Ni que decir tiene que entre alma y cuerpo, no cabe el divorcio.

En el siglo I, el poeta Juvenal lanzó lo que ahora sería un eslogan: "Mens sana in corpore sano". Estaba en el contexto de una sátira, para criticar la preeminencia que se daba por entonces a la inteligencia y el saber, sobre la salud del cuerpo. Ya anunciaba que de poco servía un cuerpo sin una mente sana, o una mente sin cuerpo sano. Premoniciones sabias de poeta.

Sin embargo, con frecuencia, se ha caído en extremos. Glorificar la mente, el alma, ignorando o castigando el cuerpo, la concupiscencia: "Esta cárcel y estos hierros en que el alma está metida", decía Santa Teresa, siguiendo la estela de Platón. O bien, vivir esclavo del cuerpo, siguiendo la estela de Narciso, hasta límites que todos vivimos y conocemos. Bellas y bellos sin seso.

Sabemos que sin salud no hay alegría y que la enfermedad entristece. Que el amor rejuvenece y le da marcha al cuerpo. Bueno, pues eso es la psicosomática y eso es la psicooncología: el feedback mente-cuerpo. No parece difícil. Hay teorías de que incluso el cáncer, con buen humor, evoluciona mejor. Pero hace falta mucho humor para tener buen humor con un cáncer adentro.

El objetivo profesional que he mantenido siempre, ha sido el de trabajar con mis compañeros médicos y con enfermería, en contacto diario, con cercanía física, escuchan-

do, hablando, discutiendo. Cuando recibía una interconsulta, procuraba ponerme en contacto con el compañero médico, para discutir la jugada. Cuando llegaba a plantas, siempre hablaba con la enfermera, antes de la visita, para que me diera su impresión. Qué malo me sabía que las cambiasen de sector de la planta y me dijeran, "es que es el primer día que llevo a este paciente". Trataba de trabajar en la misma trinchera, hombro con hombro, en aras a conseguir el máximo de salud física, psíquica y social para nuestros pacientes comunes. Es la mejor manera de entender la medicina, la cirugía y la salud mental.

Los muchos médicos residentes y los psicólogos que han pasado por mi vida profesional, se han empapado de esta forma de trabajar la profesión. Así los médicos van perdiendo el prejuicio de derivar pacientes al psiquiatra o al psicólogo y se atreven a hablar con el paciente. De la misma forma, los psiquiatras y psicólogos pueden ir perdiendo el temor a acercarse al cuerpo, al sufrimiento de la enfermedad física, a las tripas de la medicina.

Con el internista Doctor Puigdollers, con el ginecólogo Doctor Rodríguez Soriano, el sinólogo Profesor Estapé del Clinic y el catedrático de Psiquiatría Dr. Ballús como director, elaboré mi tesis doctoral: "Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la mastectomía en el cáncer de mama".

No sé si me he expresado. Quería decir que la atención sanitaria al enfermo de cáncer comienza por estar a su lado, mirarlo, escucharlo, responder a sus preguntas con prudencia. Siempre he insistido en este particular, porque me preguntan "¿qué puedo hacer por él?" Casi nunca se valora que lo im-

portante es estar al lado, no pasar de largo de su habitación o hacer “visitas de médico”. La soledad, la falta de compañía en el enfermo grave, es aterradora. Y yo insisto, porque estar junto al el enfermo de cáncer es difícil, pero es indispensable. Es muy duro compartir su ansiedad, sus miedos, su deterioro físico, ya no es él, soportar la impotencia del no poder curar en las últimas fases. Después vendrán las estrategias psicológicas y psiquiátricas, si la situación se pone grave psicológicamente. Pero con quien quiere estar el enfermo de cáncer,

sobre todo y siempre, es junto a sus más allegados y con sus médicos de confianza: el de cabecera y su oncólogo. Los “psico” tenemos que estar al lado, cerca, para asesorar o actuar si el proceso psicológico se agrava y si nos piden ayuda.

Si tuviera que enumerar a los compañeros médicos, enfermeras y pacientes que me han ayudado a hacer lo que he hecho y las reflexiones que habéis leído, me ganaría la reprimenda de Jordi y María José. La lista sería para llenar un número monográfico. Y no es cuestión de enfadar a nadie. ●

Bienvenida la psicooncología al Hospital

Ana Lozano.

Médico internista.

En referencia a la incorporación del psicooncólogo al tratamiento del paciente con cáncer en nuestro hospital, en mi opinión, aporta un gran valor al manejo integral de una enfermedad tan trascendental para nuestros pacientes como es el cáncer.

En muchas ocasiones, el primer profesional en contactar con el paciente con cáncer es el internista que ante una sintomatología variada, sospecha tan temido diagnóstico para nuestros pacientes y, una vez confirmado, empiezan a intervenir otros profesionales como cirujanos, oncólogos, radioterapeutas etc. Y ahora un especialista que va a ayudar al paciente a encarar el diagnóstico y sus tratamientos con la máxima entereza y confianza posible.

Sería bueno que aunque a todos nosotros nos parezca estar suficientemente preparados para dar malas noticias, ya que desgraciadamente llevamos muchos años haciéndolo, el psicooncólogo, como parte del equipo multidisciplinar

que va a tratar al paciente a quien se le ha diagnosticado un cáncer nos dé a nosotros también, a los médicos internistas que intervenimos en muchas ocasiones inicialmente en el proceso de la enfermedad, las herramientas adecuadas para transmitir esperanza a nuestros pacientes y disminuir toda la sintomatología psico-emocional descrita.

Actualmente dada la complejidad de los diferentes tipos de cáncer y a las posibilidades terapéuticas que hay, -como ocurre con otras muchas enfermedades de manejo multidisciplinar-, el referido abordaje por diferentes disciplinas da un gran beneficio a los pacientes, pero también podemos y debemos, las diferentes disciplinas y profesionales que intervenimos, enriquecernos de los conocimientos y experiencias de nuestros compañeros y con ello mejorar nuestra trato/tratamiento al paciente.

Todo aquello que vaya dirigido a mejorar la terapéutica, confort, bienestar del paciente oncológico es bueno y por tanto sea bienvenida la psicooncología al hospital. ●



Nota clínica

Addicció als corticosteroides tòpics en pacient amb dermatitis atòpica

Adicción a los corticosteroides tópicos en paciente con dermatitis atópica

Topical corticosteroids addition in a patient with atopic dermatitis.

Núria Calvo Balcells

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.

PUNTS CLAU

L'ús incorrecte dels corticosteroides comporta problemes a ambdós extrems de l'espectre, ja que pot causar tant addicció com fòbia.

L'addicció comporta distrès psicològic i el fenomen remet a l'aturar l'administració del fàrmac.

Encara que els corticosteroides més potents són potencialment més perillosos per causar addicció, inclús els anomenats segurs, més lleus, no està completament exempt de riscos en els tractaments a llarg termini.

KEY POINTS

Topical corticosteroids misuse leads to problems that lie at opposite ends of a spectrum causing both addiction and phobia.

Addiction results in psychological distress and rebound phenomenon on stoppage of the drug.

Although the more potent topical corticosteroids are the molecules which have a greater potential for causing TCA, even the long-term use of the milder so-called safe ones are not completely without risks.

Paraules clau: Corticosteroides; dermatitis atòpica; insuficiència suprarenal.

Key words: Corticosteroids; dermatitis, atopic; adrenal insufficiency

Rebut: 14- juliol -2014

Acceptat: 2- setembre-2014

Correspondència: nuriacalvobalcells@hotmail.com

INTRODUCCIÓ

La dermatitis atòpica és una malaltia crònica inflamatòria de la pell caracteritzada per un intens pruit i aparició d'èczema i liquenificació per rascat de la zona afectada. La seva causa és multifactorial i resulta de la interacció de diversos factors genètics, ambientals i immunològics. El seu tractament habitual sol basar-se en l'ús d'emol·lients i

en l'educació del pacient, però en processos severes es sol tractar amb antibiòtics, corticosteroides (tòpics, injectats i orals) i altres immunosupressors com la ciclosporina i el tacrolimus.

A continuació es presenta un cas clínic en què es qüestiona la utilitat del tractament clàssic d'aquesta malaltia, especialment en malalts crònics als quals freqüentment se'ls administra dosis majors i més potents de corticosteroides que no aconsegueixen millorar la condició clínica del pacient.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 32 anys, amb antecedents d'al·lèrgia alimentària als fruits secs, sense antecedents tòxics ni d'asma, i diagnosticada als 10 anys de dermatitis atòpica en tractament dels brots mitjançant tacrolimus i betametasona tòpica.

Acudeix al dermatòleg per presentar, des d'una setmana abans, un notable empitjorament de la pell amb aparició d'eritema, pruit i intensa descamació en pit, braços i coll. Refereix que l'inici de la simptomatologia coincideix amb el dia en què se li va acabar la pomada de betametasona 0,1% tòpica (2 aplicacions/dia en època de brots de dermatitis) que havia estat utilitzant intermitentment durant 2 anys. D'acord al procés, el metge prescriu prednisona oral amb retirada lenta i gradual. Dos dies després d'haver complert la pauta indicada, la pacient torna a acudir al dermatòleg a causa d'augment bruscat en l'extensió de l'eritema i descamació, que s'estén a zona periorbitària i perioral, coll i part del tronc i extremitats superiors i inferiors. S'acompanya d'exsudat i d'edema bilateral a les extremitats inferiors.

En l'exploració física destaca, a més a més, normalitat de les constants vitals i una adenopatia inguinal dreta. La resta de l'exploració de cap, coll, tòrax, abdomen i sistema nerviós és normal. Dintre de les proves complementàries destaca leucocitosis ($11,1 \times 10^9/L$) amb augment dels d'eosinòfils (11,2%) i disminució dels (21,6%), augment de colesterol (6 mmol/L), marcadors tumorals correctes i cortisol basal baix (5 µg/dL, amb nivells de referència 7-25 µg/dL).

Se li proposa tractament amb ciclosporina que la pacient rebutja a causa dels possibles efectes secundaris.

Es prescriuen antihistamítics i suplementes vitamínics, es recomana eliminar possibles al·lèrgens ambientals i alimentaris i seguir controls periòdics en els serveis d'endocrinologia i dermatologia del centre. Durant els 3 mesos següents, hi ha astènia, insomni, pèrdua de pèl del cuir cabellut i del terç inferior de les cèlles i persistència del brot de dermatitis atòpica en coll, tronc i parcialment en les extremitats, però amb disminució de l'exsudació i de l'edema en les extremitats inferiors. A partir del tercer mes, la pacient comença a notar una millora clínica i als 4 mesos hi ha superació dels nivells de cortisol basals (12 µg/dL). La visita mèdica als 7 mesos mostra recuperació física completa i valors de leucòcits normals, petit aug-

ment del percentatge d'eosinòfils (4,7%), nivells de colesterol i cortisol basal normals (20 µg/dL).



DISCUSSIÓ

Els corticosteroides suposen el principal esglaó en el tractament de moltes malalties dermatològiques de causa no infecciosa gràcies a la seva acció antiinflamatòria, immunosupressora, antiproliferativa i vasoconstrictora. Si se'n fa un ús correcte, són medicaments segurs i efectius, però sense una supervisió mèdica adequada poden provocar efectes secundaris greus.

Els efectes secundaris més freqüents són, a nivell local, l'atròfia de la pell, l'aparició d'acne, la rosàcia, la dermatitis perioral i la dermatitis de contacte al·lèrgica, mentre que a nivell sistèmic destaquen el glaucoma, la supressió de l'eix hipotalàmic-hipofisiari-suprarenal (eix HHS) i la hiperglucèmia(1). La seva absorció percutània és molt variable segons la regió corporal on s'apliquin, i els efectes sistèmics un cop absorbits depenen de la quantitat i potència del corticosteroide utilitzat, així com l'extensió de pell sobre la qual s'apliquin i la durada del tractament.

En el present cas, l'ús prolongat d'un corticosteroide d'alta potència com la betametasona en regions on la pell era fina i lleugerament atrofiada, havia facilitat l'absorció sistèmica del fàrmac. Els nivells permanentment alts de corticosteroides exògens en sang havien facilitat la supressió de l'eix HHS, la qual cosa havia derivat a insuficiència suprarenal secundària amb baixa producció de corticosteroides endògens. Aquest fet, sumat a que a nivell farmacodinàmic la pell i els vasos subjacents requerien dosis cada vegada més altes de corticosteroides tòpics (2,3), expliquen l'etiopatogènia i fisiopatologia del quadre clínic de la pacient que apareix en retirar els corticosteroides tòpics i els orals.

La fi de la teràpia corticoide en la pacient i la manca de producció endògena de suficients corticosteroides, havien provocat una exacerbació de la vasodilatació, de

la permeabilitat vascular i de les reaccions inflamatòries mediatades per IgE típiques de la dermatitis atòpica, provocant així una clínica d'eritema, edema, exsudació i pruit. La pèrdua de cabell, l'insomni i l'astènia de la pacient s'expliquen també per un desajustament hormonal dels nivells de corticosteroides en sang a causa de la insuficiència suprarenal.

Com a conclusió, podem dir que malgrat per a molts pacients, l'ús intermitent de corticosteroides sigui molt eficaç i relativament econòmic, quan la malaltia inflamatòria romangui o afecti zones especialment sensibles, l'ús de corticosteroides potents no és desitjable.

BIBLIOGRAFIA

1. Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:1-15.
2. Rapaport MJ, Lebwohl M. Corticosteroid addiction and withdrawal in the atopic: the red burning skin syndrome. *Clin Dermatol.* 2003;21:201-14.
3. Kligman AM, Frosch PJ. Steroid Addiction. *Int J Dermatol.* 1979;18:23-31. ●



Caso clínico

A propósito de un caso de Neurofibromatosis tipo I

A propòsit d'un cas de neurofibromatosi tipus I

Report of a clinical case of neurofibromatosis type I

Alicia Ruiz Pontes

Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. Medicina Interna, Hospital Sagrat Cor.

CONCEPTOS CLAVE

Se caracteriza por la aparición de manchas "café con leche" y afectación en el sistema nervioso periférico (Gliomas ópticos).

El diagnóstico requiere la presencia de, al menos, 2 sobre 7 criterios.

Actualmente no hay cura, solo tratamientos paliativos. Se recomienda el seguimiento de los afectados para tratar posibles complicaciones.

En ocasiones se recurre a la cirugía para extirpar tumores que comprimen órganos u otras estructuras.

KEY POINTS

It is characterized by the development of "café-au-lait" spots and involvement of the peripheral nervous system (optical glioma).

Clinical diagnosis requires the presence of at least 2 of 7 criteria.

Actually there is no cure, just palliative care. Patients should be routinely monitored for complications.

Surgery can be used to remove tumours that press on vital structures.

Palabras clave: Neurofibromatosis 1; enfermedades raras; neurofibromatosis periférica; genes de neurofibromatosis 1.

Key words: Neurofibromatosis 1; rare diseases; peripheral neurofibromatosis; genes, neurofibromatosis 1.

Recibido: 14- septiembre -2014

Aceptado: 1- octubre-2014

Correspondencia: aruizpontes@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades “raras” constituyen un interesante capítulo de la Medicina, ya que subyace el principio de que no se puede diagnosticar aquello que no se conoce. Una enfermedad se considera rara si afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes [1].

Presentamos el caso de un varón con neurofibromatosis, trastorno genético del sistema nervioso que afecta al crecimiento y desarrollo de las células neurales (nerviosas), que puede ocasionar tumores en los nervios, cambios en la piel y deformidades en los huesos. La neurofibromatosis cumple con el criterio de ser enfermedad rara al afectar a 1 de cada 3.000 habitantes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 63 años que acude a nuestro hospital por disminución del nivel de conciencia y del tono muscular, deposiciones diarreicas y síntomas de infección respiratoria. Antecedentes de meningitis tuberculosa, sepsis urinaria, shock séptico por *E. coli*, prostatismo, tromboembolismo pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión pulmonar severa, anticuerpos para el virus de la hepatitis C e insuficiencia venosa crónica con úlceras crónicas.

En la exploración física destacan incontables neurofibromas (Figura 1), sobre todo en el tórax. No se observan otras anomalías relacionadas con la neurofibromatosis (manchas de café con leche ni arqueamiento de huesos largos). No obstante, el paciente refiere tener un familiar directo -madre- que presenta múltiples neurofibromas. Al presentar dos de los criterios diagnósticos se confirma una neurofibromatosis de tipo I (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La neurofibromatosis de tipo I, o enfermedad de Von Recklinghausen, aparece por una mutación de un gen de más de 300Kb en el cromosoma 17, banda q11.2. En condiciones normales este gen codifica la neurofibromina, una proteína supresora de tumores [2].

Tiene un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia completa. Por lo tanto, cada hijo de un paciente con neurofibromatosis I tiene un 50% de probabilidades de padecerla. También puede aparecer por mutaciones *de novo*, riesgo que aumenta con la edad paterna avanzada. Debido al gran tamaño del gen implicado hay muchas mutaciones posibles que pueden dar lugar a fenotipos de neurofibromatosis muy variables, incluso dentro de una misma familia [2].

Diagnóstico diferencial:

En base a la presentación clínica, debe plantearse con:

- Neurofibromatosis tipo II: Neuromas acústicos, sordera, catarata posterior capsular, retinopatía pigmentaria, gliomas retinales, schwannomas.
- Síndrome de Proteus: Hemangiomas, lipomas, linfangiomas, varicosidades, hemihipertrofia, macrodactilia, macrocefalia, lesiones giriformes del pie.
- Síndrome de McCune-Albright: Pigmentaciones irregulares de la piel, múltiples áreas de displasia fibrosa, pubertad precoz y otras anomalías endocrinas.
- Displasia endocrina múltiple tipo B2 (MENB2): neurinomas múltiples de mucosas, anomalías musculoesqueléticas, feocromocitomas...etc.

Seguimiento y tratamiento:

Hay estudios que describen una disminución de la esperanza de vida en los pacientes con neurofibromatosis. Esta enfermedad incrementa de 1,2 a 6 veces el riesgo de desarrollar tumores malignos (predominantemente fibrosarcomas) y de 2,3 a 3 veces enfermedades vasculares, sobretudo antes de los 30 años [3].

Por lo tanto, el diagnóstico temprano y la vigilancia clínica pueden mejorar el pronóstico; se deben realizar revisiones periódicas del paciente para valorar nuevas lesiones, el estado de la visión, la audición, la presión arterial, el desarrollo psicomotor y anomalías esqueléticas.

Los estudios genéticos de esta enfermedad se recomiendan en periodo prenatal o en recién nacidos, y pueden ser útiles para establecer consejo genético.

Tabla 1.

DIAGNÓSTICO [2]	
1	6 o más manchas de café con leche, iguales o mayores de 5mm en pacientes prepúberes y de 15mm en pacientes postpúberes.
2	2 o más neurofibromas de cualquier tipo, o uno plexiforme.
3	Presencia de pecas en axilas o ingles.
4	Glioma del nervio óptico.
5	2 o más nódulos de Lisch (hamartomas del iris).
6	Displasia del esfenoides o adelgazamiento de la cortical de los huesos largos con o sin pseudoartrosis.
7	Un familiar de primer grado afecto (padre, hermano o hijo).

Clínicamente, un paciente debe reunir al menos 2 de estos 7 criterios para ser diagnosticado de neurofibromatosis I [2]. Mediante estos criterios se puede diagnosticar al 95% de los niños afectados a los 6 años [4].

Tabla 2.

COMPLICACIONES DE LA NEUROFIBROMATOSIS [2]	
Sistema	Complicaciones
Sistema Nervioso Central	Trastornos de aprendizaje, macrocefalia, convulsiones, déficits neurológicos secundarios a tumores, compresión medular.
Sistema Nervioso Periférico	Neuropatía. Tumores de nervios periféricos.
Cutáneos	Cosméticos, prurito.
Cardiovascular	Hipertensión, estenosis de arteria renal, estenosis aórtica.
Gastrointestinal	Sangrado u obstrucción debido a neurofibromas, estreñimiento.
Endocrino	Talla corta, trastorno neuroendocrino por tumores hipotalámicos, pubertad anormal, feocromocitoma.
Ortopédico	Displasia de alas del esfenoides, escoliosis, arqueamiento congénito o pseudoartrosis, quistes óseos, hipercrecimiento óseo.
Visión	Malformaciones orbitales, glioma óptico, hamartoma del iris.

Figura 1.



BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Enfermedades Raras [Internet]. Madrid: FEDER; c2003 [citado 27 julio 2014]. Consulta en: <http://www.enfermedades-raras.org>
2. Guillén Navarro E, Ballesta Martínez MJ, Galán Gómez E. Protocolo de seguimiento de la neurofibromatosis tipo 1. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2010; 1:44-50.
3. Sonja AR, Yang Q, Friedman JM. Mortality in Neurofibromatosis 1: An Analysis Using U.S. Death Certificates. *Am J Human Genet*. 2001; 68(5): 1110-18.

4. Lammert M, Friedman JM, Kluwe L, Mautner VF. Prevalence of Neurofibromatosis 1 in German Children at Elementary School Enrollment. *Arch Dermatol*. 2005; 141(1): 71-74. ●

AGENDA

23 d'abril

SESSIÓ GENERAL

Presentació dels protocols d'analgèsia en el període postoperatori.

Presentació	Dra. Noemí Pou
Moderador	Dr. Vicente De Sanctis
Ponents	Dra. Nuria Sierra Dra. Isabel Belda.

Lloc : SALA D'ACTES - Capella (1a Planta d'Hospital)
 Dia : Dimecres, 23 d'abril de 2015
 Hora : 18:15 hores

13 de maig

Actualització en el Maneig de les Hepatitis Víriques

13 de
maig de
2015

Aula Clínic

Cas clínic

Bacterièmia per *Staphylococcus aureus* resistent a Meticil·lina (MRSA)

Bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina (SARM)

Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bacteremia

Adrià Julià Garcia

Departament de medicina interna del Consorci Sanitari del Maresme.

PUNTS CLAU

La bacterièmia per *Staphylococcus aureus* és un problema mèdic urgent degut a la seva freqüència, cada cop més gran i al mal pronòstic associat.

El maneig inicial de pacients amb sospita d'infecció resistent als fàrmacs inclou l'avaluació de la malaltia subjacent, la gravetat i duració de la febre, la presència de factors predisposats a les infeccions addicionals i la gravetat de la presentació clínica.

KEY POINTS

Staphylococcus aureus bacteremia is an urgent medical problem due to its growing frequency and its poor associated outcome.

The initial approach to patients with a suspected drug-resistant infection includes the evaluation of underlying disease, the severity and the duration of the fever, the presence of additional predisposing factors to infections, and the severity of clinical presentation.

Paraules clau: Bacterièmia; *Staphylococcus aureus* resistent a meticil·lina; febre; higiene; desinfecció.

Key words: Bacteremia; Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*; fever; hygiene; disinfection.

Rebut: 25 – agost - 2014

Acceptat: 2 – setembre - 2014

Correspondència: jadr93@hotmail.com

INTRODUCCIÓ

L'*Staphylococcus aureus* és un bacteri gram positiu molt comú, el qual es troba colonitzant la pell, les foses nasals i el coll de la majoria de la població de forma asimptomàtica. Però si supera aquesta barrera pot ser mortal, afectant el torrent sanguini, els pulmons, l'os, les articulacions i el cor (endocarditis).

Una soca, relativament freqüent, d'aquest bacteri és

resistent als antibiòtics betalactàmics, grup que inclou les penicil·lines (meticil·lina) i les cefalosporines. Aquesta soca, s'anomena MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) i és resistent a la majoria d'antibiòtics, pel que el seu tractament és més complex.

Aquesta resistència, pot ser adquirida a través de mutacions. L'abús d'antibiòtics també afavoreix la prevalença de les espècies resistents ja que els antibiòtics són poc específics i poden destruir la flora bacteriana pròpia, permetent el creixement i colonització dels bacteris que no es veuen afectats pel fàrmac(1).

Per evitar el continu desenvolupament de nous antibiòtics i controlar la prevalença de les infeccions resistents, com el MRSA, són necessàries unes mesures especials amb els pacients i les zones de risc, com podria ser un hospital(1-2).

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 78 anys que consulta per febre. Pacient prèviament bé que des de fa 4 dies presenta sensació distèrmica i tremolors de predomini vespertí amb diversos episodis de febre termometrada fins a 39.5°C. Explica disúria al començament de la simptomatologia i una caiguda fa 2 dies degut a debilitat generalitzada i mareigs.

No té al·lèrgies conegudes, no fuma ni beu alcohol. Viu en una residència des de fa tres anys, és autònoma per activitats de la vida diària amb alguna ajuda per dutxar-se. Sense incontinències ni deteriorament cognitiu. Suport de la filla. Sense cap antecedent familiar rellevant.

ANTECEDENTS PATOLÒGICS

Tuberculosi pulmonar (TBC) als 15 anys, histerectomia als 45 anys per neoplàsia maligne, mastectomia dreta i limfadenectomia, al 1993, colectomia subtotal, l'octubre 2000, portadora de marcapàs bicameral, maig del 2009, per síndrome braditaquicàrdia amb fibril·lació amb lleuger infart de miocardi i una fracció d'ejecció del 60%, esplenectomia quan la pacient tenia 63 anys, malaltia pulmonar intersticial diagnosticada el 2011, actualment segueix els controls a pneumologia. També presenta seqüeles postTBC i hiperreactivitat bronquial.

El tractament habitual: tryptizol 25mg (1-0-1), tanakene 40mg (1-0-0), symbicort 80/4.5microg (1-0-0), sintrom segons pauta hematologia, prednisona 5mg 1 cada 48 hores, paracetamol 1g (1-1-1), omeprazol 20mg (1-0-0), lormetazepam 2mg (0-0-1), lipemol 40mg (1-0-0), lexatin 1.5mg (1-0-0), furosemida (1.5-0-0), duphalac 10g si precisa, diltiazem 60mg (1-0-1), citalopram 10mg (1-0-0), acetilcisteïna 600mg (1-0-1).

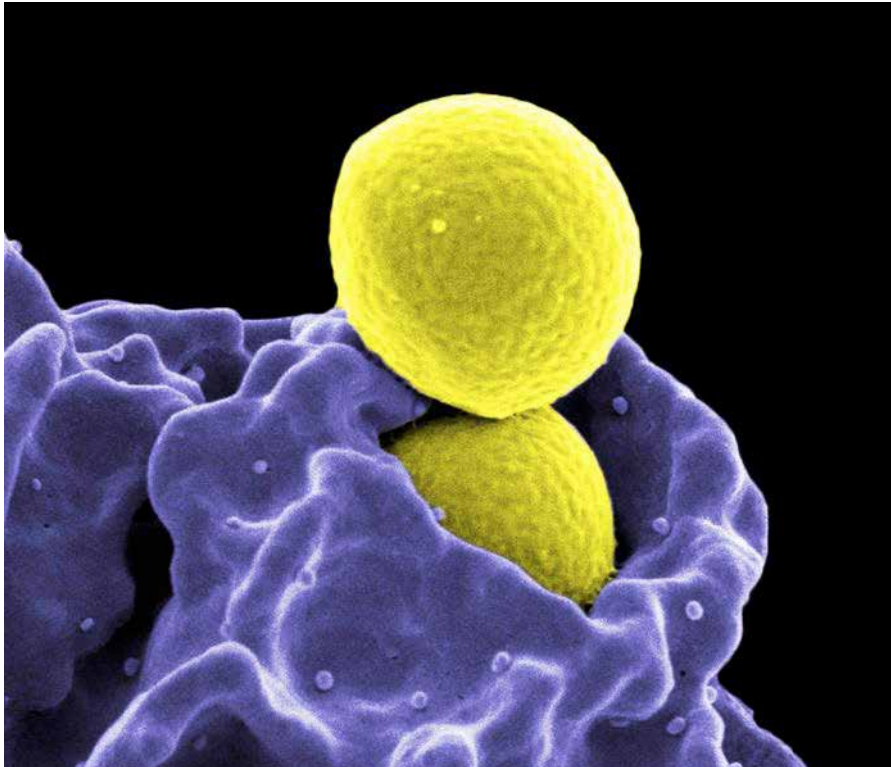
EXPLORACIÓ FÍSICA

PA: 116/66mmHg, FC: 82x', FR: 16x', Sat. O2: 92%, T^a axil·lar: 38.5°C

General: normohidratada, normocolorada.

Exploració cardíaca: tons cardíacs rítmics, sense bufs, polsos presents i simètrics, sense edemes.

Exploració respiratòria: murmuri vesicular conservat amb crepitants de desplegament a les bases, vibració conservada, cifosi.



Exploració abdominal: abdomen tou i depressible, no dolorós, peristaltisme conservat.

Exploració neurològica: conscient i orientada en persona, lloc i temps, sense afàsies ni disàrtries, parells cranials conservats. Reflexes osteotendinosos presents i simètrics.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Anàlítica: Glucosa sèrum 99mg/dl, urea 19mg/dl, Creatinina sèrum 0.6mg/dL Na⁺ 129mmol/l, K⁺ 3.8mmol/l, Cl⁻ 101 mmol/l, CK 643 mg/dL, GPT 62 u/L, PCR 22 mg/L, Hb 13g/dl, leucòcits 12680, plaquetes 191000.

EAB/Gasometria: pH 7.5 U, pO₂ 60mmHg, pCO₂ 32mmHg.

Sediment urinari: Abundants leucòcits sense microorganismes. Leucòcits 13.680 u/L (Neutròfils 88.5 % Limfòcits 3 %) Plaquetes 228.000 u/L.

Radiografia de tòrax: Es veuen els dos àpexs dels pulmons lliures (pseudocavernes), els dos hils són normals (diferent nivell i amb formes característiques), botó aòrtic, a. pulmonar, VE i AD normals (silueta cardíaca normal). Pinçament del si costofrènic dret secundari a adherències pleurals i el diafragma dret és lleugerament més alt que l'esquerra. Es veu la cambra gàstrica (pacient en bipedestació) i les estructures òssies estan conservades (els arcs costals horitzontals són posteriors i els verticals anteriors; el pacient està en màxima inspiració). Tràquea i densitat del parènquima pulmonar normals.

TAC: cranial sense lesions agudes.

ECG: ritme de marcapàs bloqueig de branca esquerra del feix de His.

COMENTARI I ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

Degut a l'elevada febre i l'edat és ingressada i se li realitzen anàlisis rutinàries. El laboratori avisa que els 4 hemocultius realitzats són positius per cocs gram positius amb disposició d'estafilococ. Es sol·liciten 4 hemocultius més i s'inicia cobertura amb vancomicina. L'endemà es confirma una bacterièmia per MRSA pel que es trasllada la pacient a una habitació adient i es valora ecocardiograma per descartar endocarditis.

El probable inici és una lleu infecció del tracte urinari, ja que la pacient explica disúria un parell de dies abans de la febre, que ha causat una bacterièmia, pel que la pacient té distèmia, tremolors, febre i abundants leucòcits.

S'informa a la pacient de la situació, comunicant-li que el tractament probablement durarà 6 setmanes, durant les quals haurà d'estar ingressada.

DISCUSSIÓ

Els pacients amb infeccions resistents, com els MRSA, cal que siguin tractats amb unes consideracions especials. La primera mesura és realitzar controls de screening(3). Aquest diagnòstic es realitza mitjançant proves microbiològiques al laboratori. Actualment es cultiva el bacteri a partir de mostres

de sang, orina, esput o altres fluids corporals que es puguin obtenir en quantitats suficients per realitzar un test de confirmació, els quals tarden un parell de dies. Fins que s'obtenen els resultats del laboratori, s'inicia el tractament de la infecció basant-se principalment en la sospita del metge. Una altra prova força utilitzada és el *rapid latex agglutination* test que serveix per detectar el PBP2a, una variant de la proteïna que té la funció d'unir-se a la penicil·lina, pel que, la presència de la proteïna PBP2a indica la habilitat del *Staphylococcus aureus* de ser resistent a la oxacil·lina.

Per la prova a tots els pacients abans del seu ingrés permet aïllar els MRSA-positius i iniciar el protocol necessari per evitar la infecció a d'altres pacients.

Per tal de realitzar una bona neteja, una mesura molt importat es l'ús de desinfectants per evitar la supervivència de les soques en superfícies i teixits. Principalment s'utilitzen alcohols, però també es poden utilitzar altres desinfectants. El 2008, la United States Environmental Protection Agency (EPA) va aprovar l'ús d'aliatges de coure amb aquesta finalitat ja que s'ha demostrat que eliminen més del 99.9% dels MRSA en dues hores.

Cal parar especial atenció als hàbits d'higiene(2) com rentar-se les mans, tant per part dels metges i el personal sanitari com pels familiars i les visites. L'ús correcte de les mascaretes, els guants i els vestits d'hospitals també ajuden a prevenir el contagi. També és important la correcta eliminació del material un cop contaminat.

Cal tenir en compte que les infeccions per MRSA són més comunes en usuaris d'hospitals o serveis sanitaris. Són considerats població de risc(1) ja que generalment presenten un punt d'entrada pel bacteri (ferida quirúrgica), la majoria tenen una edat avançada o són dèbils, i estan en contacte amb molts d'altres pacients (a l'hospital), pel que el bacteri es pot transmetre de persona a persona o a través de superfícies contaminades.

Per últim, incidir en la necessitat d'un ús correcte dels antibiòtics, ja que el seu abús ineficaç per refredats i altres infeccions virals, propicia l'aparició de soques resistents. Inclús l'ús apropiat també contribueix, ja que la majoria d'antibiòtics són poc específics, i els bacteris tenen un cicle evolutiu molt ràpid, de manera que els que sobreviuen a un tractament, fàcilment adquireixen resistència a d'altres.

BIBLIOGRAFIA

1. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Infections [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2013.[consulta el 22 de juliol de 2014]. Disponible a: <http://www.cdc.gov/mrsa/tracking/index.html>
2. Calfee DP, Salgado CD, Classen D, et al. Strategies to prevent transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29(Suppl 1):S62–S80.
3. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod. Exploración Clínica. 12ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2011. ●

Cas clínic

Dolor sacroilíac i febre tardana

Dolor sacro ilíaco y fiebre tardía

Sacroiliac pain and late-onset fever

Marta Marí Muro

Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

PUNTS CLAU

Un canvi important en l'epidemiologia de les infeccions per estafilococ és la ràpida aparició de soques de MARSa com a infeccions comunitàries adquirides des de finals de 1990. Aquestes afecten individus prèviament sans sense vincles, directes o indirectes, amb els centres de salut i s'han convertit en un nou i important problema de salut pública.

Com altres infeccions multiresistents, les infeccions per MARSa estan associades a fortes despeses i a estàncies hospitalàries prolongades.

KEY POINTS

Another major change in the epidemiology of staphylococcal infections is the rapid emergence of community-acquired MRSA (CA-MRSA) strains since the late 1990s. These involve previously healthy individuals without either direct or indirect association with healthcare facilities and have emerged as a new and important public health problem.

As with other multi-resistant infections, MRSA infections are associated with high costs and extended hospital stay

Paraules clau: Sepsis; sacroiliitis; *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina; MARSa; infeccions comunitàries adquirides.

Key words: Sepsis; sacroiliitis; Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*; MRSA; community-acquired infections.

Rebut: 25 – agost - 2014

Acceptat: 2 – setembre - 2014

Correspondència: mmarimuro@clinic.ub.edu

INTRODUCCIÓ

La semiologia de la sepsi, o presència de microorganismes en sang és altament inespecífica i varia molt en funció del focus d'origen. Tot i així, la gran majoria dels metges, esperen fins que la febre aparegui per establir aquest diagnòstic. Això condueix a diagnòstics tardans (en ocasions, irreversiblement tardans), o bé a orientacions diagnòstiques errònies, que comporten esforços terapèutics inútils i, consegüentment, progrés de la vertadera patologia.

La sepsis per *Staphylococcus aureus* és una de les més temudes als hospitals a causa del *Staphylococcus aureus* resistent a la meticil·lina (MRSA), una font important d'infecció nosocomial.

A continuació es presenta un cas clínic que posa de manifest les anteriors consideracions. La presentació tardana d'augment de temperatura en aquesta pacient va conduir a un diagnòstic inicial incorrecte, permetent que la infecció s'estengués des del focus d'origen, de manera que el quadre es trobava altament agreujat en el moment d'ingrés. S'ha triat aquest cas com a exemple d'una variant anòmala en la presentació d'una septicèmia.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Motiu de consulta

Pacient dona de 18 anys sense hàbits tòxics ni antecedents patològics d'interès que acut el dia 17-11-2011 a urgències a causa de dolor lumbosacre dret

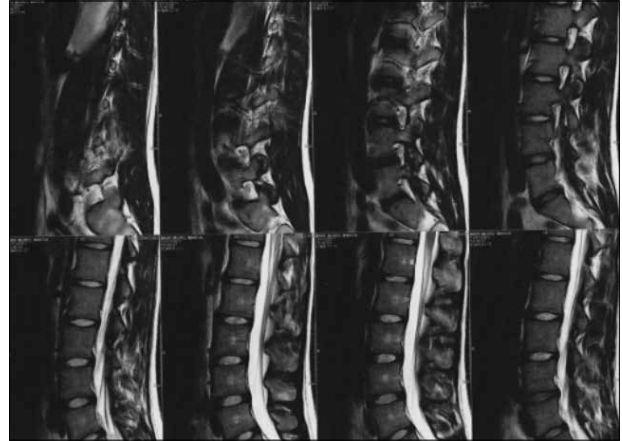
Curs clínic

Visita a urgències 17-11-2011

La pacient explica un quadre que té una setmana d'evolució, i es dona després d'haver realitzat esport. A partir d'aquest dia, el dolor s'ha intensificat fins a dificultar la marxa. Augmenta amb recolzament d'extremitat inferior dreta i no cessa completament en repòs. Finalment acut el dia 17-11-2011 a Urgències després d'un episodi de mareig amb pèrdua de consciència en intentar caminar. Refereix dolor inaguantable, localitzat i constant, tot i que amb agutzacions relacionades amb el moviment. No sensació d'ètica, ni presència de cap altre focus dolorós.

Davant l'absència de troballes significatives a l'exploració física i la manca d'altra semiologia a banda del dolor sacroilíac, s'orienta el quadre com a dolor mecànic d'origen muscular – esquelètic i després de valoració pel servei de Traumatologia es realitza ressonància magnètica (RM) de columna lumbar que mostra hèrnia discal posterior a nivell T11-T12 associada a modificacions per espondilosi. Es pauta analgèsia i es recomana tornar a Urgències en cas de noves manifestacions o empitjorament.

Figura 1: RM lumbar de la pacient amb data 17-11-2011



Visita a urgències 23-11-2011

Tanmateix, la pacient torna a Urgències una setmana més tard (la matinada del 23-11-2011) a causa d'un pic febril amb temperatura de 38.9°C. El dolor no ha disminuït malgrat el tractament antiinflamatori i, de fet, ha incrementat fins a tornar-se invalidant. Al llarg d'aquesta setmana, refereix incapacitat per dormir més de dues hores seguides sense analgèsia, així com nous episodis de defalliment i dispnea a mínims esforços.

Exploració física:

Pacient postrada i àlgica però conscient i orientada. Presenta temperatura de 37.7°C. Taquicàrdia regular.

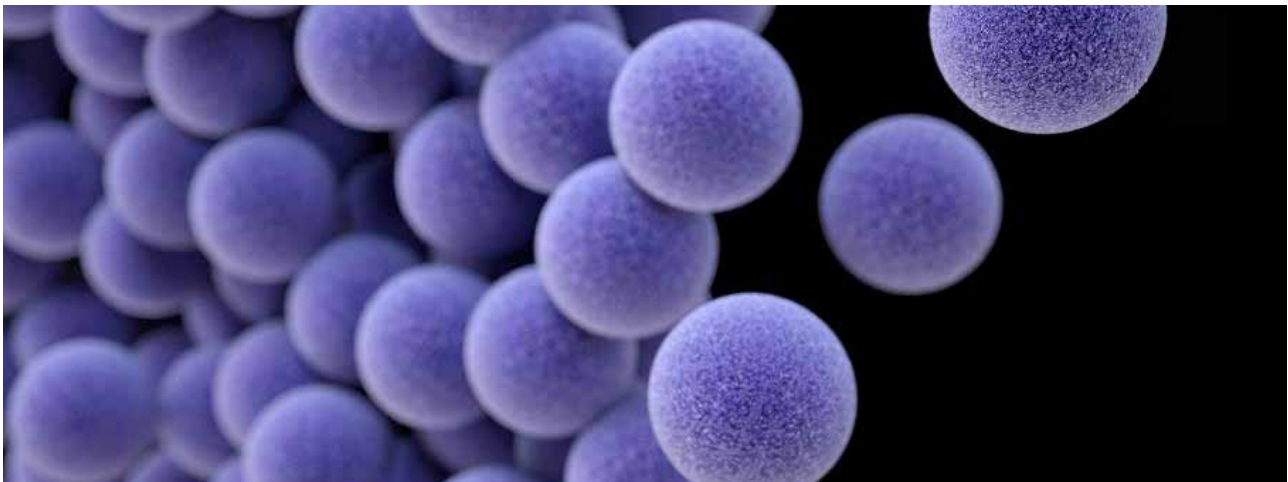
Hipofonesi basal bilateral en l'auscultació pulmonar, sense crepitants ni sibilants.

Abdomen tou i depressible sense signes de defensa.

Dolor a la pressió de quadrat lumbar de predomini dret. Sensibilitat i motilitat conservades.

Exploracions complementàries:

Davant d'aquesta clínica es realitza radiografia de tòrax que mostra imatge de reforç broncoalveolar de



predomini a língula i lòbul mig amb vessament pleural bilateral.

A les anàlisis, destaquen Hematòcrit 29.4% [Valors normals 35.9-45.6%], Hemoglobina 10.1 g/dL [11.7-16.1 g/dL], Hematies 3.23 milions/mL [3.9-4.9 milions/mL], Segmentats 85% [40-80%] amb bandes 376/mL [Valors normals 0-200/mL] i Leucòcits 15989/mL [1400-6500/mL]. Velocitat de sedimentació globular (VSG) 45mm [1-20mm]. Proteïna C reactiva (PCR) 32.61 mg/dL [0-0.6 mg/dL]. Ferro 14mg/dL [50-170], Transferrina 140 mg/dL [200-360], Ferritina 684 ng/mL [13-300]. Vitamina B12 1001 pg/mL [180-850].

Ens trobem, per tant, amb una anèmia normocítica i normocròmica, juntament amb leucocitosi amb neutrofilia. Es decideix ingressar la pacient per a estudi i tractament.

Evolució durant ingrès (24-11-2011)

Inicialment s'interpreten les imatges radiològiques del procés pneumònic com a possible pneumònia atípica i s'inicia tractament amb Levofloxacino i Azitromicina. La pacient, però, empitjora amb agreujament de l'anèmia, la leucocitosi i augment de la PCR. Una tomografia computeritzada (TC) realitzada el dia d'ingrés confirma la presència del vessament bilateral, així com troballes compatibles amb procés infecciosos broncopneumònic d'afectació bilateral amb predomini a tots dos lòbuls inferiors, lòbul mig i língula.

Figura 2: TC toràcic de la pacient amb data 24-11-2011



En aquest punt ens trobem, per tant, amb una pacient postrada, en situació d'invalidesa funcional a causa d'un dolor altament intensificat des de l'inici dels símptomes i que presenta un quadre de broncopneumònia, així com síndrome anèmica.

En el moment d'ingrés es cursen hemocultius que resulten de gran ajuda. S'aïllen abundants colònies d'*Staphylococcus aureus* sensibles a tots antibiòtics excepte Penicil·lina i Eritromicina. Davant aquesta troballa, se sospita sacroilitis dreta com a probable focus infecciosos original i es realitza una gammagrafia òssia per a buscar nous focus. Aquesta revela hipercaptació sacroilíaca i en regió calcània de l'extremitat inferior, totes dues en hemicòs dret.

Figura 3: Gammagrafia òssia de la pacient amb data 25-11-2011 en què s'aprecien focus hipercaptants a articulació sacroilíaca dreta i regions tibial i calcània d'extremitat inferior dreta.



En conèixer l'existència d'aquestes col·leccions s'inicia tractament amb Cloxacil·lina via endovenosa amb dosi de 8g/dia i es realitza ecocardiograma que descarta presència d'afectació valvular i endocarditis infecciosa.

El dia 28-11-2011 es practica novament una resonància magnètica que evidencia una col·lecció tabicada d'aproximadament 4cm en la regió anterior de l'articulació sacroilíaca i de 1.5 cm en la regió posterosuperior, amb imatge de vessament articular sacroilíac dret i edema ossi tant en la vessant ilíaca com en la vessant sacra. Tenint això en consideració, es realitza punció per a drenatge de la zona d'abscessos dia 29-11-2011 que dona sortida a 20cc de material purulent amb cultiu positiu per a *S. Aureus* amb igual sensibilitat, quedant la pacient afebril.

Figura 4: RM de la pacient amb data 28-11-2011



El dia 1-12-2011 la radiografia toràcica de control mostra disminució del vessament pleural, així com de les àrees d'atelectasi en lòbuls inferiors i de les zones d'augment de densitat, amb persistència d'algun focus a camps inferiors. No obstant això, una ecografia musculò-articular d'un dia després (2-12-2011) mostra col·lecció tibial posterior que precisa nou drenatge, amb evacuació de 35cc de líquid novament purulent.

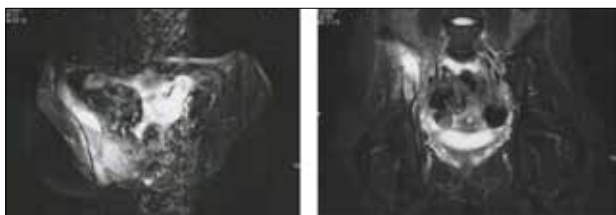
Figura 5: ecografia muscular de la pacient que mostra col·lecció tibial posterior



Durant aquest temps d'ingrés, persisteix l'anemització progressiva, així com la ferropènia i es decideix transfusió de ferro endovenós. Per tant, la millora radiològica no s'acompanya en aquest moment de progrés en els anàlisis. Encara es detecten colònies del microorganisme en hemocultius, la velocitat de sedimentació globular i la PCR segueixen elevades, amb xifres de 44mm i 8.79 mg/dL respectivament a data d'1-12-2011. Cal esmentar, però, que s'han normalitzat tant la leucocitosi com la neutrofilia.

Tot i així, el dia **9-11-2011** la pacient refereix reagudització del dolor i es realitza RM de control que mostra sacroilitis dreta amb alteració de la senyal en os ilíac dret i a branca dreta del sacre, que presenten captació després d'administració de contrast endovenós, el que és compatible amb osteomielitis. Es distingeix nova col·lecció intraòssia en branca dreta del sacre, així com abscess de parts toves. Es realitza nova punció el dia 13-12-2011, amb aspiració d'escàs material hemato-purulent de cultiu negatiu.

Figura 6: RM de la pacient en què es veu alteració de la senyal en os ilíac dret i branca dreta del sacre



Després d'aquest procediment, la pacient es manté afebril de forma que, malgrat referir certa persistència del dolor, es decideix alta pel dia 15-11-2011, amb hemoglobina de 9.1 g/dL, PCR de 0.74 mg/dL i darrer hemocultiu negatiu.

Orientació diagnòstica: En el moment d'alta, els diagnòstics d'aquesta pacient, són:

1. Sacroilitis dreta per *S.aureus*
2. Sepsis estafilocòccia i abscess tibial posterior a extremitat inferior dreta
3. Probable osteomielitis paraarticular sacroilíaca dreta
4. Anèmia ferropènica secundària a sepsi

DISCUSSIÓ

S'ha descrit un curs clínic lent i tortuós, amb una dificultat diagnòstica inicial important davant la manca de símptomes suggestius d'infecció o sepsi. Es tracta d'un cas especialment anòmal pel que fa a la presentació semiològica.

Aquest cas il·lustra com una millor anamnesi en el moment de la primera consulta a urgències(1), així com la realització d'una placa de tòrax, podrien haver ajudat a orientar un millor diagnòstic i evitar l'evolució progressiva del dolor. A més, possiblement hagués permès una estada hospitalària més curta, ja que un dels principals motius de progrés lent en aquest cas va estar el difícil accés de l'antibiòtic al focus ossi d'infecció(2-3).

Aquest cas consisteix, per tant, un recordatori d'un dels molts i variats quadres que pot presentar la patologia infecciosa, ja sigui focalitzada com sistèmica.

BIBLIOGRAFIA

1. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod: Exploración clínica. 12ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2011.
2. Pääkkönen M, Kallio PE, Kallio MJ, et al. Management of osteoarticular infections caused by *Staphylococcus aureus* is similar to that of other etiologies: analysis of 199 staphylococcal bone and joint infections. *Pediatr Infect Dis J.* 2012; 31:436-8.
3. Ohlsen K. Novel antibiotics for the treatment of *Staphylococcus aureus*. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2009;2:661-72. ●

Staphylococcus aureus resistente a la meticilina

Gorane Euba Ugarte

Servicio de Medicina Interna

El *Staphylococcus aureus* constituye una de las causas más frecuentes de infección en el ser humano, ya que coloniza la piel y las fosas nasales de una gran parte de la población. Además de tratarse de una bacteria muy virulenta, posee una extraordinaria capacidad para desarrollar resistencias a los diferentes antibióticos. Las primeras cepas de *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) se aislaron en los años 60, poco después de la introducción de la meticilina, que se comercializó precisamente para combatir las cepas de *S. aureus* que ya habían desarrollado resistencia a la penicilina. Desde entonces el SARM se ha convertido en un fenómeno creciente y preocupante en los países desarrollados, principalmente en el ámbito de los cuidados sanitarios, donde produce infecciones de todo tipo en pacientes con otras patologías. Estas cepas se caracterizan precisamente por su multiresistencia, debido al elevado consumo de antibióticos del entorno en el que surgen, comportando un problema terapéutico importante y una elevada mortalidad.

Más recientemente (a partir de los años 90), se han ido identificando infecciones por SARM también en la comunidad, con unas características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas diferenciadas. En general, se trata de cepas más sensibles a los antibióticos que producen principalmente infecciones cutáneas y, ocasionalmente, neumonías graves, en pacientes jóvenes sin factores de riesgo. Con gran virulencia y transmisibilidad, estas cepas han generado verdaderas epidemias en países como Estados Unidos, donde hoy en día se han introducido también en el medio sanitario, difuminando la frontera entre el SARM comunitario y el relacionado con los cuidados sanitarios. Afortunadamente, en nuestro medio no suponen un problema importante por el momento, puesto que la mayoría de los casos son esporádicos y la incidencia es baja, en comparación con la magnitud del problema en el ámbito sanitario, donde la prevalencia de las cepas resistentes a meticilina es del 30%.

Para evitar la expansión de las infecciones por SARM en el ámbito nosocomial es fundamental el cumplimiento de las medidas de prevención y control recomendadas, así como mantener un elevado nivel de alerta por parte del personal sanitario. Ingreso hospitalario reciente, procedencia de un centro socio-sanitario o residencia geriátrica, presencia de heridas crónicas o catéteres, colonización asintomática o infección previa por SARM, tratamiento antibiótico previo, son los principales factores de riesgo de infección por SARM, que desde el punto de vista clínico es de vital importancia conocer para poder anticipar un tratamiento empírico adecuado y aplicar las medidas de aislamiento pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chambers HF, DeLeo FR. Waves of resistance: *Staphylococcus aureus* in the antibiotic era. *Nat Rev Microbiol* 2009; 7:2464-74.
2. Cuevas O, Cercenado E, Goyanes MJ, et al. *Staphylococcus spp.* en España. Situación actual y evolución de la resistencia a antimicrobianos (1986-2006). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26:269-77.
3. Rodríguez-Baño J, Bischofberger C, Álvarez-Lerma F, et al. Vigilancia y control de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en hospitales españoles. Documento de consenso GEIH-SEIMC y SEMPSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26:285-98.
4. DeLeo FR, Otto M, Kreiswirth BN, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Lancet* 2010; 375: 1557-68. ●

Paraneoplastic Takotsubo syndrome and Austrian syndrome

Síndrome paraneoplásico de Takotsubo y síndrome de Austrian

Síndrome paraneoplàstica de Takotsubo i síndrome d'Austrian

Catarina Nolan Ruas Rego Canha

Servei de Medicina Interna, Hospital Sagrat Cor.

RESUMEN

Presentamos una mujer de 81 años de edad con síntomas de fiebre y confusión. Los resultados de la punción lumbar revelaron meningitis bacteriana y se evidenció neumonía tras realizar una tomografía computerizada. El cultivo de sangre mostró *Streptococcus pneumoniae* y se instauró terapia antibiótica. La mejoría clínica duró hasta 16 días después del ingreso cuando presentó un edema agudo de pulmón con elevación del segmento ST en el electrocardiograma, con coronariografía normal, siendo diagnosticada como Síndrome Takotsubo. Una semana después, el eco transesofágico reveló una endocarditis y el paciente fue diagnosticado como síndrome de Austrian. El paciente se recuperó completamente. Sin embargo, un fibrogastroscopia reveló un tumor gástrico y la paciente fue trasladada a un hospital especializado para proceder al reemplazo de válvula y la resección del tumor.

ABSTRACT

We present an 81-year-old woman with fever and confusion symptoms. Results from lumbar puncture revealed bacterial meningitis and pneumonia was evident on a computerized tomography. Blood cultures showed *Streptococcus pneumoniae* and antibiotic therapy was instituted. Clinical improvement lasted for up to 16 days after admission when she presented an acute pulmonary edema, with ST elevation on the electrocardiogram, with normal coronary angiography, being diagnosed as Takotsubo syndrome. An endocarditis was evident on a trans-esophageal echocardiogram one week later. The patient was diagnosed as Austrian's syndrome. She showed a full recovery. However, a fibrogastroscopy revealed a gastric tumor and the patient was transferred to a specialized hospital for valve replacement and tumor resection.^f

KEY POINTS

- Takotsubo syndrome is an acute and reversible cardiomyopathy, resembling acute myocardial infarction.
- There is consensus that treatment of pneumococcal endocarditis with valvular destruction is the surgical replacement of the affected valves.
- Recent data suggest an association of Takotsubo syndrome with malignancies, potentially as a result of paraneoplastic phenomena

Palabras clave: cardiomiopatía de Takotsubo; síndromes; infecciones estreptocócicas; endocarditis bacteriana; neumonía neumocócica; meningitis bacteriana; síndromes paraneoplásicos.

Key words: Takotsubo cardiomyopathy; syndrome; streptococcal infections; endocarditis, bacterial; pneumonia, pneumococcal; meningitis bacterial; paraneoplastic syndromes.

Recibido: 1- noviembre -2014

Aceptado: 3- diciembre-2014

Correspondencia: catarina.canha@hotmail.com

CASE REPORT

An 81-year-old woman was first admitted to hospital with acute bacterial meningitis [cerebrospinal fluid (CSF): WBC: 727/ μ L (polymorphonuclear neutrophil 80%); glucose: 0,1 g/L; protein: 3 g/L].

Blood cultures were positive for *Streptococcus pneumoniae* sensitive to penicillin; antigen for *S. pneumoniae* was positive and there were gram-positive diplococci, the CSF cultures were negative (we suspect because of previous antibiotherapy). On physical examination, she was noted to have rales in the right lower lung. Chest X-ray did not reveal a clear image, but computerized tomography (CT) of thorax confirmed the existence of pneumonia. A sinus CT scan was normal. Antibiotherapy was started with ceftriaxone 2 g intravenous (iv), vancomycin 1 g iv every 12h and dexamethasone 4g every 24h; after blood cultures she was left with only ceftriaxone. The patient showed full recovering, with no sequels.

On day 5 of admission the patient was noted to have facial blisters compatible with herpes simplex and was treated with acyclovir 400 mg every 4 hours for 5 days (skipping the night doses) successfully.

At admission, the patient also referred pain while moving of the right knee, this pain exacerbated along with inflammatory signs throughout the days and two arthrocentesis were done with symptoms relief. Synovial fluid cultures were negative but there were signs of septic arthritis [WBC: 57.600/ μ L (polymorphonuclear neutrophil 94%); glucose: <0.1 g/L; protein: 34.8 g/L]. She continued antibiotherapy for the presumed pneumococcal arthritis and did not require surgical debridement.

At day 16 of admission, the patient presented an acute pulmonary edema. Electrocardiogram (EKG) showed an ST segment elevation in leads III and V1-V4 and the acute myocardial infarct code was activated. Coronariography revealed normal coronary arteries and a hypokinesia of the middle and apical regions of the left ventricle. The echocardiogram did not show any new abnormalities and the patient was diagnosed as Takotsubo Syndrome.

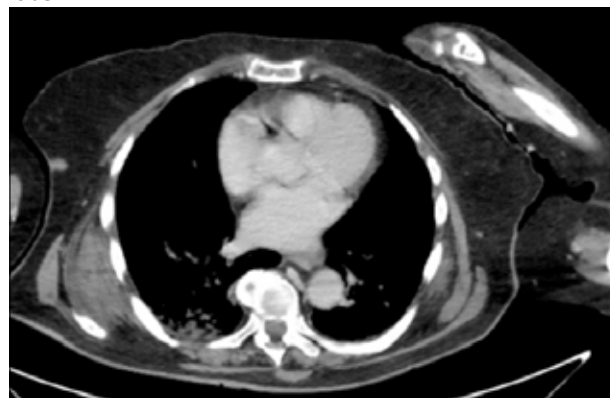
One week later, a control echocardiogram showed recovery of the left ventricle motility and vegetation on the aortic valve. Blood cultures were negative.

S. pneumoniae was considered the responsible agent according to the patient's clinical history and hemoculture results. The patient was diagnosed with pneumococcal endocarditis and started treatment with Penicillin G sodium 18mUI/day. The standard treatment lasts 6 weeks, but since he has been treated for 2 weeks with Ceftriaxone (neumococcal meningitis) and 1 week with Amoxicillin (septic arthritis) we considered that extent the treatment for another 3 weeks would be enough. The control echocardiogram showed a regression in the vegetation size. The case was discussed with the cardiologists that recommended aortic valve replacement (considering the severe aortic valve regurgitation).

In blood analysis, from the first day of admission, a microcytic anemia was noted and despite parenteral iron therapy it did not improve. Finally, we decided for a fibrogastroscopy which showed an image compatible with infiltrating gastric tumor.

Considering the complexity of the case, we decided to transfer her to a specialized hospital.

Fig. 1 CT scan showing the infiltration in the right lower lobe.



DISCUSSION

In 1956, Robert Austrian first described a syndrome of *Streptococcus pneumoniae* meningitis and endocarditis. Now it is known as the Austrian's syndrome and involves the triad of pneumococcal meningitis, endocarditis, and pneumonia. It is commonly seen in middle-aged alcoholic men, but it has also been reported in children and women. The high incidence in chronic alcoholics is attributed to their splenic dysfunction that would predispose them to severe systemic infection by this encapsulated organism [1].

Austrian's triad is rarely seen, although there have been several published cases of Austrian's syndrome in the last few years which may suggest an increasing incidence or increasing awareness of this particularly aggressive presentation of pneumococcal disease. Clinicians should therefore consider the possibility of the diagnosis

of Austrian's syndrome in patients presenting with pneumococcal bacteremia and meningitis [2]. Note that lung is the most common portal of entry and much less commonly, adult cases of pneumococcal endocarditis have followed sinusitis, mastoiditis, otitis media, tooth extraction or septic abortion [3].

We present a case of Austrian's syndrome that also involves septic arthritis, making it not a triad but a tetrad in this case. We performed a search in Medline database and we did not find any case reporting this association, making this case an unusual clinical expression of invasive pneumococcal disease.

Takotsubo syndrome or Takotsubo cardiomyopathy (TCM) was first described in Japan by Sato in 1990 [4]. To this date, there have been little more than 1000 PubMed published reports on TCM [5] and, as far as we could determine, it has not been reported in association with the Austrian's syndrome.

The cardinal feature of TCM is transient and reversible left ventricular (LV) dysfunction triggered by severe emotional or physical stress, in the presence of unobstructed coronary arteries. The exact pathogenesis remains unclear as well as the stressors / triggers.

There are numerous theories of its pathophysiology including catecholamine drive, oxidative stress, oestrogen deficiency, transient coronary artery spasm, genetic predisposition and infective agents. [6]

According to a retrospective review, patients with TCM accounted for approximately 2% of all the patients with suspected acute coronary syndrome and 90% of these patients were postmenopausal women [5].

We present an unusual case of Austrian's syndrome that also involves septic arthritis. Furthermore, our patient presented a Takotsubo syndrome, a rare entity in itself and, finally a gastric neoplasia was detected.

We suspect that both syndromes were due to the occult malignancy. Indeed, an association between malignancies and the Austrian's syndrome has been established [7]. Moreover, concerning the triggers of TCM, neither psychological nor physical stress were reported by the patient; the only stressor that could possibly be responsible was the malignancy and in fact malignancies have been reported as triggers of TCM [8-13].

REFERENCES

[1] Kanakadandi V, Annapureddy N, Agarwal S, et al. The Austrian syndrome: a case report and review of the literature. *Infection* 2013; 41:695–700.

[2] White B, Diggle M, Todd A, et al. A novel pneumococcus with a new association. *Travel Med Infect Dis* 2011;9:84-7.

[3] Aronin S, Mukherjee S, West J, Cooney E. Review of pneumococcal endocarditis in adults in the penicillin era. *Clin Infect Dis* 1998;26:165–71.

[4] Sato H, Tateishi H, Uchida T, et al., Tako-tsubo-like leftventricular dysfunction due to multivessel coronary

spasm. In: Kodama K, Hori M Eds. *Clinical Aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure* [in Japanese]. Tokyo: Kagakuhyoronsha Publishing Co, 1990; pp. 56-64.

[5] Komamura K, Fukui M, Iwasaku T, et al. Takotsubo cardiomyopathy: pathophysiology, diagnosis and treatment. *World J Cardiol* 2014;6:602-9.

[6] Roshanzamir S, Showkathali R. TakoTsubo cardiomyopathy: a short review. *Current Cardiol Rev* 2013;9:191-6.

[7] Porres-Aguilar M, Flavin NE, Fleming RV, Lalude O. Severe bivalvular pneumococcal endocarditis and suppurative pericarditis in an immunocompetent patient. *Intern Med.* 2010;49:321-3.

[8] Finsterer J, Stöllberger C, Pulgram T. Paraneoplastic takotsubo syndrome with ventricular thrombus and stroke. *Herz* 2013, Nov. 9.

[9] Burgdorf C, Kurowski V, Bonnemeier H et al. Long-term prognosis of the transient left ventricular dysfunction syndrome (Tako-Tsubo cardiomyopathy): focus on malignancies. *Eur J Heart Fail* 2008;10:1015-9.

[10] Gingles C, Leslie S, Harvey R. A case of Takotsubo's cardiomyopathy and multiple endocrine neoplasia 2A syndrome. *Clin Endocrinol.* 2010;73:827-9.

[11] Schweizer MT, Mehta R, Salgia R et al. Takotsubo cardiomyopathy in a patient with squamous cell esophageal carcinoma. *J Clin Oncol* 2011;29:e598-e600.

[12] Mitsumori T, Nakajima K, Nozaki Y et al. Multiple myeloma complicated with Takotsubo cardiomyopathy. *Rinsho Ketsueki* 2010; 51:291-6.

[13] Zeballos C, Moraca RJ, Bailey SH et al. Temporary mechanical circulatory support for Takotsubo cardiomyopathy secondary to primary mediastinal B-cell lymphoma. *J Card Surg* 2012; 27:119-21.

PUNTOS CLAVE

- El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía aguda, reversible, capaz de producir los mismos síntomas que un infarto.
- Actualmente, hay consenso sobre que el tratamiento de la endocarditis neumocócica con destrucción valvular es el recambio quirúrgico de las válvulas afectadas.
- Los datos recientes sugieren una asociación del Síndrome de Takotsubo con tumores malignos, potencialmente como resultado de fenómenos paraneoplásicos. ●



Más información

Annalsdelsagratcor.wordpress.com/
Síndrome de Takotsubo asociada a
Síndrome Austrian
Publicado el noviembre 27, 2014

Encefalopatía de Wernicke

Encefalopatía de Wernicke

Wernicke encephalopathy

Dra. Ana Maria Olarte ^(a), Dra Elisenda Grivé Isern ^(b)

^(a)Residente Radiología. ^(b)Neurorradióloga. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: encefalopatía de Wernicke; deficiencia de tiamina; imagen por resonancia magnética

Key words: Wernicke encephalopathy; thiamine deficiency; magnetic resonance Imaging

Correspondencia: anaolarte87@hotmail.com

Paciente femenina de 58 años de edad. Consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de 10 días de evolución de diplopía, nistagmus horizontal bilateral, síndrome confusional y 2 episodios de lipotimias. Como antecedentes de relevancia destaca una Gastrectomía tubular (cirugía bariátrica), 2 meses antes, con poca tolerancia posterior a líquidos y vómitos frecuentes. Se solicita estudio de resonancia magnética (RM) cerebral para estudio.

Sospecha diagnóstica: Encefalopatía de Wernicke.

Se realiza estudio de RM con secuencias potenciadas en difusión, T1 y T2 en los tres planos del espacio, antes y después de la administración de contraste e.v, para estudio craneal. Los hallazgos de la RM confirman la sospecha diagnóstica.

Figuras 1 y 2. Secuencias T1 sin y con contraste en el plano sagital en las que se aprecia realce de los cuerpos mamilares.

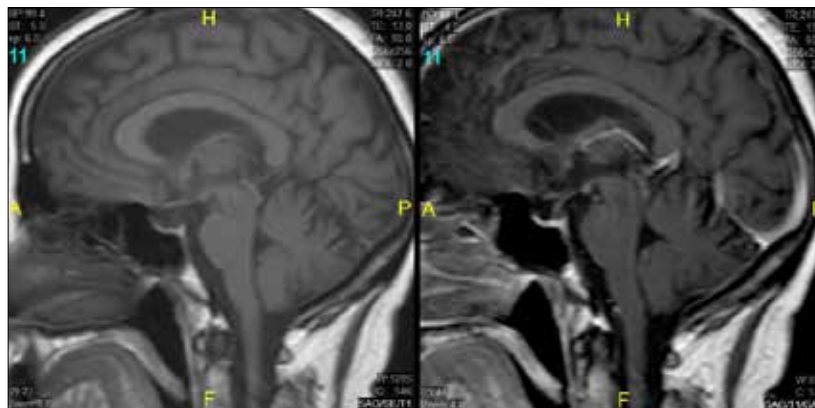


Figura 3. Secuencia T1 en el plano coronal tras la administración de contraste endovenoso que muestra los cuerpos mamilares hiperintensos.

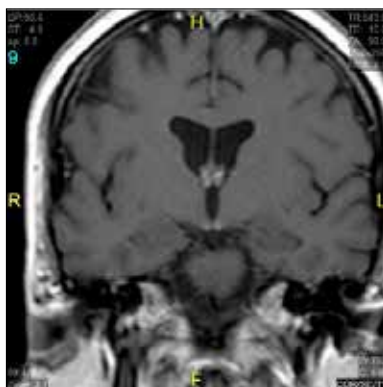
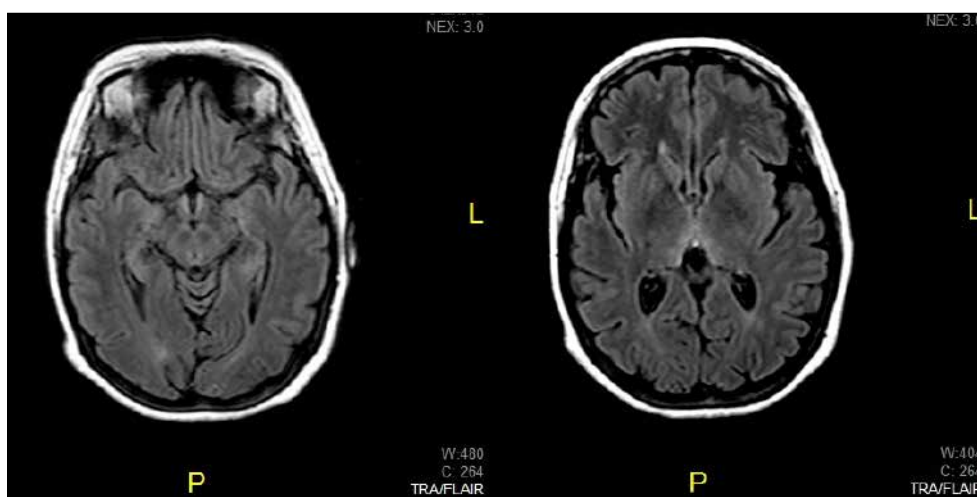


Fig 4 y 5. Secuencias FLAIR en el plano axial que muestran la hiperseñal típica a nivel periacueductal y tálamo medial bilateral. Los hallazgos de la RM confirman la sospecha diagnóstica. La clínica de la paciente mejora de forma evidente desde la primera dosis de Tiamina.



DISCUSIÓN

La Encefalopatía de Wernicke (EW) es un síndrome clínico causado por deficiencia de TIAMINA (vitamina B1), más común en pacientes alcohólicos, aunque también puede verse en cirugía gástrica, vómitos de repetición (hiperemesis gravídica, postquimioterapia) o en malnutrición severa como en los trastornos alimentarios graves.

Originalmente se describió una tríada caracterizada por: Confusión aguda, ataxia y oftalmoplegia, aunque la tríada completa se presenta en un porcentaje bajo de EW.

La encefalopatía puede evolucionar a la forma crónica de la deficiencia de tiamina conocida como: síndrome de Korsakoff que se caracteriza por amnesia global y confabulación.

Es fundamental tener la sospecha diagnóstica y las pruebas de imagen (RM) que permiten confirmar el diagnóstico cuando se presentan los hallazgos característicos.

CT: Usualmente normal.

MRI: T2: aumento simétrico de intensidad de señal en cuerpos mamilares, tálamo posteromedial, placa tectal y área periacueductal

-T1 C+: también puede verse captación de contraste en las mismas regiones, más comúnmente en los cuerpos mamilares.

La EW es una condición que amenaza la vida y su pronóstico depende de un pronto diagnóstico seguido de la administración endovenosa de TIAMINA.

Si no se administra tratamiento adecuado, los resultados son: déficit de memoria severo, síndrome de Korsakoff, e incluso puede causar la muerte en la fase aguda de la enfermedad. ●

Encefalopatía de Wernicke Korsakoff

Dr. Miguel Balcells Riba

La encefalopatía o síndrome de W-K se caracteriza clínicamente por parálisis de los pares craneales oculomotores, en especial del VI motor ocular externo, casi siempre de forma bilateral; lo que ocasiona diplopía. Igualmente existe nistagmus tanto horizontal como vertical. No es infrecuente la parálisis de los movimientos oculares conjugados. La ataxia es constante, puede afectar al tronco y en casos poco desarrollados sólo se observa incoordinación en los movimientos de las extremidades.

El sistema autonómico se ve afectado en algunos casos presentándose hipotensión arterial por lipotimias y alteraciones del ritmo cardíaco. No pocas veces existe polineuropatía con abolición de los reflejos aquileos y alteraciones de la sensibilidad en los pies.

Los hallazgos anatomopatológicos descritos por Wernicke eran: pérdida de células con destrucción de la mielina y axones localizada en los núcleos de los pares craneales III, IV y VI, alrededor de los ventrículos y cuerpos mamilares, esta topografía de gran importancia en la clínica fue descubierta por Gudden en 1896. Existe igualmente lesión en núcleo dorso medial del tálamo, con leves lesiones en el vermis del cerebelo. El autor describió este cuadro clínico y patológico con el estudio de 3 enfermos; dos eran alcohólicos afectados de delirium tremens y el tercero había ingerido ácido sulfúrico que originaron un cuadro de vómitos y anorexia.

El cuadro clínico fue denominado inicialmente Polioencefalitis hemorrágica superior, describiéndole en 1881.

El síndrome de Korsakov describió el cuadro clínico que lleva su nombre en enfermos alcohólicos entre los años 1887 y 1891. Korsakov publicó un artículo con el título “Psicosis

polineurítica”. Este autor describió, en alcohólicos crónicos, trastornos mentales, alteraciones de la memoria y polineuropatía periférica. En algunos de sus casos Korsakov describió la presencia de oftalmoplejia y nistagmus.

Las lesiones anatómicas de los casos descritos por Korsakov eran algo imprecisos pero las lesiones las localizaba en la parte alta del tronco cerebral.

En 1956 Girard, Devic y Garden en la *Revue Neurologique* establecieron la estrecha relación entre la encefalopatía de Wernicke y la Psicosis de Korsakov; de manera definitiva se relacionaron ambos cuadros con la monografía aportada por Victor, Adams y Collins “The Wernicke-Korsakoff Syndrome” publicada en 1971. Dicha monografía aporta el estudio de 245 casos, 82 de ellos con estudio neuropatológico, demostrando la unidad de las manifestaciones clínicas, siendo las diferencias encontradas en los diferentes casos la manifestación de la evolución del cuadro.

El estudio de la amplia casuística demostró la similitud de las manifestaciones clínicas y neuropatológicas, por ello es evidente que ambos cuadros deben aunarse bajo el epónimo de Síndrome de Wernicke- Korsakov.

El Caso aportado por las doctoras Olarte y Grivé muestra la localización precisa del síndrome; sería de interés el conocimiento más detallado de las manifestaciones clínicas.

El cuadro descrito inicialmente obedecía a un cuadro de alcoholismo, vómitos y dieta insuficiente; en la actualidad se han descrito casos, como el en estudio, debidos a cirugía de reducción de estómago, a diálisis y como complicación neurológica del SIDA. Actualmente, en países desarrollados, este cuadro es muy poco frecuente en la etiología etílica. ●

Redacción médica. Imagen clínica

Imatge clínica

Clinical picture

M^a José Sánchez⁽¹⁾, Jordi Delás⁽²⁾.

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

RESUMEN

Una imagen clínica es un tipo de artículo científico de carácter educativo que pretende proporcionar información tanto visual como textual sobre un tema determinado. El texto suele ser poco extenso, ya que la mayor parte del mensaje textual se encuentra en los pies de figura. Los criterios de selección para su publicación suelen ser: la actualidad, el interés científico y la calidad de las ilustraciones.

ABSTRACT

A clinical picture essay is a type of educational article that aims to provide both textual and visual portrayals of a topical issue. The text is usually short, with much of the message contained in the figure legends. The main criteria for publication are currency, educational value and high quality of illustrations.

Palabras clave: redacción médica; publicaciones científicas y técnicas; formatos de publicación; imagen clínica.

Keywords: medical writing; scientific and technical publications; publications formats; clinical picture.

Correspondencia: bibhsc@hscor.com

o extraño. Tanto la imagen como el texto que lo acompaña han de tener un contenido didáctico. Por ello suelen aceptarse para publicación casos que resulten relevantes para la práctica diaria. Las imágenes clínicas son uno de los muchos tipos de artículos que aparecen en las revistas científicas. Como autores, se debe consultar si una determinada publicación admite esta categoría y, en caso afirmativo, los requerimientos específicos de cada publicación para su preparación.

INTRODUCCIÓN

Una imagen clínica se define por ser un tipo de estudio que proporciona información visual sobre un determinado concepto. Es relevante entender que no deben enfocarse a lo raro

ESTRUCTURA Y CONTENIDO

Por su propia tipología, el texto permitido es normalmente muy corto, no permitiéndose en muchas ocasiones más de 300 palabras y más de 5 referencias bibliográficas. El título deberá ser corto, atractivo e informativo, y debe transmitir

con precisión al lector el contenido de la imagen en las menores palabras posibles.

Como imagen que es, depende en gran medida de la representación visual del tema escogido, y los autores deben prestar especial atención a la selección de ilustraciones, con énfasis en su valor educativo y su calidad.

El texto que acompaña a la imagen no sólo debe ser breve, sino que debe resumir de manera concisa el contenido de la imagen y contener suficiente información para transmitir el mensaje clínico, no sólo describir la imagen.

Los pies de figura se convierten en un elemento clave en este tipo de artículos. Deben prepararse meticulosamente, ya que permiten complementar la escueta y sintética información textual.

Evidentemente, las imágenes de pacientes deben cumplir los requisitos éticos y contar con la autorización expresa del paciente. Las imágenes clínicas más habituales son las de imágenes radiológicas (por ejemplo, radiografías, tomografías computerizadas, resonancias magnéticas), fotografías (clínica, intraoperatorio, especímenes), láminas con material histológico, trazados de señales fisiológicas (por ejemplo, electrocardiogramas, electroencefalogramas, ecocardiograma), gráficos de laboratorio (por ejemplo cromatogramas, cariogramas) etc.

IMÁGENES

Normalmente todas las publicaciones exigen que la calidad de las imágenes sea de 300 dpi (dots per inch) –en castellano 300 ppp (puntos por pulgada)-. Ello es distinto a los megapixels e independiente del tamaño total de la imagen.

En realidad, la medida de ppp o dpi va ligada a la calidad de la impresión, por lo que nos informa de la resolución de la impresión no de la imagen. A título informativo, la resolución de una imagen debería depender del trabajo o destino que queramos para ella. Así:

Imágenes para visualizar en pantalla de ordenador o colgar en internet: serían suficientes 72 dpi o ppp que son los que, por defecto, suelen proporcionar las cámaras fotográficas digitales.

Imágenes para impresión en papel, los 300 dpi o ppp proporcionan óptimos resultados.

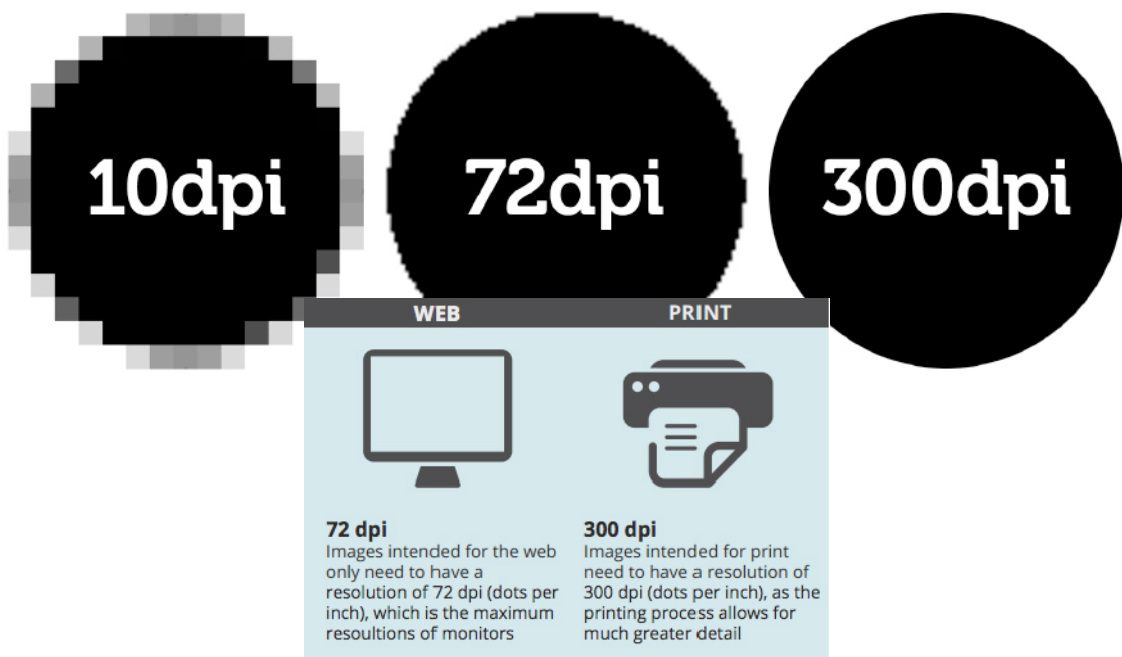
La medida puntos por pulgada va ligada inexorablemente a la calidad de la impresión (o de la digitalización), es decir, va ligado a un soporte físico como el papel. No tiene relevancia en un soporte digital y la imagen puede modificarse para imprimirse en diferentes tamaños (aunque afectará la calidad). Esta información debe también tenerse en cuenta cuando se escanee o digitalice algún material para su posterior reproducción.

PUNTOS BÁSICOS

- La imagen clínica ideal es aquella que proporciona información visual que será útil a otros profesionales.
- Las imágenes clínicas deben ser interesantes, educativas y respetuosas con el paciente.
- El texto y la bibliografía deben ser breves y concisos.

KEY POINTS

- The ideal Clinical Picture provides visual information that will be useful to other clinicians.
- Clinical Pictures should be interesting, educational, and respectful of the patient.
- Text and references are short and concise.



Medicamentos de Alto Riesgo: un ejemplo de implantación y seguimiento de un protocolo de gestión

N. El Hilali^a, R. Batet^b, M. A. Insensé^b, E. López^b, S. Nuevo^a, M. Aguas^a

^aServicio de Farmacia, ^bEnfermería, idc Salud Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

JUSTIFICACIÓN

Los medicamentos de Alto Riesgo son, por definición, los que presentan gran probabilidad de causar daños graves a los pacientes, pudiendo ser mortales. Esto no implica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por esta razón, los medicamentos de alto riesgo deben considerarse como objetivo prioritario en los programas de seguridad clínica que se establezcan en los hospitales.

OBJETIVOS:

El primer objetivo fue implantar un método para identificar un grupo de medicamentos de alto riesgo, difundir entre el personal sanitario esta medida. Tras la implantación, nuestro objetivo es evaluar el cumplimiento de lo establecido en la guía para poder estudiar la inclusión de nuevos medicamentos en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los medicamentos de alto riesgo incluyen alrededor de 22 categorías: agentes de contraste, anticoagulantes, sedantes, heparina, agonistas adrenérgicos, agentes inotrópicos entre otros. Se seleccionaron 5 para implementar un procedimiento de identificación segura: mezclas intravenosas de dopamina, dobutamina, digoxina, amiodarona y labetalol. Desde el servicio de farmacia, estos medicamentos se identifican con una etiqueta de color “amarillo”. El grupo de trabajo aprobó una guía específica de contiene información relativa a la administración y las observaciones a destacar.

Después de un periodo de implantación, trimestralmente se controla el cumplimiento de la identificación revisando que todas las ampollas disponibles en el servicio de farmacia y en las dotaciones de las unidades de hospitalización estén identificadas correctamente y que la guía de administración esté disponible.

Se elaboró un cuestionario para evaluar el conocimiento del personal de la medida de identificación, la disponibilidad de la guía y su utilidad. En un apartado del cuestionario se informa del cambio de presentación de las ampollas de CLK: la ampollas incluidas disponen de una etiqueta con la leyenda “diluir antes de administrar”. La etiqueta de color naranja refuerza la información y, con ello, permite reducir los errores de administración.

Con el fin de ampliar y actualizar la guía, aprovechamos el cuestionario, incluimos un apartado para que el personal indique que medicamentos consideran oportuno incluir en la guía.

RESULTADOS

Cada trimestre, se comprueba la correcta identificación de las ampollas en las dotaciones de plantas y del servicio de farmacia. Los resultados obtenidos se indican a continuación:

258 ampollas/12 sin etiqueta (4,65%), 324/15 (4,63%) y 268/14 (5,22%) para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente.

Los resultados de la encuesta se resumen de este modo: Se cumplimentaron 71 encuestas (23 mañana, 19 tarde y 29 noche). El 49% de las respuestas afirma que ha recibido información sobre la implantación del procedimiento, el 83% considera que la información es adecuada. En cuanto a la utilidad, 84% responde que la guía resulta útil y el 88% la consulta habitualmente.

CONCLUSIONES

El protocolo para la gestión de los medicamentos de alto riesgo implantado en nuestro hospital ha permitido fomentar la comunicación y la concienciación de los profesionales en relación con estos medicamentos. El procedimiento elabora-

do se ha incluido en la lista de procedimiento de calidad del servicio de farmacia.

El seguimiento del cumplimiento y el cuestionario de evaluación del personal permiten analizar los puntos de mejora y avanzar en la inclusión de nuevos medicamentos. ●

Comparative study between continuous perfusion and split doses in the treatment of postoperative pain: study protocol for a single-center randomized controlled trial

Vicente De Sanctis^a, Margarita Aguas^b, Noemi Pou^c, Sonia Massip^d.

^aPain Unit, ^bPharmacy, ^cAnesthesiology, ^dNursing Department. IDC-salud Hospital Universitari Sagrat Cor.

BACKGROUND

Adequate postoperative analgesia is a prerequisite for successful surgery. Recent studies have shown that 30-40% of patient suffer from moderate to severe pain during the first 24-48 hours after surgery. Postoperative pain control can be poor, and this causes extreme discomfort and suffering, prevents sleep and can contribute to potential long-term adverse events so brief periods of pain may lead to neuronal remodelling and sensitization. Pain also has economic implications due to that postoperative pain is the most common reason for delayed discharge and for unanticipated hospital admission. Several guidelines show multimodal analgesic techniques using a combination of opioids, NSAID, and local anaesthetics are superior to any single modality. However, there is no study comparing the efficacy of continuous perfusion versus intravenous split doses in providing analgesia.

METHODS

Patients eligible for hip prosthesis, surgery of shoulder pathologies, hysterectomy, colectomy, anal fissure and even-ration will be recruited and randomized in the pharmacy department. All patients will undergo their operations according to normal clinical practice but will be randomized into two groups. We use a single-blinded RCT study design. In a previous study in our hospital we have found that 20% of patients undergoing those surgeries reported a VAS score >3. Since a reduction of 10% of those will be considered significant -and accounting for a drop out rate of 15%- the estimated sample size for a one-sided, 95% confidence interval, 80% power corresponds to 184 patients.

The primary endpoint of the trial is the pain intensity measured using the visual analogue scale (VAS) pain score at immediate postoperative and every 8 hours until 48 hours after surgery. The secondary objectives are the assessment of adverse effects due to analgesic drugs and the patient comfort. Adverse effects (AEs) will be identified by self-completed reports from patients and from patient notes by the research nurse on the case report form. They will be recorded from the point patients are entered into study (immediate postoperative) to the point at which they leave the study (48 hours post surgery). AEs will be evaluated for severity as mild, moderate or severe by clinicians. If a severe adverse effect is reported, its probability will be estimated by the Naranjo Algorithm.

Patients comfort will be measured at 48 hours after surgery using two different scales: Ramsay Scale and the Aldrete Score. Patients will also indicate their satisfaction with the control of their pain on a five-point Likert-type scale. They will indicate the degree to which they agree or disagree with statements about their satisfaction with the control of their pain.

Inclusion criteria are adults over 18 years of age, providing informed consent. Principal inclusion criteria:

- Over 18 years old
- Patients with analgesic needs superior to 48 hours and an equivalent minimal in-hospital stay.
- Patients undergoing orthopaedic Surgery: hip prosthesis, shoulder pathologies.
- General Surgery: eventroplasty, anal fissure and cholectomy.
- Gynecologic Surgery: hysterectomy.
- Patients providing informed consent.

Principal exclusion criteria:

- Non elective surgery
- Different analgesic requirements
- Patient admission to ICU
- Allergy or hypersensitivity to any drug used in the study
- Contraindication for any of the study drugs: Medical history of agranulocytosis and aplastic anemia.
- Acute intermittent porphyria.
- Glucose 6 phosphate dehydrogenase deficiency.
- Digestive haemorrhage, esophageal haemorrhage, active peptic ulcer, cranial haemorrhage.
- Respiratory depression: severe chronic obstructive pulmonary disease.
- Pregnancy suspicion
- Failure or severe hepatic insufficiency: score: Child-Pugh 10-15
- Failure or mild-severe renal insufficiency: C_{ICr} <50ml/min or creatinine >2mg/dl
- Severe emotional depression, dementia and/or mental disorders

- Obesity: Body mass index >30 Kg/m² - Refusing to provide informed consent

Primary endpoints

The administration of analgesia through elastomeric continuous perfusion pump provides a best postoperative pain relief and major comfort and consequently, major patients satisfaction. A reduction of 50% VAS > 3.48 hours.

Secondary endpoints

To assess possible adverse events due to analgesic drugs. 48-60 hours.

End of trial definition

48 - 60 hours after surgical procedure of the last patient enrolled. ●

**XX SESSIONS de la UNITAT DE MALALTIES VASCULARS CEREBRALS de l'HOSPITAL
UNIVERSITARI del SAGRAT COR de BARCELONA**

Curs Acadèmic 2014-2015

Direcció:

Dr. Adrià Arboix

Amb el suport de

**SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA i
del Comitè d'Experts en
Malalties Vasculares Cerebrals de la
Societat Catalana de Neurologia**

22 d'Abril de 2015 (13:30 h.)

"ASPECTES GENÈTICS EN ELS ICTUS I LA SEVA REPERCUSSIÓ ASSISTENCIAL"

Dr. Israel Fernández-Cadenas
Servei de Neurologia. Hospital Mútua de Terrassa.

27 de Maig de 2015 (13:30 h.)

CONFERÈNCIA DE CLOENDA

"ATEROMATOSI COMPLEXA DE CROSSA AÒRTICA: AVENÇOS I CONTROVÈRSIES"

Dr. Jorge Pagola
Servei de Neurologia.
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Sala d'Actes de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor (7^a planta)

Hospital del Sagrat Cor, fons històric

Consell de Redacció d'Annals del Sagrat Cor

A finals del segle XIX l'Hospital de la Santa Creu es feia insuficient per l'assistència sanitària de tota la ciutat de Barcelona. Aquesta reflexió va fer que un grup de senyores piadoses plantegessin la necessitat d'un nou Hospital.

La Fundació del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús es va fer el 8 de març de 1879, al palau episcopal. Un mes després es va llogar una espaiosa casa al número 27 del carrer Rosselló, que allotjava l'equip mèdic propi dirigit pel Dr. Manuel Isidoro Osío Valero, natural de Caracas, encarregat del Servei d'Oftalmologia(1-3). L'edifici del carrer Borrell 303 va ser inaugurat el 29 de juny de 1883. El primer director de l'Hospital va ser el Dr. Salvador Cardenal Fernández (1852-1927).

Va ser impulsat per Dorotea de Chopitea i de Villota, (Santiago de Xile, 1816 - Barcelona, 1891), madrina de la primera fundació salesiana a Catalunya -les escoles professionals salesianes de Sarrià (1883). El 1816 havia emigrat amb la seva família, a Barcelona, a causa de la guerra. El 1832 es casà amb Josep M. Serra, també emigrat xilè i descendent d'una família catalana. Vídua (1882), es dedicà a l'acció de caràcter benèfic. Possibilità la fundació de l'hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor. Col·laborà en la creació d'escoles religioses als barris obrers de Barcelona i d'altres institucions benèfiques.

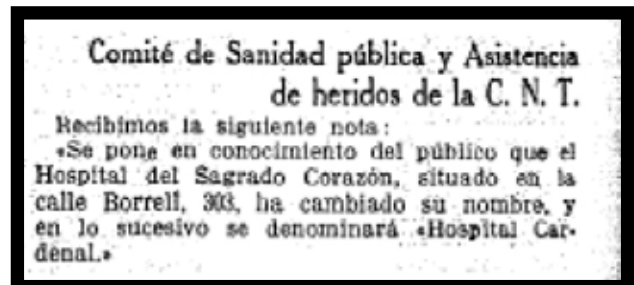
La gran obra històrica és el llibre del Dr. Agustí(3), Història de l'Hospital del Sagrat Cor(4). Recordem la seva decidida voluntat de fer aquesta publicació que ha esdevingut un autèntic regal per a estudiosos i següents generacions. Tot document, relat que es troba, cal confrontar-lo amb aquesta obra.

Amb més de 100 anys d'història, sembla que hi hauria d'haver molta informació de l'Hospital. A la biblioteca del centre, ubicada a la cinquena planta de l'edifici Viladomat -la policlínica- hi ha una llibreria amb 2 o 3 prestatges que contenen el legat que un petit nombre de metges i la seva família han volgut confiar. Tenim també un grup de recerca de la història de l'Hospital que ha regirat arxius i dipòsits en el centre amb escàs èxit en quant a obtenció de documents històrics.

Hi ha moltes explicacions per la poca quantitat de documents històrics. L'Hospital va ocupar, en primer lloc, una ubicació al carrer Borrell 303, al costat d'on actualment està l'església d'Eugeni I Papa. Va aparèixer posteriorment la Policlínica, al carrer París i finalment, l'Hospital nou, l'any 1977, en l'actual ubicació del carrer Viladomat. Molts moviments que poden justificar pèrdua de material.

Hi ha hagut una guerra (1936-39) i malgrat que no sembla que s'afectessin les seves instal·lacions, pot ser que es destruïssin documents.

El 19 de juliol, quan el Dr. Agustí va arribar a l'Hospital estava escrit en un llençol, "Hospital incautado por la CNT"(4). El dijous 30 de juliol de 1936, es publicà a la pàgina 6 de *La Vanguardia*, per part del Comité de Sanidad pública y Asistencia de heridos de la C.N.T. que "el Hospital de la calle Borrell 303 ha cambiado de nombre y en lo sucesivo se denominará Hospital Cardenal"(5). Durant la guerra va tenir una activitat normal i va atendre pacients amb normalitat(4,6), com es pot desprendre de la consulta a l'hemeroteca de *La Vanguardia*, mitjançant el terme d'"Hospital Cardenal". El maig de 1939 ja s'havia recuperat el nom d'Hospital del Sagrado Corazón.(7)



No va ser hospital de sang, hospital de guerra. En *La Vanguardia*, el mateix dijous 30 de juliol de 1936, es descriu que a conseqüència de les crues jornades viscudes es fa necessària la creació d'un Hospital de Sang que s'ubica al carrer

Amadeu Vives (5), a la vora del Palau de la Música.

La manca de documents obliga a recórrer a la memòria de les persones. A veïns del barri que ens expliquin què més va passar a l'Hospital del carrer Borrell durant la guerra. A metges, infermeres, auxiliars, administratius, que ens parlin dels seus mestres, companys. Cal demanar a actuals o pretèrits treballadors que comencin la seva història dient "vaig arribar al Sagrat Cor ..." i deixin aflorar lliurement els records. És un gran exercici pel lector, però també pel que escriu. Reviure tants anys de servei.

NOTES QUOTIDIANES DEL DR. JOSEP PRAT CERECEDA

És un gran plaer poder presentar aquestes notes quotidianes del Dr. Josep Prat Cereceda. No sembla casualitat que després del seu treball en estreta col·laboració amb el Dr. Agustí, a l'igual que ell, ens hagi deixat una valuosa informació de l'Hospital.

El Dr. Prat explica en els seus textos que va néixer l'1 de novembre de 1918 i que va començar a treballar a l'Hospital del Sagrat Cor el 1942 amb 24 anys.

Les seves notes mostren un ampli i variat treball. Els metges sempre han treballat molt i han diversificat la seva feina. Apareixen referències a la Clínica del Born o als músics de la Casa de la Caritat. Apunts interessants també per la història quotidiana de la ciutat, als que hem afegit ressenyes bibliogràfiques a manera d'ajut pels qui vulguin més informació.

Tots gaudirem d'aquestes notes. La lectura ha estat possible gràcies als familiars del Dr. Prat que han preparat els textos amb extraordinària precisió i afecte. En aquest cas s'ha preservat la memòria. Gràcies a la família Prat.

REFERÈNCIES:

1. Danón Bretos J. Hospitales de España X: Hospital del Sagrado Corazón. Med Hist 1977; 60:3-16. Disponible a: <http://www.fu1838.org/pdf/68-2.pdf>
2. Danón Bretos J. Els primers anys de l'Hospital del Sagrado Corazón, de Barcelona. Annals Medicina 1978; 7:1.031-1.041.
3. Camarasa Isanta J. Semblança biogràfica del Dr. Joan Agustí i Peypoch. Ann Sagrat Cor 2005; 11: 19. Disponible a: http://www.annalsdelsagratcor.org/pdf/portada1_05.pdf
4. Agustí i Peypoch J. Història de l'Hospital del Sagrat Cor (1879-1980). Barcelona: Fundació Uriach 1838, 1991. Disponible a: <http://www.fu1838.org/pdf/8619.pdf>
5. Comité de Sanidad pública y Asistencia de heridos de la C.N.T. La Vanguardia, jueves 30 de julio de 1936, pg 6. Disponible a: <http://hemeroteca-paginas.lavanguardia.com/LVE07/HEM/1936/07/30/LVG19360730-006.pdf>
6. Otro atropello. La Vanguardia, Edición del viernes, 19 febrero 1937, página 4. Disponible a: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1938/03/22/pagina-4/33127362/pdf.html?search=Hospital%20Cardenal>
7. Ayuntamiento: acuerdos de la Comisión permanente. Donativos. Edición del jueves, 18 mayo 1939, página 2. Disponible a: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1936/04/02/pagina-2/33115230/pdf.html?search=Hospital%20Sagrado%20Coraz%C3%B3n> ●



L'hospital ÉS HISTÒRIA

Apuntes del Dr. Prat Cereceda con respecto a su trabajo en el Sagrado Corazón

Belén Prat, Josep Prat Cereceda

1942, entro en el Hospital del Sagrado Corazón (HSC) en el servicio del Dr. Colet Torredadella. En el año 1946 trabajo en el HSC y opero con el Dr. Agustí(1).

En el año 1947 visito como Médico de Medicina a enfermos de la M.G.S. La plaza no era a nombre mío, porque yo figuraba en las Escalas de Seguro Obligatorio Español (SOE) de Cirugía. Continúo operando en el Hospital del Sagrado Corazón y también en la Clínica del Borne con Dr. Agustí.

Empiezo a prepararme oposiciones a Médico de Asistencia Pública Domiciliaria con objeto de ganar puntos en el Escalafón. Gano las oposiciones de Medico Titular de Sardañaola.

Abril de 1948, miércoles 28. Por la mañana en el HSC, se celebra misa y comunión de los enfermos. Vienen los músicos de la Casa de la Caridad y después almuerzo. Esta fiesta se celebraba cada año.

Noviembre de 1948 fue abundante en operaciones, el día 1 cumpla 30 años y tuve que ir al Hospital con el Dr. Agustí a operar un absceso.

Martes 2, operamos en Clínica del Borne un quiste de ovario fistulizado.

Miércoles 3, en el HSC operamos una fístula de ano.

Jueves 4, operamos con Dr. Agustí una laminectomía en la Clínica del Pilar. Por la noche cena de homenaje y despedida al Dr. Bartrina(2).

Viernes 5, en la Clínica del Borne, dos apendicitis, laparotomía y fístula de ano.

Lunes 8, operamos por la tarde de urgencia al Dr. Luis Batalla Sabaté, amigo del Dr. Agustí, en la Clínica del Pilar. Era muy aficionado a los toros.

Diciembre, de 1948 los médicos del Servicio del HSC vamos a casa de Dr. Diego Moxó Queri, jefe de servicio de digestivo. Hacemos sesión científica presentando “plastron



Amb bata, Dr. Lluís Recoder, Patologia Digestiva, Dr. Joan Agustí i Peypoch, Dr. Josep Prat Cereceda, Dr. Albert Sueiras Fechtenburg i Dr. Jordi Olsina Pavia”

apendicular” y funcionalismo hepático. El Dr. Moxó vivía en Muntaner-Via Augusta: el tren de Sarriá discurría por la zanja, que aun no estaba cubierta.

Año **1949**, empiezo a preparar otras oposiciones a Médico del Registro Civil, cuyos exámenes en Madrid comenzaron el 8 de diciembre (ejercicio escrito) y se prolongaron durante el año 1950.

31 de Abril por la mañana celebramos la fiesta de los enfermos en el HSC con comunión y concierto por los ciegos de la Casa de Caridad y desayuno. Después a, operar un accidentado en la Clínica del Borne.

El viernes 25 de Octubre en el Hospital, congreso de Cirugía. Operan el Dr. Cardenal y García Barón.

Año **1950** me examino de Oposiciones a Médico del Registro Civil, que acabo aprobando el 13 de Marzo. Tomo posesión de la plaza de Mataró en el mes de Agosto.

1 de Mayo operamos en el HSC al Dr. Martínez Cano de apendicitis, habíamos entrado al mismo tiempo en el HSC, en el año 1942 en el servicio del Dr. Colet Torredella. Más tarde se hizo dentista y lo fue nuestro durante bastantes años.

28 de Septiembre operamos con Dr. Agustí una gastrectomía total transtorácica.

Año **1951**, sigo en el HSC en el servicio de Cirugía del Dr. Colet con el Dr. Agustí, que más tarde se separara de Dr. Colet, y yo con él, formando equipo con el Dr. Diego Moxó.

Cada jueves por la noche nos reunimos en casa del Dr. Moxó en Sesión Científica (en su domicilio de Muntaner)

Comienza una epidemia de gripe a principios de enero que me obliga a efectuar muchas visitas de calle, además del Hospital y Clínicas.

Durante la segunda semana de enero aumenta la epidemia de gripe realizo (21 visitas el 8, 19 el 9 y 32 el 10)

El viernes 30 de febrero de 1951 en el H.S.C hablamos con el Dr. Colet (El Dr. Agustí, que pertenece a su servicio, quiere independizarse, formando equipo con el digestólogo Dr. Moxó, pues Colet interfiere mucho en la labor de Dr. Agustí).

Jueves 31 abril de 1951 como cada año, hacen la fiesta de Comunión en el Hospital, yo llevo el palio y retrato el Altar de nuestra Sala, después concierto por los músicos de la Casa de Caridad, y almuerzo. Por la noche reunión en casa del Dr. Diego Moxó Queri.

Año **1952** sigo con el mismo trabajo: médico titular de Cerdanyola, médico del Registro Civil de Mataró, médico de medicina de medicina de M.G.S, voy al Hospital del Sagrado Corazón y al Borne a operar con el Dr. Agustí y a la Clínica de Lourdes a operar con Dr.Torres.

4 de febrero doy una conferencia sobre cáncer de intestino en San Cosme (calle Provenza) es un curso que organizaba el Dr. Moxo.

Abril del 1952: ceno en Circulo Ecuestre con Agustí, Moxó, Soler Roig etc.

En el mismo mes voy a San Pablo, a un cursillo de Soler Roig.

El 30 de agosto muere el Dr. Moxó, jefe del Servicio de Digestivo del HSC en el cual trabajamos con el Dr. Agustí.

El 22 de octubre viene al HSC el Dr. Antonio Gallart Esquerdo(3) como nuevo Jefe de Servicio de Digestivo en la plaza que dejó al morir el Dr. Moxó. En este nombramiento colaboró mucho el Dr. Agustí que tenía mucha influencia en la Caixa.

El Dr. Gallart se trajo consigo la mayor parte de médicos de S. Pablo: Dr. Badosa, (cuñado suyo), Barberá, Borrás y otros.

Año **1954** trabajo con Dr. Agustí, Gallart, Sueiras, Martí Abizanda y Tello.

Año **1955** abril, como cada año, comunión a los enfermos y misa en la capilla del Hospital Sagrado Corazón.

30 de septiembre de 1955 voy a la Real Academia de Medicina en donde ingresa el Dr. Gallart como académico.

Año **1957** el 13 de Julio muere el Dr. Tello.

Año **1958** tomo posesión de Médico del Registro Civil en Badalona y continúo operando en el Hospital del Sagrado Corazón, además hago la Cirugía de Urgencia de varias mutuas, ayudo al Dr. Cortadellas a operar en Clínica de Lourdes.

En febrero, el 22, en el Hospital sesión de la Sociedad de Cirugía, conferencia del Dr. Salleras y Dr. Agustí.

El 5 de diciembre se inaugura la reunión de la Sociedad Española de Patología Digestiva con una reunión en la Real Academia de Medicina de la calle del Carmen y después recepción en el Ayuntamiento. Fuimos, con todos los de la Reunión, a visitar a continuación el Pueblo Español Por la noche cena de Gala en el Hotel Avenida Palace.

Año **1959** me nombran Médico del Registro Civil de Barcelona.

Año **1960** fallece el Dr. Gallart Monés, creador de la Escuela de Patología Digestiva de S. Pablo y padre del Dr. Gallart Esquerdo del Hospital Sagrado Corazón.

Año **1963** me reúno con el Dr. Manresa y el padre Francesc Abril Fabre(4) para hablar de Medicus Mundi, asociación creada por el Dr. Cortadellas para ayudar al Tercer Mundo.

Año **1964** seguimos organizando Medicus Mundi con el Dr. Manresa.

Año **1967** mi trabajo es el mismo operamos todos los días menos los miércoles con Dr. Agustí, Sueiras, Malvehy y Camarasa.

Año **1972** mi trabajo es intenso visito diariamente con los doctores Agustí, Camarasa, Reñaga. Visito en la Policlínica de 3 a 5h. Después voy al SOE de Numancia. Los miércoles ayudo al Dr. Cortadellas en la Clínica de Lourdes, en donde hago Traumatología y la Cirugía de Urgencias, y hago el Registro Civil.

Año **1973**, miércoles 13 de Junio, Sesión de la Sociedad de Cirugía, nombran al Dr. Agustí presidente. Al día siguiente aperitivo para celebrarlo en el HSC.

Año **1974** enero, muere Ignacio Agustí, escritor y hermano del Dr. Agustí.

Año **1975** mi trabajo en el Hospital es el mismo con los Drs. Agustí, Camarasa, Salord, Guitart y Puigdemonges.

Año **1976** en julio, se inaugura el nuevo Hospital del Sagrado Corazón.

Año **1979** voy cada día a operar o a pasar visita al HSC con los Drs. Camarasa, Andrés y Lena Mercadal.

El Dr. Agustí prepara su jubilación para el mes de noviembre y en esa fecha me nombran Jefe interino del Servicio de Cirugía A. A final de año se gestiona la venta del Hospital a “La Alianza”.

Año **1980** al empezar el año el Dr. Agustí ya está jubilado pero sigue viniendo al HSC. La Alianza compra por fin el Hospital y es nombrado Director el Dr. Sanchis, el cual intenta que cada servicio firme contrato laboral.

El 11 de enero, cena homenaje al Dr. Agustí en el restaurante “Siete Puertas”. Le regalamos una bandeja de plata, una foto de todo el Servicio y la siguiente poesía:

1-Ens hem reunit aquí
en tan bona companyia
per fer honor i pleitesia
al company JUAN AGUSTI.

2- Bon company, metge eminent,
sempre als malalts entregat,
recte, seriós, amatent,
estudiós, senzill i honrat.

3 –L’hi ofereixo, aquesta nit
amb molt bona voluntat
un retrat de tot l’equip
amb tres versos mal forjats.

4 – Començarem per les nenes,
i seguirem per els doctors,
no passeu ànsia ni penes,
doncs crec que n’hi haurà per tots.

5 –Sempre un xic embarassada
però molt fina i molt formal
no en tindrem mai cap de igual
com la Montse Guasch Cortada.

6 –La Rosa ja es punt i apart.
son molts anys de convivència,
es molt dolça, te paciència

i a més no fa mai tard.

7 –Te migranyes, vertigen, tos
però es noia molt eficient,
jo hi treballo molt content
amb la Pilar Raventós.

8 – De la Cheli, que os dire?
que omple el Servei d’alegria,
que te gracia i simpatia,
i que instrumenta molt be.

9 –Alta, rosa angelical
amb ulls blaus i amb gran finura
practica l’acupuntura
la doctora Mercadal.

10 –Os diré que en Camarasa
domina la Cirugía
te un barco com una casa
es casat amb la María.

11 –Ara hi és... però no hi és
rei de les lipectomies
qui es, ho endevinaríes?
i tant... es l’August Andrés.

12 – Al Pere totes li ponen
és el gall del galliner
totes li fan bon paper
però en ell...tan se li endonen.

13 –L’últim sec i arrugat
però molt sincer i molt noble
com bon fill del nostre poble
el vostre amic Dr. Prat.

14 – Tots plegats os desitgem
molta salut I alegria
que augmenti de dia en dia
sense fi ni acabament.

Amb molta fe i esperança
os desitjo a tots també,
que no vingui l’Aliança
i ens posi al mig del carrer.

Miércoles 16 de enero, se realiza la venta del HSC a “La Alianza”.

El lunes 28 opero con el Dr. Agustí un hígado en HSC (última operación con él).

Año **1982**. En Noviembre cumpliré 64 años. Voy al HSC cada día por la mañana en donde visito y opero con los doctores Camarasa, Salord y Cardona. Los viernes tenemos sesión clínica. Por las tardes visito en el Ambulatorio de Cirugía de la calle Manso y después hago las defunciones del Registro Civil.

En Enero sufro una crisis de taquicardia paroxística, que me obliga a ingresar en la U.C.I durante unos días.

Año **1983** se celebra el centenario del hospital, sobre el cual el Dr. Agustí escribe un trabajo que más tarde fue publicado. Junio de 1983, nombrado director el Dr. José Jurado(5-6).

En el año **1988**, sigo como Jefe del Servicio de Cirugía en el H.S.C. y me ayudan los doctores Camarasa, Salord, Cardona y Hassan.

En el año **1989** me he jubilado del Registro Civil y del SOE. He cumplido 70 años y sigo acudiendo al HSC cada día.

En abril de este mismo año, el martes, día 4 por la tarde voy a la Real Academia de Medicina a escuchar al Dr. Agustí que a pesar de su neoplasia de pulmón, da una charla sobre "100 años del Hospital del Sagrado Corazón".

En el año 1990 continuó trabajando hasta final de año en que pacto con el Dr. Jurado mi jubilación.

Año **1991**. He tramitado en el HSC mi jubilación pero continuo yendo al Hospital y colaborando con los doctores del servicio cada jueves para mantener el contacto con ellos.

REFERENCIAS

1. Camarasa Isanta J. Semblança biogràfica del Dr. Joan Agustí i Peypoch. *Ann Sagrat Cor* 2005; 11: 19. Disponible a : http://www.annalsdelsagratcor.org/pdf/portada1_05.pdf
2. Dr. D. José M^a Bartrina. Disponible a: http://www.academia.cat/ebdml/1186/libro_oro_06.pdf
3. Agustí Peypoch J. Antonio Gallart Esquerdo. Disponible a: <http://www.raco.cat/index.php/Revista-RAMB/article/viewFile/70934/91004>
4. Cararach V. Muere el Dr. Francesc Abel Fabre, cofundador de Medicus Mundi. *Medicus Mundi Catalunya* 2012;134:7-8.
5. Miserachs i Busqué N. Dr. José Jurado. *Ann Sagrat Cor* 2008;15:30
6. Miquel C. Dr. José Jurado. *Ann Sagrat Cor* 2008;15:30-31. Disponible a : <http://www.annalsdelsagratcor.org/pdf/Marzo08.pdf> ●



Índex vol.21



A

- Aguas Compaired, M. 7, 143, 144
Arboix Damunt, A. 31, 58
Argimon Pallas, J. 36
Arriba Arbau, A. 109

B

- Balcells Riba, M. 100, 140
Barba Sopeña, S. 119
Barrera Aguilera, N. 58
Batet Masferrer, R. 6, 143
Becerril Martínez, N. 81
Bernal Claverol, M. 63

C

- Calvo Balcells, N. 121

- Casanova Braun, T. 76
Centelles Ruiz, M. 118
Conesa Folch, N. 92,93,94,95,96,97
Corcuera Romero de la Devesa, R. 94, 95,96,97
Cruz Oliveras, A. 92, 93, 94, 96, 97

D

- De Sanctis Briggs, V. 144
Delás Amat, J. 29, 60, 89, 141

E

- El Hilali Maso, N. 62, 143
Esteve Paños, MJ. 92, 93,94,95,96,97
Euba Ugarte, G. 134

F

- Fibla Alfara, JJ. 37

G

- García Correa, AM. 23, 85
Gil de Bernabé, E. 100
Godayol Arias, S. 92, 93,94,95,96,97
González Marín, E. 92, 93, 94,95,96,97
Grivé Isern, E. 23, 85, 138



I

- Insensé Cortinas, MA. 143
 Irache Esteban, E. 119
 Isidro Llorens, A. 39

J

- Juliá Amill, M. 95,96, 97
 Julià Garcia, A. 127

L

- López E, 143
 Lozano Miñana, A. 120

M

- Machengs Bruquetas, I. 118
 Marí Muro, M. 130
 Martí Ejarque, M. 19
 Mas Grau, O. 5
 Massons Cirera, J. 31, 32

- Massip Bonastre, S. 144
 Mata Haya, L. 98, 100
 Mateos Calvo, M. 116
 Montalbán Martínez, E. 19
 Moral Guiteras, M. 95,96, 97
 Morcillo Serra, C. 57

N

- Nolan Ruas Rego Canha, C. 135
 Nova Marqués, JA. 83
 Nuevo Muñoz, S. 143

O

- Olarte Tobon, Ana M. 138

P

- Palacín Vitalla, G. 47
 Parra Ordaz, O. 31
 Parra Macias, N. 60
 Pons de Beristain, C. 59
 Prat, B. 148
 Prat Cereceda, J. 148
 Pou Ribalta, N. 144

R

- Raboso Fidalgo, A. 87
 Reig Canyelles, M. 74
 Ribas Ribalta, MJ. 95,96,97
 Rodríguez Barber, E. 67



CITACIONS :

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

Autor/s. Títol (...). Ann Sagrat Cor 2014; 21: pàg. Inicial-final.

Rodríguez Montolio, J. 79

Ruiz Aguinaga, ML. 98

Ruiz Moreno, J. 92, 93, 94, 95, 96, 97

Ruiz Pontes, A. 124

S

Sagrera Felip, C. 98

Salvá Ribas, M. 92, 93, 94

Sánchez López, MJ. 25, 29, 89, 141

Sanz Laburta, M. 109

Sanz Serra, P. 71

Seguí Montesinos, J. 109, 114

Suárez Álvarez, N. 95, 96, 97

V

Velasco Soria, E. 92, 93, 94

Villadiego López, K. 118

W

Werlich, L. 69

Programa sessions de residents Hospital Universitari Sagrat Cor

1r trimestre. Curs acadèmic 2014-2015

Horari: dimarts, 13h30m
Lloc: sala d'actes 7a planta hospital

Coordinació: Dra. Núria Barrera i Dr. Adrià Arboix

GENER 2015

- Dimarts 6** Festiu
- Dimarts 13** Neuroradiologia. *Dra. Grivé*
- Dimarts 20** Maneig inicial de la sepsis a urgències. *Dr. Alomar*
- Dimarts 27** Revisió de la medicació. Servei de farmàcia

FEBRER 2015

- Dimarts 3** Radiologia de tòrax. *Dra. Simó*
- Dimarts 10** Insuficiència renal aguda. *Dr. Pelegrí*
- Dimarts 17** Malalties de transmissió sexual. *Dr. Gutiérrez*
- Dimarts 24** Actualització d'infeccions dermatològiques. *Dra. Melé.*

MARÇ 2015

- Dimarts 3** Sessió de pneumologia. *Dr. Manrique*
- Dimarts 10** Urgències d'oftalmologia. *Dr. Ortiz*
- Dimarts 17** Sessió de cardiologia. *Dra. Rafel*
- Dimarts 24** Esclerosi Múltiple. *Dr. Massons*
- Dimarts 31** Setmana santa

Programa sessions de residents Hospital Universitari Sagrat Cor

2n trimestre 2015

Horari: dimarts, 13h30m
Lloc: sala d'actes 7a planta hospital

Coordinació: Dra. Núria Barrera i Dr. Adrià Arboix

ABRIL 2015

- Dimarts 7** Malalties de transmissió sexual. *Dr. Gutiérrez*, servei d'urologia
- Dimarts 14** Ventilació mecànica no invasiva. *Dra. Galdeano*, servei de pneumologia
- Dimarts 21** Infeccions: de l'hemocultiu a l'antibiograma. *Dra. García*, servei de medicina interna
- Dimarts 28** Infeccions: antibiòtics per patologies. *Dra. García*, servei de medicina interna

Sessió extraordinària de neurologia, 22 d'abril, 13h30':
Aspectes genètics en els ictus i la seva repercussió assistencial. Dr. Israel Fdez-Cadenas

MAIG

- Dimarts 5** Desnutrició. *Dra. Pons*, servei de farmàcia
- Dimarts 12** Espirometria. *Dra. Parra*, servei de pneumologia
- Dimarts 19** Psiquiatria, servei de psiquiatria
- Dimarts 26** Psiquiatria, servei de psiquiatria

JUNY

- Dimarts 2** Epilèpsia. *Dr. Comes*, servei de neurologia
- Dimarts 9** Ascitis a urgències. *Dra. Chabri*, servei de digestiu
- Dimarts 16** Valoració geriàtrica i xarxa de recursos en geriatria. *Dra. G. Valls*, servei de medicina interna
- Dimarts 23** Revetlla de St. Joan
- Dimarts 30** Sd. Geriàtrics. *Dra. G. Valls*, servei de medicina interna