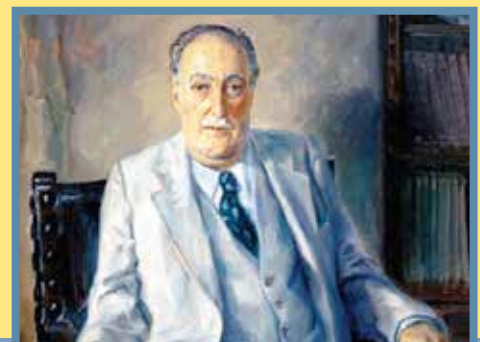


Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2016.
Volum 23. Número 2. Publicació trimestral

EDITORIAL.....	56
DEBAT. TÉ VIGÈNCIA L'ANAMNESI AVUI EN DIA? • <i>Dr. Miquel Balcells</i> • Anamnesis dels pacients, avui. <i>Lucía Mata Haya</i> • La necesidad de una correcta anamnesis farmacoterapèutica. <i>Margarita Aguas</i>	57
ORIGINALS.....	60
Demència vascular:prevenció i tractament. <i>Laura Güell Espigol</i>	
CASOS CLÍNICS.....	65
• Hematoma espinal subdural iatrogènic per apixaban: revisió a propòsit d'un cas clínic. <i>Alba Colell</i> • Carcinoma neuroendocrino de colon. Presentación, diagnòstic i terapèutica. <i>Ignacio Saguier Padilla, Antonio Cárdenas</i> • Quiste de Baker complicado. <i>Felip Orient López, M^a Dolores Sort Granja(a), M^a Dolores Sánchez Corretger, Carlos Agudo Fernández, Jesús Tinoco González</i>	
DIAGNÒSTIC PER IMATGES DEL SERVEI DE RADIODIAGNÒSTIC.....	76
Lesió parafaríngea. <i>Iacopo Ciampa, Elisenda Grivé Isern</i>	
NOTA TÈCNICA.....	78
Guia de radioprotecció del personal quirúrgico del Hospital Universitari Sagrat Cor. <i>Mar Martí Ejarque, Carlos Castejón Sánchez, Elena Montalbán Martínez</i>	
ARTICLE ESPECIAL.....	80
Llamamos a nuestro país Ghana y ésta es nuestra formación en medicina. <i>Michael Busia, Michael Osei Agyapong</i>	
RECERCA.....	82
• Tesi doctoral. Factors associats i de resposta al tractament en el trastorn de joc: determinants en població clínic. <i>M.Neus Aymami i Sanromà</i> • Memòria d'activitats del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) 2015. <i>Montserrat Granados Plaza, Margarita Aguas Compaired</i>	
L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA.....	89
Unidades de patología mamaria • Patología mamaria. <i>Dr. Eduardo Basilio</i> • Més de 20 anys d'unitat de patología mamària a l'husc. I seguim. <i>Dr. Santiago Barba</i> • ... Por goleada. <i>Dr. Antonio Segade</i>	
Dr. Carles Pijoan de Beristain: l'home, el cardiòleg, el personatge • Dr. Carles Pijoan de Beristain, una biografia. <i>Pol Pijoan Rojge</i> • Primera junta democrática del COMB (1976-1982). <i>Antoni Mirada i Canals</i> • Maestro y amigo. <i>Moisés Cadierno</i> • Dr. Pijoan al cor. <i>Carles Pons de Beristain</i>	





ANNALS del SAGRAT
COR

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://www.annalsdelsagratcor.org)
[http://issuu.com/
annals_sagrat_cor/](http://issuu.com/annals_sagrat_cor/)

LICENCIA DE USO



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



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



ANNALS DEL SAGRAT COR

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

Director

Jordi Delás

Coordinació

María José Sánchez

Redactora en cap

Lucía Montobbio Campa

Disseny i maquetació

Sònia Poch

Consell de Redacció

Margarita Aguas

Miquel Balcells

Jordi Delás

Enric Gil de Bernabé

Eduardo Irache

Lucía Mata

María José Sánchez

CONSELL EDITORIAL

Rosa Antón (Cirurgia)
José Aragón (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 El Hilali (Farmàcia)
Francesc Fernández (Medicina interna)
Juanjo Fibla (Cirurgia toràcica)
Javier Foncillas (Cirurgia)
Caterina Fornós (Medicina interna)
Rosa García-Penche (Infermeria)
Elisenda Grivé (Radiologia)
Maribel Iglesias (Dermatologia)
Albert Isidro (Traumatologia)

Joan Carles Jordà (Infermeria)
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)
Antonio Segade (Cirurgia)
Joan Seguí (Psiquiatria)
Ricard Solans (Medicina intensiva)
Juanjo Sopeña (Pneumologia)
Dolors Sort (Medicina interna)
Ignasi Valls (Ginecologia)

CONSELL ASSESSOR

Jamil Ajram
Marta Grau
Luis Hernández
Fani Labori
Gemma Martín

Eduard Mauri
Luis Medina
Laure Molins
César Morcillo

Luis M. Pérez Varela
Carles Pons
Manuel Sánchez Regaña
Cecilia Targa
Pere Torras

ACADÈMIA DELS ANNALS

Cayetano Alegre de Miquel
Joan Barceló

Eduardo Basilio Bonet
Pau Umbert Millet

Gonzalo Vidal López

Summary

Annals del Sagrat Cor, 2016;

Volume 23, Issue 2

EDITORIAL.....	56
DISCUSSION: TODAY, THE ANAMNESIS IS STILL VALID?.....	57
ORIGINALS.....	60
• Vascular dementia: prevention and treatment. <i>Laura Güell Espígol</i>	
CLINICAL CASES.....	65
• Apixaban-related iatrogenic spinal subdural hematoma: review and case report. <i>Alba Colell</i>	
• Neuroendocrine carcinoma of the colon. Presentation, diagnosis and therapeutics. <i>Ignacio Sagüer Padilla, Antonio Cárdenas</i>	
• Complicated Baker's cyst. <i>Felip Orient López, M^a Dolores Sort Granja, M^a Dolores Sánchez Correiger, Carlos Agudo Fernández, Jesús Tinoco González</i>	
DIAGNOSIS IMAGING. RADIODIAGNOSIS DEPARTMENT	76
• Parapharyngeal lesion. <i>Iacopo Ciampa, Elisenda Grivé Isern</i>	
TECHNICAL NOTE.....	78
• Surgical team radiation protection guide of the Hospital Universitary Sagrat Cor. <i>Mar Martí Ejarque, Carlos Castejón Sánchez, Elena Montalbán Martínez</i>	
SPECIAL ARTICLE.....	80
• We call our country Ghana and this is our practice of medicine. <i>Michael Busia, Michael Osei Agyapong</i>	
RESEARCH	82
• Doctoral tesis. <i>Neus Aymami i Sanromà</i>	
• Report from Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) 2015. <i>Montserrat Granados Plaza, Margarita Aguas Compaired</i>	
HOSPITAL'S HISTORY.	89
• Breast Unit	
• Dr. Carles Pijoan de Beristain: the man, the cardiologist, the character.	

Editorial

Galeria de metges

Si ens preguntessin per a una **tècnica en medicina** que fos rentable, exempta d'efectes indesitjables i guaridora en si mateixa, una bona resposta seria parlar, parlar amb els pacients. Podem revisar un cas, recolzar-nos en la bibliografia, elaborar un protocol, entrar dades, dissenyar un estudi, però... hem parlat amb ells, amb les persones que atenem? En l'era dels ordinadors, de les bases de dades, de les interconsultes virtuals, segueix sent vàlid allò que una visita no és una bona actuació si el pacient no surt d'ella trobant-se millor?

La vigència de l'anamnesi és el tema del debat d'aquest número. A més a més de les seccions clàssiques, presentem la reflexió d'un estudiant de Ghana que ens parla, arran de la seva estada d'estiu al nostre Hospital, sobre la medicina en el seu país.

Rebem amb notable satisfacció una nova tesi doctoral: aquesta vegada de la Dra. Neus Aymamí. La seva rigorosa i fonamentada trajectòria compta amb una llarga estada en el nostre Hospital.

En la nostra vocació de constituir un centre d'interpretació de l'Hospital, hem trobat una gran aliança en la Galeria de Metges Catalans. Mitjançant la seva web <http://www.galeriametges.cat/index.php>, pretén donar a conèixer els metges i metgesses que han destacat al llarg de la història, ja sigui per la seva activitat mèdica, científica o docent com també social, cultural o política. Amb l'ànim

de retre'ls l'homenatge que es mereixen i alhora mantenir la seva memòria. Moltes d'aquestes biografies ens permeten entendre molt millor els temps actuals, a la vegada que il·lustren el nostre context amb noves visions de metges que han estat cabdals en el desenvolupament de l'Hospital del Sagrat Cor. **Salvador Cardenal i Fernández** (València, 1852 - Barcelona, 1927) gran desenvolupador de la moderna cirurgia catalana i un dels primers caps de servei i directors del nostre Hospital, **Hermenegild Puig i Sais** [Albons, 1860 – Barcelona, 1941], Cap de Servei de Medicina Interna des de 1907, **Àngel - Santos Palazzi i Duarte** (Ciudad de Bolívar (Veneçuela), 1909 – Barcelona, 1993], Cap de Servei de Traumatologia.

Fruit d'aquesta col·laboració i també amb el Col·legi de Metges, el 2 de juny de 2016 s'ha fet una sessió commemorativa del centenari del naixement del Cap de Servei de Cardiologia, Carles Pijoan de Beristain (Barcelona, 1914– 1989) <http://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=KDH>. En aquesta sessió es ret homenatge al metge, al cardiòleg i el personatge que va liderar la primera Junta Democràtica del Col·legi de Metges de Barcelona, coincidint amb el 40 aniversari d'aquesta elecció. I amb ell, també a tots aquells companys que varen contribuir a la transformació d'una part sensible de la societat i de la prestació dels serveis a la població en matèria de salut. ●



Té vigència l'anamnesi avui en dia?

Valor de la historia clínica

Dr. Miquel Balcells

La pràctica del acte mèdic se concreta en la realització sucesiva de la historia clínica, exploració, diagnòstic, pronòstic i tractament a seguir.

La historia clínica en ocasions requereix la participació dels familiars o amics, i ha de realitzar-se de manera minuciosa i detallada. Moltes vegades la anamnesi orienta el diagnòstic de la malaltia; sirva d'exemple que davant un malalt amb cefalea, el diagnòstic de migraña o cefalea de tensió, entre altres, se realitza amb la anamnesi, ja que l'exploració sempre és anodina, llevat que en aquell moment el migrañoso patisca una crisi.

Dos aspectes han de cuidar-se: el primer és comprendre el que nos diu el malalt, el llenguatge emprat ha de significar el mateix per als dos, malalt i metge. Una paraula inespecífica com mareig, o reumatisme, han de matitzar-se per valorar un símptoma determinat. En aquests casos, el facultatiu, ha de posar exemples variats per que el malalt escull el que creu més adequat o semblant als seus símptomes.

El segon aspecte, igualment important, és interrompre detalls no propis del motiu de la consulta, detalls que fan referència a circumstàncies ambientals o esdeveniments colaterals; tots ells només allarguen inútilment el temps de la consulta.

En moltes ocasions, quan el metge sospeta un quadre determinat, pot servir-se de preguntes específiques; per exemple, davant un malalt que explica símptomes recurrents i passagers

de parestesies, inestabilitat, podem preguntar -el que escriu aquestes línies és neuròleg-: "¿ha tingut episodis de micció imperiosa, alteracions de l'equilibri, visió borrosa en un ull o la sensació d'una descàrrega elèctrica que baixa per la columna cervical quan realitza un moviment brusca amb la capçalera?" En cas afirmatiu podem presumir que el malalt patisca una esclerosi múltiple. Davant un malalt que se queixa de fatiga, se li pot preguntar: "si pren un Gin Tonic, ¿ve usteu doble?" en cas afirmatiu és possible que el malalt patisca miastènia -la quinina de la beguda, interfereix la unió neuromuscular dels nervis oculomotors, que generalment són els primers en patir d'aquesta malaltia-.

La manera de comença el quadre, la seva evolució, duració, presentació recurrente de accessos, de hores o pocs dies de duració, han de preguntar-se sempre.

La bona historia orienta cap a on hem de centrar l'exploració clínica i igualment sobre quines exploracions complementàries hem de sol·licitar. Una indicació sobre la hipòtesi diagnòstica, sempre és d'ajuda per a

la pràctica de l'exploració amb imatge (TAC, RM, ecografia, etc.).

En cas de dubte, una vegada realitzada la historia, l'exploració clínica i les exploracions complementàries, el rehacer la historia clínica i l'exploració pot ser de gran utilitat. Finalment la pràctica de l'anamnesi és l'oportunitat d'establir una bona relació malalt-metge, circumstància sempre desitjable. ●



Anamnesi dels pacients, avui

Lucía Mata Haya

Què hi ha de diferent en el procés de realitzar una anamnesi ara, a la que es feia fa anys?

Anamnesi: f 1 DIAG Indagació dels antecedents familiars, fisiològics, patològics, etc., d'un malalt amb vista a la diagnosi.

Analitzem aquesta breu definició on resta clar que l'objectiu de l'anamnesi ben recollida és el diagnòstic, i per quelcom no constatat, ens fa pensar que aquesta relació entre l'anamnesi i el diagnòstic pot haver canviat. Probablement hi ha diferències que tenen a veure amb l'evolució natural del temps i les coses. La medicina està cada cop més especialitzada, les persones vivim més i, per tant, anem afegint patologies i cronicitats, les noves graduacions de metges i infermeres són de la generació de la informació immediata, dels fluxgrams resolutius i l'encreuament automàtic i ràpid de diferents informacions. D'altra banda la informatització de la Història Clínica (HC) i tot el que envolta el procés assistencial com per exemple la prescripció, també informatitzada, ens fa pensar que com tot està escrit, està a l'abast de tothom.

Però no és el mateix una bona anamnesi que una cerca de totes les anotacions. L'anamnesi necessita una entrevista, escolta activa, exploració, retroalimentació informativa i deixar fluir el que el pacient vol explicar a la seva manera.

L'anamnesi tranquil·la, que ens porta a l'objectiu diagnòstic resultant, ha de ser un procés de cuina lenta, amb ingredients coneguts i provats, que hem d'anar combinant segons l'experiència prèvia i el gust que hi volem donar.

ANAMNESIS

- La anamnesis tiene por objeto determinar el estado de salud o enfermedad del paciente y suele obtenerse a través de la entrevista planeada.
- Cabe definir la ENTREVISTA como un diálogo entre el paciente y la enfermera de carácter personal.



Cal respectar l'ordre de cada recepta i no passar al segon ingredient o al segon pas, fins a haver preparat suficientment l'anterior i haver-nos assegurat què és el que va aquí. L'orientació del metge de capçalera generalista ha canviat. La limitació de temps en la seva consulta és una dificultat per l'escolta activa. El pacient actual sembla que ha d'anar explicant un bocí de què li passa a cada especialista, i de quina petita part del cos li fa mal, on sent quelcom estrany.

Si el diagnòstic és difícil a causa d'allò que el pacient sent o explica... hi ha el perill de què es busqui ràpidament el fluxgrama mental o virtual que més hi encaixi, o que es miri la HC informatitzada on el llistat de les vistes a consultes, o proves fetes per diferents professionals, facin pensar que tenim davant un pacient histèric, psicossomàtic o fins i tot hipocondríac. Pesat.

LA VALORACIÓN FÍSICA

El examen físico se realiza en dirección céfalo-caudal, considerando en diferentes regiones los sistemas y vísceras que deben ser evaluadas.

Técnicas utilizadas:

- Inspección
- Palpación
- Auscultación
- Percusión

Si el pacient al principi de la seva preocupació no ha coincidit amb algú que practiqui l'anamnesi a la manera clàssica o sistemàtica, exploració craneu caudal o per aparells, potser es vagin acumulant factors que poden fer que tot s'allargui innecessàriament, es faci més carregós pel professional, i un risc pel pacient, que tenint més possibilitats d'atenció que mai, se sent cada cop més sol.

Tot això és quelcom mai constatat científicament, però que poc o molt hem pensat. ●

La necesidad de una correcta anamnesis farmacoterapéutica

Margarita Aguas

Realizar una historia farmacoterapéutica completa y correcta al ingreso hospitalario es parte importante de la anamnesis médica. Una historia farmacoterapéutica errónea o incompleta puede no detectar problemas relacionados con la medicación y causar interrupciones o utilización inadecuada de los medicamentos que el paciente requiere de forma crónica. Si estos errores, además, se perpetúan al alta hospitalaria, pueden afectar tanto a la efectividad como a la seguridad del paciente.

Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en pacientes hospitalizados. Se han publicado que la mitad se producen en procesos relacionados con las transiciones asistenciales. En este sentido, numerosas publicaciones ponen en evidencia el elevado número de errores que se cometen al realizar la historia farmacoterapéutica domiciliaria al ingreso del paciente en el hospital. Incluso se llega a atribuir a este hecho el 50% de los errores de la medicación que se producen en el hospital y hasta del 20% de los efectos adversos detectados.

Diversos factores contribuyen a que con frecuencia la cumplimentación de las historias sea inadecuada: la alta

prevalencia de pacientes pluripatológicos y polimedicados, la falta de tiempo suficiente para valorar completamente la terapia del paciente por parte del médico en el momento del ingreso, la carencia de registros únicos para los distintos niveles asistenciales y la poca fiabilidad de los que existen. Además, en el paciente anciano por sus especiales características (variabilidad interindividual, fragilidad y reducción de la homeostasis), un error en la utilización de medicamentos tiene más riesgo de producir daño que en uno que no lo es.

La verificación de la lista completa y correcta, con el paciente, de la mediación que toma y la actualización de su registro en la historia clínica, son elementos esenciales para asegurar la coherencia con la nueva medicación que se le prescribe. Las discrepancias de medicación no detectadas pueden ser una de las causas que motivan el actual problema de salud del paciente, o bien pueden conducir a la aparición de errores asociados a la medicación en el futuro. Esto podría derivar en una iatrogenesis evitable al paciente y un consumo innecesario de recursos del sistema. ●



Originals

Demència vascular: prevenció i tractament

Demencia vascular: prevención y tratamiento

Vascular dementia: prevention and treatment

Laura Güell Espigol

R1 Medicina Familiar i Comunitària, Hospital Universitari Sagrat Cor

RESUM

La demència vascular és una patologia adquirida que consisteix en un deteriorament progressiu de les funcions mentals superiors i una incapacitat funcional.

Des del punt de vista clínic, la demència vascular es pot manifestar amb dèficits cognitius (afàsia, apràxia) o bé en forma de demència subcortical (bradipsíquia, bradicinèsia i síndrome disexecutiu).

Pel que fa al diagnòstic diferencial amb la malaltia d'Alzheimer, en aquesta última predomina la pèrdua de memòria mentre que en la demència vascular hi ha una major afectació de funcions executives. Això no obstant, cada vegada són més freqüents els diagnòstics de demència mixta, tot i que la majoria dels criteris diagnòstics actuals no reconeixen aquesta entitat com a tal.

Com a concepte general, la prevenció del deteriorament cognitiu vascular equival a la prevenció de la malaltia cerebrovascular. Els principals factors de risc són l'edat i la hipertensió.

Pel que fa al tractament, els estudis millors dissenyats han obtingut resultats positius amb fàrmacs anti-Alzheimer (inhibidors de l'acetilcolinesterasa i memantina), però la guia terapèutica de la EFNS considera insuficients les dades actuals per donar suport a aquest tractament.

ABSTRACT

Vascular dementia is an acquired condition which consists in a progressive deterioration of higher mental functions and functional disability.

From a clinical point of view, vascular dementia may manifest in cognitive decline (aphasia, apraxia) or subcortical dementia (bradypsychia, bradychinesia, and dysexecutive syndrome).

For differential diagnosis from Alzheimer disease, memory loss prevails in the latter while in vascular dementia there is a higher damage of the executive functions. However, diagnosis of mixed dementia is increasingly common, although most actual diagnostic criteria do not recognize this entity as such.

As a general concept, the prevention of vascular cognitive impairment equals prevention of the cerebrovascular diseases. The main risk factors are age and hypertension.

Regarding treatment, the best designed studies reported positive outcomes with anti-Alzheimer drugs (acetylcholinesterase inhibitors and memantine)

Paraules clau: demència vascular; deteriorament cognitiu; ictus; trastorns cerebrovasculars; inhibidors de la colinesterasa.

Keywords: vascular dementia; cognitive impairment; stroke; cerebrovascular disorders; cholinesterase inhibitors.

Rebut: 8-febrer-2016

Aceptat: 3-març-2016

Correspondència: lauraguespigol@gmail.com

INTRODUCCIÓ

La demència és una síndrome adquirida i progressiva produïda per una afectació orgànica que, en pacients sense alteració de la consciència, produeix un deteriorament persistent de diverses funcions mentals superiors que provoquen una incapacitat funcional en l'àmbit social, laboral o familiar del malalt, produint la pèrdua de les capacitats prèvies del mateix [1]. La malaltia d'Alzheimer és la demència més freqüent, la segueix la demència vascular o multi infart. Els estudis poblacionals en el nostre medi permeten afirmar que a Europa la demència afecta aproximadament a un 5-8% dels individus de més de 65 anys, a un 15-20% dels de més de 75 anys i a un 25-50% dels de més de 85 anys [2].

OBJECTIUS

Conèixer les principals característiques diferencials de la demència vascular respecte la malaltia d'Alzheimer. Identificar les mesures preventives i terapèutiques disponibles en l'actualitat i conèixer la seva eficàcia.

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE DEMÈNCIA VASCULAR DSMV [3]

- Dèficit cognitiu en algú dels següents camps: aprenentatge i memòria, llenguatge, funcions executives, atenció, activitat constructiva (planificació, organització, etc).
- Els dèficits cognitius causen un deteriorament significatiu en l'àmbit funcional i/o social i suposen un empitjorament del nivell funcional previ del pacient.
- Els dèficits no apareixen exclusivament en el curs d'un deliri.
- Els signes neurològics focals, els símptomes i l'evidència en les proves complementàries han de ser etiològicament congruents i estar relacionades amb els dèficits.
- Els dèficits cognitius no s'expliquen millor en el context d'un altre trastorn mental (trastorn depressiu major, esquizofrènia) o trastorn sistèmic.

MANIFESTACIONS CLÍNiques

Des del punt de vista clínic podem distingir dos patrons neuropsicològics ben definits [4]. Un primer patró, que consisteix en la presència de dèficits cognitius distribuïts de forma desigual, que afecten a funcions cognitives concretes, i que depèn de la localització de la lesió. Podem observar síndromes d'hemisferi dominant (diferents graus d'afàsia de Broca, afàsia de Wernicke, afàsia motora transcortical, apràxia gestual o constructiva, acalculia) o d'hemisferi no dominant (associat amb diferents graus d'heminegligència, anosognòsia, hemiasomatognòsia, apràxia constructiva, desorientació topogràfica, apràxia del vestir).

Un segon patró cognitiu ben diferenciat de l'anterior és el del deteriorament cognitiu o demència subcortical, que sol caracteritzar-se per la presència de bradipsíquia i bradiginèsia, síndrome disexecutiu, dificultats en la recuperació de material prèviament après, estant altres funcions com el llenguatge, les pràxies i les habilitats visuog-nòsiques generalment preservades.

La demència és una síndrome adquirida i progressiva produïda per una afectació orgànica que, en pacients sense alteració de la consciència, produeix un deteriorament persistent de diverses funcions mentals superiors que provoquen una incapacitat funcional en l'àmbit social, laboral o familiar del malalt, produint la pèrdua de les capacitats prèvies del mateix [1]. La malaltia d'Alzheimer és la demència més freqüent, la segueix la demència vascular o multi infart. Els estudis poblacionals en el nostre medi permeten afirmar que a Europa la demència afecta aproximadament a un 5-8% dels individus de més de 65 anys, a un 15-20% dels de més de 75 anys i a un 25-50% dels de més de 85 anys [2].

OBJECTIUS

Conèixer les principals característiques diferencials de la demència vascular respecte la malaltia d'Alzheimer. Identificar les mesures preventives i terapèutiques disponibles en l'actualitat i conèixer la seva eficàcia.

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE DEMÈNCIA VASCULAR DSMV [3]

- Dèficit cognitiu en algú dels següents camps: aprenentatge i memòria, llenguatge, funcions executives, atenció, activitat constructiva (planificació, organització, etc).
- Els dèficits cognitius causen un deteriorament significatiu en l'àmbit funcional i/o social i suposen un empitjorament del nivell funcional previ del pacient.
- Els dèficits no apareixen exclusivament en el curs d'un deliri.
- Els signes neurològics focals, els símptomes i l'evidència en les proves complementàries han de ser etiològicament congruents i estar relacionades amb els dèficits.

- Els dèficits cognitius no s'expliquen millor en el context d'un altre trastorn mental (trastorn depressiu major, esquizofrènia) o trastorn sistèmic.

MANIFESTACIONS CLÍNiques

Des del punt de vista clínic podem distingir dos patrons neuropsicològics ben definits [4]. Un primer patró, que consisteix en la presència de dèficits cognitius distribuïts de forma desigual, que afecten a funcions cognitives concretes, i que depèn de la localització de la lesió. Podem observar síndromes d'hemisferi dominant (diferents graus d'afàsia de Broca, afàsia de Wernicke, afàsia motora transcortical, apràxia gestual o constructiva, acalculia) o d'hemisferi no dominant (associat amb diferents graus d'heminegligència, anosognòsia, hemiasomatognòsia, apràxia constructiva, desorientació topogràfica, apràxia del vestir).

Un segon patró cognitiu ben diferenciat de l'anterior és el del deteriorament cognitiu o demència subcortical, que sol caracteritzar-se per la presència de bradipsíquia i bradicinèsia, síndrome disexecutiu, dificultats en la recuperació de material prèviament après, estant altres funcions com el llenguatge, les pràxies i les habilitats visuognòsiques generalment preservades.

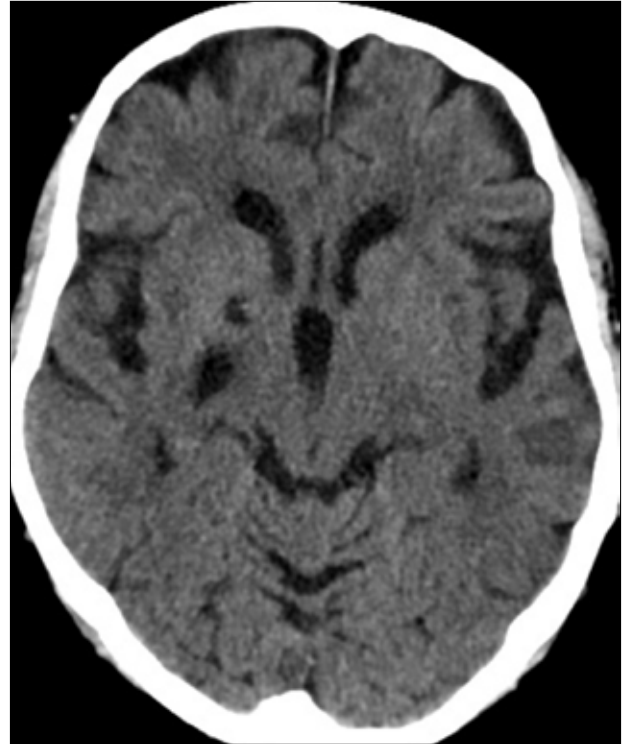
DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL AMB LA DEMÈNCIA D'ALZHEIMER

La malaltia d'Alzheimer es caracteritza per un deteriorament cognitiu continu no atribuïble a altres patologies del sistema nerviós central o a malalties sistèmiques, mentre que la demència vascular s'acompanya d'evidència de patologia cerebrovascular, com mostra la figura 1, que es considera etiològicament relacionada amb la demència. Això no obstant, exàmens clínicopatològics mostren una relació entre la presència de lesions vasculares i l'expressió del deteriorament cognitiu en pacients amb malaltia d'Alzheimer [4].

Pel diagnòstic diferencial d'ambdues malalties és fonamental valorar el patró del deteriorament cognitiu. En general, els pacients afectes de malaltia d'Alzheimer, que és el prototipus de demència cortical, mostren una major pèrdua de memòria i de més llarga evolució, mentre que els pacients afectes de demència vascular presenten una major afectació de funcions executives [4]. Mentre que la malaltia d'Alzheimer segueix un curs progressiu i un inici gradual, la demència vascular es relaciona amb símptomes focals neurològics o evidència de malaltia cerebrovascular. En ambdós processos l'edat avançada constitueix el factor de risc més important.

L'absència de criteris diagnòstics clars i la falta de marcadors biològics específics provoquen en la pràctica clínica habitual, que el diagnòstic diferencial entre ambdós processos no sigui sempre evident. Cada vegada són més freqüents els diagnòstics de demència mixta tot i que la majoria dels criteris diagnòstics actualment utilitzats no reconeixen aquesta entitat com a tal [4].

Figura 1. TC CRANEAL: Signes de leucoaraiosi moderada i infarts ilacunars crònics capsulo-lenticulars drets.



MESURES PREVENTIVES

Com a concepte general, la prevenció del deteriorament cognitiu vascular equival a la prevenció de la malaltia cerebrovascular.

La HTA i l'edat són els principals factors de risc per patir una malaltia cerebrovascular, i a més, es relaciona amb la probabilitat de desenvolupar algun grau de l'espectre clínic del deteriorament cognitiu. El diagnòstic i control de la HTA és una de les principals estratègies per disminuir la probabilitat de patir una malaltia cerebrovascular i el deteriorament cognitiu [5,6]. No obstant no existeix una evidència convincent de què el descens de la PA previngui el desenvolupament de demència o deteriorament cognitiu en pacients hipertensos sense aparent malaltia cerebrovascular prèvia [7].

Els pacients amb DMII presenten una major susceptibilitat a l'arteriosclerosi i una major prevalença de factors de risc d'aterogènesi (HTA, obesitat i DLP, principalment). A més, constitueix un factor de risc independent d'ictus isquèmic [1]. La repercussió de la DM és major en les dones que en els homes.

En general, sembla que hi ha una relació clara entre la dislipèmia i el risc d'infart cerebral. Sembla que les xifres de colesterol HDL baixes constitueixen un factor de risc d'infart cerebral en els homes, situació que no està completament demostrada en les dones. Els nivells elevats de colesterol LDL es relacionen clarament amb un major risc cardiovascular i algunes guies internacionals estableixen en els seus objectius la necessitat d'un adequat control dels nivells plasmàtics de LDLc [4].

Respecte als hàbits tòxics, els coneguts efectes negatius del tabac sobre la malaltia cardiovascular i l'ictus augmenten el risc de demència vascular. L'abús crònic d'alcohol ocasiona diferents processos neurodegeneratius, inclosa la demència. Això no obstant, tot i que el consum moderat d'alcohol s'associa amb un major grau d'atròfia cerebral, també es relaciona amb un menor risc de malaltia de la substància blanca, infarts cerebrals silents i ictus [4].

Pel que fa a les cardiopaties, l'ACxFA és un factor de risc de malaltia cerebrovascular isquèmica important i tractable [4]. L'ACxFA és la cardiopatia que més freqüentment s'associa als infarts cardioembòlics, que constitueixen el subtipus d'infart cerebral de major gravetat.

Taula 1. Resum d'evidència de les mesures preventives de la guia de pràctica clínica del SNS [8]

Factors de risc vascular (HTA, DM i DLP)	
1-/2+/2-	les dades disponibles d'estudis de cohorts o d'ECA dissenyats per avaluar altres variables no permeten demostrar que el tractament dels factors de risc vascular disminueixi el risc de desenvolupar demència. No hi ha ECA adequadament dissenyats per avaluar-ho.
Consum d'alcohol o consum crònic d'AINE	
2++/2+	el consum moderat d'alcohol o el consum crònic d'AINE s'han associat a menor risc de malaltia d'Alzheimer en estudis de cohorts i de casos i controls, però no hi ha ECA que confirmen aquest benefici.

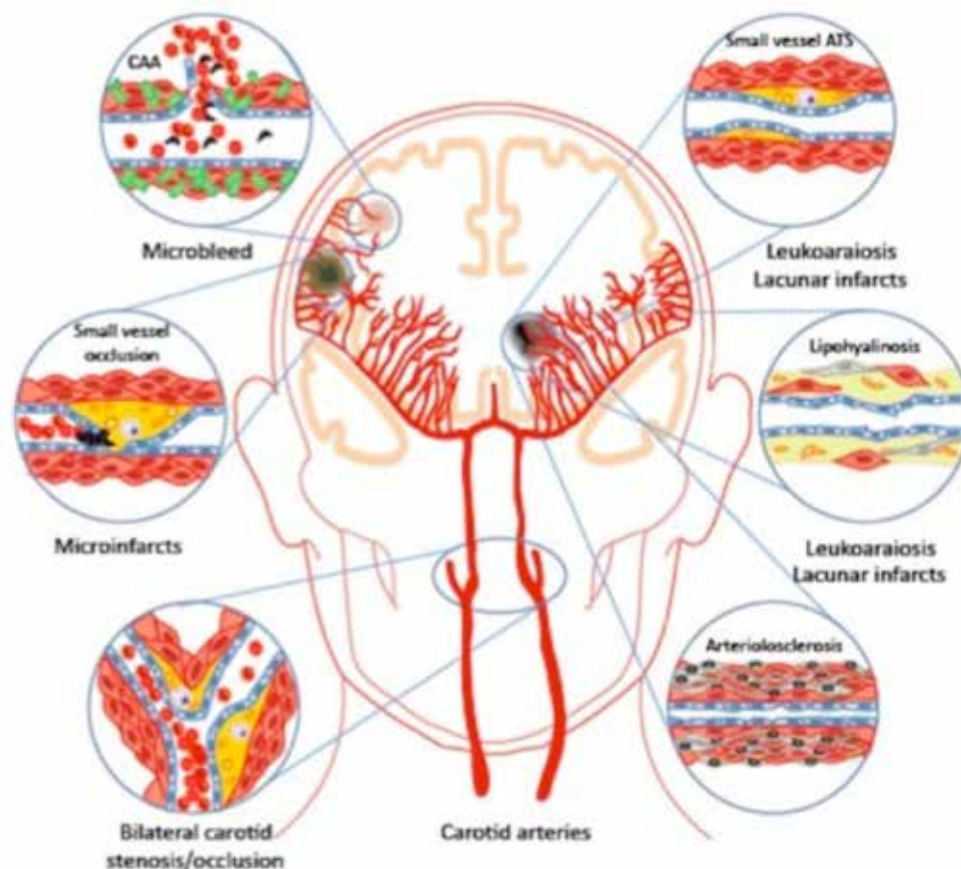
Taula 2. Recomanacions de la guia de pràctica clínica del SNS [8]

C	Es recomana el control dels factors de risc vascular (HTA, DM, hipercolesterolèmia) i els hàbits de vida saludables (consum d'àcids grassos omega-3, realització d'exercici físic i mental) per la clara evidència disponible sobre el seu benefici en altres aspectes de la salut, tot i que el seu possible benefici sobre la disminució del risc de demència no estigui recolzada per estudis apropiadament dissenyats.
C	tot i que el consum moderat d'alcohol o el consum crònic d'AINE s'han associat a menor risc de malaltia d'Alzheimer, també tenen altres riscos per la salut i no hi ha suficient evidència per recomanar-los en la prevenció de la demència.

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC DEL DETERIORAMENT COGNITIU VASCULAR

Pel que fa al tractament de la demència vascular, els estudis millor dissenyats i amb resultats positius, tot i que modestos, s'han obtingut amb fàrmacs anti Alzheimer com els inhibidors de l'acetilcolinesterasa o la memantina.

En pacients tractats amb anticolinesteràsics, el deteriorament cognitiu va ser menor, principalment en els tractats amb donepezilo i galantamina, suggerint un major benefici en pacients amb afectació cortical i múltiples lesions territorials, comparat amb els que presentaven afectació de vas



petit. En canvi, els efectes obtinguts amb el tractament amb memantina, van ser millors en el grup amb malaltia vascular cerebral de vas petit [9].

No obstant, segons la guia terapèutica de la EFNS (European journal of neurology), les dades actuals són insuficients per recolzar l'ús dels anticolinesteràsics o de la memantina en la demència vascular [10].

CONCLUSIONS

La importància mèdica de la demència vascular radica en què és una patologia molt prevalent, que implica un elevat cost sociosanitari i que és potencialment prevenible.

Un primer episodi d'ictus pot ser suficient per desenvolupar dèficits neuropsicològics permanents. Per això l'actuació sobre els factors de risc per evitar el primer ictus (prevenció primària) és molt important per prevenir l'aparició de la demència de tipus vascular.

Un cop establerta la demència vascular, no disposem d'un tractament estàndar eficaç. Les agències americana i europea reguladores del medicament (FDA i EMEA) no han aprovat la indicació de fàrmacs anticolinesteràsics ni la memantina pel tractament de la demència vascular.

BIBLIOGRAFIA

1. Demències. [Internet] Tresclicks. Atenció primària basada en l'evidència. Barcelona: Institut Català de la Salut. Disponible a: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&cidGuia=60&cidEsp=12>
2. Lobo A, Saz P, Marcos G et al. Prevalence of dementia in a southern European population in two different time periods: the Zarademp Project. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 299-307.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). 5th Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
4. Grau-Oliveres M, Arboix A. Deterioro cognitivo de tipo vascular. Madrid: Ergon, 2009.
5. Dichgans M, Zietemann V. Prevention of vascular cognitive impairment. *Stroke* 2012; 43: 3137-46.
6. Douiri A, McKeivitt C, Emmett S, et al. Long-term effects of secondary prevention on cognitive function in stroke patients. *Circulation* 2013;128:1341-8.
7. McGuinness B, Todd, S, Passmore P et al. Systematic review: blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:4-5.
8. Guia de pràctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet] Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
9. Kavirajan H., Schneider Lan S. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet Neurol* 2007;6:782-92.
10. Waldemar G, Dubois B, Emre M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimers disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14:e1-26. ●



Casos clínics

Hematoma espinal subdural iatrogènic per apixaban: revisió a propòsit d'un cas clínic

Hematoma espinal subdural iatrogénico por apixaban: revisión a propósito de un caso clínico

Apixaban-related iatrogenic spinal subdural hematoma: review and case report

Alba Colell

Servei de Neurologia. Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona

RESUM

Durant l'última dècada, l'afany per aconseguir anticoagulants orals més segurs s'ha aconseguit gràcies a una nova sèrie de fàrmacs coneguts com a nous anticoagulants orals (NACOs) que han demostrat un menor risc de sagnat. L'aparició d'un hematoma espinal no traumàtic pot ser una complicació excepcional associada a l'ús d'aquests nous agents. Presentem el cas clínic d'una pacient en la qual el tractament amb apixaban, com a teràpia de prevenció secundària d'una fibril·lació auricular no reumàtica, va ocasionar un hematoma subdural medul·lar.

ABSTRACT

In the last decade, the desire for safer oral anticoagulants led to the emergence of newer drugs that had proved a lower risk of life-threatening bleeding events. Non traumatic spinal hematoma is an uncommon emergency that can be associated with the use of these new agents. We report a case of spinal subdural hematoma due to apixaban treatment for an auricular fibrillation.

INTRODUCCIÓ

Durant més de 50 anys, l'únic anticoagulant disponible fou la warfarina, un antagonista de la vitamina K, que ha demostrat àmpliament la seva eficàcia terapèutica, malgrat les seves limitacions potencials, que inclouen: interaccions medicamentoses, inici d'acció retardada, finestra terapèutica

Paraules clau: hemorràgia subdural; hemorràgia intracranial, induïda químicament; fibril·lació auricular, complicacions; anticoagulant; apixaban.

Keywords: Hematoma subdural; intracranial haemorrhages, chemically induced; atrial fibrillation, complications; anticoagulant; apixaban.

Rebut: 30-Novembre-2015

Aceptat: 4-Febrer-2016

Correspondència: albacolell@gmail.com

estreta amb necessitat continuada de monitoratge de l'INR i un gran nombre possible d'efectes adversos hemorràgics associats. És per això que s'ha estimulat durant aquesta última dècada l'afany per a descobrir nous anticoagulants orals (NACOs) que han demostrat un menor risc de sagnat. Els principals són el dabigatran, l'apixaban, i el ribaroxaban.

L'hemorràgia intracranial és una de les complicacions més greus associades a l'ús d'ACOs, així com també l'hematoma espinal post-traumàtic. En canvi, l'aparició d'un hematoma espinal no traumàtic com a conseqüència del tractament anticoagulant és una entitat d'excelsion presentació i amb història natural molt poc coneguda. Només uns pocs (1-3) casos han estat descrits a la literatura com a associats als ACOs. El nostre cas documenta l'aparició d'un hematoma subdural espinal iatrogènic en el context de tractament anticoagulant amb apixaban.

CAS CLÍNIC

Es tracta d'una pacient de 75 anys independent per les activitats bàsiques de la vida diària i amb bona qualitat de vida prèvia. Com a antecedents presenta hipertensió arterial en tractament farmacològic amb enalapril 5mg/24h i fibril·lació auricular tractada amb NACOs (d'inici amb dabigatran fent un canvi al cap de poc per apixaban). Ingressa al nostre hospital per derivació per paraparèsia en estudi per possible malformació vascular medul·lar baixa versus sagnat medul·lar secundari.

Revisant la història prèvia, destaca un ingrés hospitalari 10 dies abans de l'inici de la paraparèsia per dolor abdominal observant-se hematoma en múscul ilíac esquerre de 3x4cm de diàmetre lesional màxim. La pacient estava prenent dabigatran a dosis de 150mg/12h. L'orientació diagnòstica en aquell moment fou de possible diverticulitis aguda amb bursitis pertrocantèrea esquerra i fou donada d'alta a domicili amb canvi de dabigatran per apixaban, sense parar atenció a l'hematoma en múscul ilíac.

Posteriorment, i havent passat 10 dies, i estant ja a domicili i seguint el tractament amb apixaban, inicia de forma brusca i en el context d'aparició d'hematomes cutanis múltiples en extremitats superiors, un dèficit motor crural bilateral de predomini distal, efectuant-se nou ingrés hospitalari on es confirma una paraparèsia de predomini esquerre efectuant-se una RNM medul·lar que suggereix focus hemorràgics amb sospita de malformació vascular espinal.

Per aquest motiu es deriva al nostre Centre per continuar estudi. Ingressa al servei de Neurologia i a l'examen neurològic es confirma una paraparèsia evident de predomini clarament distal, i de predomini esquerre (2/5) més que dreta (3/5) amb hiperreflexia discreta, hipoestèsia a la sensibilitat profunda dorsal baixa i amb un reflex cutani-plantar esquerre indiferent i dret flexor. La RNM medul·lar efectuada va confirmar la presència d'una hemorràgia subdural extensa amb afectació cervico-dorso-lumbo-sacra amb compressió espinal descartant-se malformació vascular associada (figura 1, 2 i 3).

Figura 1. Ocupació intraraquídia, extramedul·lar compatible amb hematoma subagut a zona cervical.



Figura 2. Ocupació intraraquídia, extramedul·lar compatible amb hematoma subagut a zona dorsal.



Figura 3. Ocupació intraraquídia, extramedul·lar compatible amb hematoma subagut a zona sacra.



Per aquest motiu es va realitzar intervenció quirúrgica, amb una laminectomia D1-D3 amb exèresi de lesió subdural confirmant-se el diagnòstic d'hematoma medul·lar subdural subagut. La pacient va seguir inicialment un curs clínic satisfactori amb tractament amb dexametasona 12mg/24h a dosis decreixents i amb bon control del dolor amb analgèsia convencional.

Malgrat això, després d'una setmana de la cirurgia es realitza RMN de control que informa de resolució de la compressió medul·lar per hematoma subdural en el segment intervingut (D1 - D3), però amb persistència de hemorràgia subdural i compressió espinal en el segment D4-D7 (figura 4, 5).

Figura 4. Resolució hematoma a nivell D1-D3



Per aquest motiu, es decideix reintervenció realitzant-se una nova laminectomia D4 i D7 (parcial) i completa D5-D6 sense complicacions. La pacient presenta una evolució positiva tot i que molt lentament, vencent amb més facilitat la força contra gravetat a cama dreta i amb lleu millora a cama esquerra. Amb fisioteràpia rehabilitadora aconseguix l'alta hospitalària a les 3 setmanes de l'ingrés hospitalari bipedestació assistida i inici de marxa amb ajuda.

Figura 5. Persistència hematoma D4-D7



DISCUSSIÓ

Els hematomes espinals (HE) són una entitat clínica poc freqüent que pot causar un deteriorament neurològic brusca i a vegades, irreversible si no es diagnostica i es tracta precoçment. El primer cas diagnosticat clínicament data del 1869 per Jackson sota el nom de "Case of spinal apoplexy"(4). El primer cas evacuat quirúrgicament amb èxit es va publicar el 1911 (5). En els últims anys estem veient un cert augment de casos que es pot justificar pels avenços en les tècniques diagnòstiques i pel nombre de pacients que reben tractament anticoagulant.

Els HE es poden classificar en epidurals, subdurals, subaracnoidals o intramedul·lars, segons el compartiment anatòmic afectat. De tots ells els més freqüents són els de localització epidural, que representen el 75%. La resta, especialment els subdurals, són molt infreqüents. Existeix controvèrsia respecte a l'origen del sagnat i el mecanisme de formació dels HSE. Alguns autors (6) han postulat que un increment de la pressió abdominal i/o toràcica es transmet a la vascularització espinal, particularment a les venes radiculomedul·lars que travessen l'espai subaracnoidal i subdural. Si la pressió del líquid cefalorraquídi (LCR) no neutralitza aquest augment de pressió pot produir-se una dehiscència de la paret dels vasos. Haines et al(7) descriu que la duramare està composta externament de fibroblasts i una quantitat important de col·lagen extracel·lular, mentre que el marge intern (unió duramare-aracnoïdes) no presenta col·lagen i existeix un major espai extracel·lular i major debilitat per a una possible disrupció. D'acord amb aquest estudi, no existiria un espai virtual entre la duramare i l'aracnoïde, de manera que els anomenats hematomes subdurals s'han de considerar intradurals o hematomes del marge intern dural.

Els hematomes subdurals espinals (HSE), com el cas que ens ocupa; solen ser secundaris, és a dir, apareixen principalment com a conseqüència de lesions vasculars o tumors subjacents, o poden ser el resultat d'un procediment invasiu com una punció lumbar, anestèsia epidural o fins i tot acupuntura, associats a discriàsies sanguínies i alteracions en la coagulació (7). En una revisió de 106

casos d'etiologia no traumàtica es va trobar una alteració hemostàtica en el 54% i antecedents de punció lumbar en el 47% (8). En canvi els hematomes espinals primaris o espontanis són més excepcionals.

A la literatura consten molt pocs casos d'hematomes espinals com a conseqüència única i directa de tractament anticoagulant. En aquest sentit, dels pocs casos descrits predominen els d'afectació epidural, és a dir, hematomes espinals epidurals (9). No consta documentat cap cas d'hematoma espinal subdural en el context de tractament amb apixaban com és el nostre cas, però sí en tractament amb d'altres dels nous anticoagulants. (Veure taula 1).

Pel que fa a la clínica, solen presentar un curs bruscat i agut. Cursen generalment amb dolor dorsal espinal en funció del nivell afectat, dorsolumbar en el 70% dels casos per ser la localització més freqüent (8); seguit de símptomes de compressió medul·lar. S'han descrit múltiples dèficits neurològics: alteracions sensitives, motrius, disfunció d'esfínters, síndrome de Brown-Séquard, entre d'altres. En el nostre cas, la pacient no presentà dolor dorsal i el dèficit fou principalment mixt motor-sensitiu.

Pel que fa al diagnòstic la ressonància magnètica (RMN) és el mètode d'elecció i s'ha mostrat superior a la tomografia computeritzada (TC) (10), ja que la RMN presenta una alta sensibilitat per a definir el tipus de sagnat i delimitar l'extensió craneocaudal de l'hematoma. Els canvis evolutius de la intensitat del senyal en RMN són similars als dels hematomes cerebrals tot i que sembla que el metabolisme de l'hemoglobina té lloc més ràpidament al canal espinal que en l'espai intracranial. Així doncs, en les primeres 24 hores apareixen lesions isointenses en T1 i hiperintenses en T2 per l'existència d'oxihemoglobina. En el segon i tercer dia mostren hiposenyals tant en T1 com en T2 i posteriorment augmenta el senyal en ambdues seqüències a causa de l'aparició de metahemoglobina.

Els nivells més afectats són les unions cervicodorsals i dorsolumbars, però varia en funció de l'edat, sent en nens i joves més freqüents a la regió cervical i dorsal, mentre que en adults és més freqüent l'afectació dorsolumbar. En el nostre cas la pacient presenta una afectació àmplia de predomini en la zona dorsal D1-D7.

Pel que fa al tractament no està del tot establert degut principalment a la seva escassa freqüència. La majoria d'autors consideren que es tracta d'una urgència quirúrgica, obtenint millors resultats després de la seva evacuació precoç. Existeixen poques referències de resolució espontània dels HSE. El volum i l'absència de símptomes neurològics importants orientarien més en direcció conservadora. Alguns autors suggereixen que els HSE localitzats en zona lumbar poden tractar-se mitjançant drenatge percutani tot i que comporta un major risc de lesió vascular i la impossibilitat d'evacuació de component hemàtic sòlid. L'existència d'hemorràgia subaracnoidea associada empitjora el pronòstic, ja que a l'efecte compressiu de l'hematoma si afegeix el limfoproliferatiu de la sang al LCR que dona lloc a aracnoiditis (11).

CONCLUSIONS:

Recentment les indicacions per a rebre un tractament anticoagulant, incloent els nous anticoagulants, s'han estès. La demostració d'un menor risc de sagnat amb els nous anticoagulants orals en comparació amb la warfarina ha estat demostrada però tot i així persisteix un risc de iatrogènia. Per tant, l'establiment d'un algoritme de tractament o el descobriment d'un antídoto efectiu per als NACOs és de summa importància.

L'hematoma subdural espinal és una entitat clínica molt poc freqüent que ha de considerar-se en pacients amb tractament anticoagulant que presenten signes espontanis de lesió medul·lar. La identificació precoç de la col·lecció hemàtica mitjançant RMN és important per diferenciar-la d'altres patologies espinals, ja que és necessari un tractament quirúrgic immediatament per evitar danys neurològics irreversibles. Un seguiment amb aquesta tècnica resulta indispensable per a valorar atrofiamedul·lar o signes d'aracnoiditis.

Agraïments:

Als Drs A Guzman, A Arboix, Caiazzo, E Grivé per l'assistència a la pacient descrita en aquesta nota clínic.

Taula 1. Casos clínics d'hematomes subdurals medul·lars iatrogènics per NACOs

Castillo et al ¹ .	Home de 69 anys.	Toracolumbar	Rivaroxavan 20mg/dia	ACXFA no reumàtica	Dolor lumbar + paraplègia + disfunció d'esfínters	Drenatge cervical i lumbar	Sense millora.
Darganzanli et al ² .	Home de 72 anys.	Toràctic	Rivaroxavan 20mg/dia	ACXFA no reumàtica	Dolor agut interescapular + paraplègia	Complex protombínic + intervenció quirúrgica	Sense millora als 6 mesos de IQ.
Zaarour et al ³ .	Dona de 58 anys.	Cervicotoràctic	Rivaroxavan 20mg/dia	ACXFA no reumàtica	Dolor agut interescapular + debilitat EEII.	Corticoides a dosis altes + intervenció quirúrgica	Millora important però no completa després de IQ.
El nostre cas	Dona de 75 anys.	Cervico-dorsolumbo-sacre	Apixaban	ACXFA no reumàtica	Paraparèsia aguda de predomini Esquerre.	Corticoides a dosis altes + 2 intervencions quirúrgiques	Millora parcial al mes de la segona IQ.

BIBLIOGRAFIA

1. Castillo J.M, Afanador H.F, Manjarrez E, Morales X.A, Non-traumatic spontaneous spinal subdural hematoma in a patient with non-valvular atrial fibrillation during treatment with rivaroxaban, *Am J Case Rep* 2015;16:377–381.
2. Dargazanli C, Lonjon N, Gras-Combe G. Nontraumatic spinal subdural hematoma complicating direct factor Xa inhibitor treatment (rivaroxaban): a challenging management. *Eur Spine J.* 2015 Jul 31. doi:10.1007/s00586-015-4160-2
3. Zaarour M, Hassan S, Thumallapally N, Qun Dai. Rivaroxaban-induced nontraumatic spinal subdural hematoma: an uncommon yet life-threatening complication. *Case Rep Hematol.* 2015. Article ID 275380. 5p. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/275380>
4. Jackson R. Case of spinal apoplexy. *Lancet.* 1869; 2:5-6.
5. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literature survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev.* 2003; 26:1-49.
6. Langmayr JJ, Ortler M, Dessl A, et al. Management of spontaneous extramedullary spinal hematomas: results in eight patients after MRI diagnosis and surgical decompression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995; 59:442-7.
7. Varela Rois P, González Garcia J, Regueira Portas M, et al. Hematomas espinales: la apoplejia espinal. *Neurología.* 2010; 25: 96-103.
8. Domenicucci M, Ramieri A, Ciapetta P et al. Non-traumatic acute spinal subdural hematoma: report of five cases and review of the literature. *J Neurosurg.* 1999;91:65-73.
9. Jaeger M, Jeanneret B, Schaeren S. Spontaneous spinal epidural haematoma during Xa inhibitor treatment (Rivaroxaban). *Eur Spine J.* 2012;(Suppl 4):433–5.
10. Haines DE, Harkey HL, Al-Mefty O. The «subdural» space: a new look at an outdated concept. *Neurosurgery.* 1993;32:111-20.
11. Boukobza M, Haddar D, Boissonet M, Merland JJ. Spinal subdural hematoma: a study of three cases. *Clin Radiol.* 2001;56:475-80.
12. Kok AJ. M, Verhagen WI M, Bartels RHM.A, et al. Spinal arachnoiditis following subarachnoid haemorrhage: report of two cases and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien).* 2000;142:795-9. ●



Carcinoma neuroendocrino de colon. Presentación, diagnóstico y terapéutica

Carcinoma neuroendocrí de còlon.
Presentació, diagnòstic i terapèutica

Neuroendocrine carcinoma of the colon.
Presentation, diagnosis and therapeutics

Ignacio Saguier Padilla, Antonio Cárdenas
Servicio de Medicina Interna

INTRODUCCIÓN

El carcinoma neuroendocrino de colon es un tumor epitelial muy poco frecuente, de especial agresividad en su comportamiento clínico y cuyo pronóstico suele ser malo. Se manifiestan con un patrón diseminado de entidades histopatológicas de alta malignidad, lo que hace muy difícil su diagnóstico a tiempo y tratamiento efectivo (1,2).

Presentamos un caso, con esta típica presentación, y analizamos las distintas posibilidades terapéuticas.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 58 años, que consulta el 9 de octubre de 2015 en el Hospital Universitario Sagrat Cor, por dolor lumbar de 1 mes de evolución que se inició el 9 de septiembre, tipo lancinante, en zona lumbar alta que lo despierta por las noches, empeora con decúbito supino y no tiene características mecánicas estrictas. Cuenta no haber tenido fiebre o aumento de la temperatura corporal, sin pérdida de peso, astenia ni adinamia. Tampoco tenemos vesical ni clínica compatible con HPB. Al preguntarle por cambios en el ritmo evacuatorio, dice haber tenido desde hace 4 meses periodos de diarrea-estreñimiento, y algún hilo de sangre que él asociaba con sus hemorroides.

Palabras clave: carcinoma neuroendocrino; neoplasias de colon; manejo de la enfermedad.

Keywords: neuroendocrine carcinoma; colonic neoplasm; disease management.

Recibido ut: 16-noviembre-2015

Aceptado 3-diciembre-2015

Correspondencia: acardenas@hscor.com

Antecedentes: Autónomo para las actividades básicas de la vida diaria; vive con su mujer. No refiere antecedentes de tabaquismo ni alcohol. Diabetes mellitus en tratamiento con gliclazida, hiperuricemia y crisis de gota aguda, medicado con Alopurinol; valoración prostática normal hace 4 años sin seguimiento habitual; hemorroides de 10 años de evolución y apendicectomía a los 28 años de edad.

Antecedente familiar: padre fallecido por complicaciones de un Ca digestivo (no recordaba de qué exactamente).

Al examen físico presentaba una EVA de cuatro; consciente, orientado en espacio y tiempo, colaborador. Obesidad grado I (IMC 33). Bien hidratado. Dolor en tronco y raquis a la palpación de apófisis espinosas de L2 a L4, y a la

palpación paravertebral. Maniobras de Lassague, Braggard y Fabree negativas. Sensibilidad 2/2 en todas las metámeras. Fuerza y balance muscular 4/5 en músculos flexores de cadera y 5/5 en extensores de piernas.

Extremidades: se palpa en zona glútea izquierda nódulo indurado no móvil no doloroso de consistencia blanda de 1cm x 1cm. No edemas, ni TVP.

Urogenital/anal: Hidrocele en testículo derecho.

Sin focalidad Neurológica, Babinski negativo.

El paciente traía consigo una RMN, realizada en la Clínica Sant Jordi, por el mismo motivo. Ésta informaba que en los cuerpos vertebrales T11, T12, lumbares y en algunos sacros había lesiones hipertensas en T2 y STIR, con deformidad bicóncava en L2, sugestivo de compromiso metastático. Deshidratación de discos intervertebrales con protusión difusa L2-L3, L3-L4 y L4-L5 que contactan levemente a las raíces de los recesos laterales.

Se decidió realizar una Gammagrafía ósea que mostró imágenes activas, originadas por un aumento de la fijación de radiotrazador en la unión entre la cabeza y el cuello humeral izquierdo, la íliaca derecha, y el tercio medio diafisario del fémur izquierdo, así como un área anterior al trocánter también izquierdo con leve aumento de la densidad. No permiten descartar la existencia de patología infiltrativa ósea, y también se aprecia una irregularidad en la configuración gammagráfica de la columna dorsal baja y lumbar, con algún refuerzo más evidente en el margen superior izquierdo de L2, de más difícil valoración. En la radiografía dorso-lumbar, se observa un colapso del cuerpo de L2. (Figura 1)

Se pidió una analítica de control que solo mostraba ligera neutrofilia, APTT ligeramente elevado con TP normal.

Los resultados de la RMN, la RX y la gammagrafía ósea realizadas no permitían un diagnóstico concreto y hasta se apreciaba una cierta discordancia entre ellos. Se consideraron distintos diagnósticos diferenciales de dolor lumbar de origen neoplásico: mieloma múltiple, osteoma osteoide, metástasis de neoplasias de páncreas, próstata, pulmón y colon, junto con carcinomatosis meníngea.

Se ampliaron los estudios con una Tomografía Toraco-abdomino-pélvica y una Ecografía renovescoprostática para así determinar si realmente era una metástasis y cuál sería su origen primario.

La ecografía revelaba hígado de tamaño normal y eco estructura heterogénea con presencia de múltiples pequeñas imágenes nodulares sólidas isoecoicas y con halo hipoeicoico sugestivas de M1. Páncreas de tamaño normal con presencia de adenopatías peripancreáticas, la mayor de unos 33 mm. Bazo, vejiga, y próstata sin alteraciones. (Figura 2)

La TC mostró múltiples lesiones osteolíticas en columna vertebral dorso-lumbar sugestivas de M1. Parénquima pulmonar muestra 2 nodulillos de 8 y 6 mm en LSD adyacentes a la cisura menor compatible con M1. Hígado heterogéneo con múltiples lesiones nodulares hipodensas con halo de captación periféricas de distribución difusa y bilobular compatible con M1. La mayor de 3,9 cm en segmento V. Adenopatías en trono celiaco, hilio hepático, peripancreáticas, y espacio portocava, la mayor de 4 x 2,7cm;

Engrosamiento de densidad partes blandas en paredes del ciego, con infiltración de morfología nodular pericecal. Presencia de diversas formaciones nodulares de aspecto de adenopatías infiltradas, las mayores de 2,9 x 2,5 y 3,4 x 2 cm.

Se pidió nueva analítica con marcadores tumorales (CEA, AFP, CA 19-9, PSA) dando todos negativos. Con estos resultados, parecía que el origen primario de las metástasis presentes en hígado, hueso y pulmón, provenían del ciego. Se amplió el estudio de la lesión tumoral, a través de una fibrocolonoscopia, y la consecuente toma de biopsias. En ciego y adyacente a la válvula ileocecal, se evidenció una neoformación plana de aspecto veloso y dura al tacto, compatible con adenocarcinoma (figuras 3 y 4).

En la descripción microscópica se destacó infiltración celular atípica constituida por nidos sólidos de células de núcleos hiper cromáticos, irregulares, con escaso citoplasma, dispuestos en encaje y rodeados por estroma desmoplásico. Se identifican numerosas mitosis. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para CD56, positividad débil para sinaptofisina y positividad focal para CDX2, y negativo para TTF-1, CK20 y CD20. Índice Ki 67 del 100%.

Se confirmó el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas asociado a lesión adenomatosa con displasia de bajo grado.

Al decimotercer día de ingreso, se evidenció una alteración de la función hepática en la analítica de control (AST 274, bilirrubina total 5,32 a la vez que aumentaba el dolor. La analgesia controlada por la Unidad del dolor crónico se pautó con parches de fentanilo transdérmico 50 mcg /84h y analgesia de rescate con cloruro mórfico subcutáneo de 5mg, a la vez que se le ofreció tratamiento radioterápico paliativo, completándose 2 días de tratamiento.

El equipo de oncología del HUSC, decidió un tratamiento paliativo de quimioterapia con cisplatino, pero tras completar el segundo día, el paciente no lo toleró más, presentando una encefalopatía hepática de difícil manejo. Falleció a los 20 días de haber ingresado a planta.

Figura 1. Rx columna lumbar



Figura 2 Ecografía



Figuras 3. Fibrocolonoscopia.



Figuras 4. Fibrocolonoscopia.



DISCUSIÓN

El tumor neuroendocrino de colon es un tumor epitelial raro, que comprende un espectro de entidades histopatológicas de alta malignidad y habitualmente de evolución tórpida. Comprenden únicamente del 1 al 4% de

todas las neoplasias malignas de colon y la variedad de células pequeña, solamente 0,2% de todas las neoplasias colorrectales. Dentro de éste, son más comunes en el ciego y recto-sigmoides y más raros, en el colon ascendente o descendente.

La edad media de presentación suele estar entre la sexta y séptima décadas. No presenta factores de riesgo claros, por lo que su prevención es difícil.

Hay tres variedades según el patrón histológico e inmunohistoquímico identificado: neuroendocrino puro, predominantemente neuroendocrino, y tumor con igual expresión neuroendocrina que exocrina. Por otra parte, se han descrito tres subgrupos según el tipo celular predominante: tumor de células pequeñas, de células intermedias y de células grandes, que se distinguirían por el índice de actividad mitótica, pleomorfismo y grado de necrosis, lo que condicionaría el pronóstico de cada grupo. La inmunorreactividad de este tipo de tumores es demostrada por anticuerpos contra la enolasa específica de las neuronas, sinaptofisina, cromogranina A y hormonas.

Solo del 5 al 7% se manifiestan con la clínica típica del adenocarcinoma de colon, como dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, hematoquecia o hemorragia oculta en heces, masa abdominal. Sin embargo, podríamos inferir que nuestro paciente si presento algún rastro sanguíneo en la materia fecal, ya que así lo refirió el. Pero si presentaba un patrón de diseminación general, que es la mayor forma de presentación de estos tumores. Tampoco suelen haber síntomas de síndrome paraneoplásico, carcinoide ni anormalidades metabólicas.

La diseminación se realiza por vía linfática y hematógena, siendo el hígado un lugar usual y temprano de localización de metástasis. El subtipo de células pequeñas es la variedad que metastatiza con mayor frecuencia, sobre todo en el hígado, pero también lo hace en hueso, pulmón y peritoneo.

Es una neoplasia altamente agresiva, y la mayoría de casos suelen presentar un pronóstico muy malo, dado que una gran cantidad de estos tumores han metastatizado en el momento del diagnóstico (en contraste con el adenocarcinoma de colon y recto, donde sólo se manifiestan así en el 25%). Tiene peor pronóstico la variedad de carcinoma neuroendocrino puro y el subtipo de células pequeñas

La sobrevida estará condicionada por el estadio tumoral en el momento del diagnóstico, pero dado las características de este tipo de tumores, en la mayoría de los casos (91%) son neoplasias en estadios avanzados, C y D de Dukes. El tiempo medio de supervivencia se sitúa entre 6 y 15 meses, y solo en aquellos pacientes con enfermedad localizada y estadio tumoral precoz (estadio A o B de Dukes) se consiguen supervivencias a los 5 años entre el 30 y el 90%.

La cirugía es el único tratamiento que logra la curación de los Carcinomas Neuroendocrino, y se aconseja la colecistectomía, dado que en algunos casos se vio una relación con el cáncer de las vías biliares. Si son obstruc-

tivos, pero irresecables, se puede evaluar la colocación de stents o realizar derivaciones proximales aisladas.

Si la lesión ya tiene metástasis hepáticas y con suficiente hígado residual para una función hepática postoperatoria adecuada (afectación de menos del 50% del hígado), se debe agregar resección hepática con propósito curativo, lo cual mejora la sintomatología y la supervivencia.

Es posible combinar la cirugía con ablación por radiofrecuencia, crioterapia, embolización arterial hepática y quimioembolización en los casos de cáncer avanzado. La radioterapia se puede utilizar como tratamiento paliativo (de las metástasis en hígado, hueso, pulmón y cerebro, o ante sangrados u obstrucciones intestinales) o curativo. La con Quimioterapia se realiza con análogos de la somatostatina (octreotide, lanreotide) cisplatino y etosposido.

Utilizando la radioterapia con análogo de la somatostatina, se han reportado con ellas respuestas clínicas del tumor hasta del 30 y 40%. (Principalmente en aquellos pacientes con metástasis cerebrales y óseas). Hay carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados, los grado 3, muestran una alta tasa de respuestas a la combinación de quimioterapia con cisplatino y etosposido.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vilallonga R, Espín Basany E, López Cano M et al. Carcinomas neuroendocrinos de colon y recto. Experiencia de una unidad en seis años Rev Esp Enferm Dig 2008; 100: 11-6.
2. Vázquez Ruiz J, Martín Díaz L, Mansilla Molina D, et al. Carcinoma neuroendocrino de colon y recto. Cir Esp 2000; 67: 625-7.
3. Prieto-Montaña J, Salazara W, Reyna-Villasmil E, Nobrega-Correa H. Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de colon. Gastroenterol Hepatol 2011; 34:54-56
4. Longo D, Fanci A, Casper D et al. Harrison Manual de medicina interna. 18ª ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2013.
5. Goldman L, Ausiello Da. Cecil: Tratado de Medicina interna. 24ª ed. Barcelona: Elsevier, 2013.
6. García LM, Farré M, Montero A. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 118-123. ●

e-Articles

ACLF: Acute-on-chronic liver failure

Dra. Anna Reig

El pacient cirròtic és un malalt fràgil que ingressa i consulta a urgències sovint en el nostre hospital. Fins a un 22% dels pacients que consulten ho fan per una descompensació aguda recentment descrita com ACLF que presenta una alta mortalitat (1 de cada 3); a més a més un 10% dels pacients ingressats per un altre motiu desenvoluparan aquesta síndrome. És important la seva identificació precoç i tractament multidisciplinari. Per aquest motiu s'ha realitzat una revisió de l'ACLF, la seva definició, presentació i tractament.



La Dra. Anna Reig, del servei de Digestiu, ha elaborat aquesta revisió que podeu consultar a:

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/2016/04/25/aclf-acute-on-chronic-liver-failure/>

Quiste de Baker complicado

Quist de Baker complicat

Complicated Baker's cyst

Felip Orient López, M^a Dolors Sort Granja^(a), M^a Dolores Sánchez Corretger, Carlos Agudo Fernández, Jesús Tinoco González

Servicio de Medicina física y rehabilitación. (a) Servicio de Medicina Interna.

Palabras clave: quiste poplíteo, diagnosis; rodilla, patología; diagnóstico por imagen.

Keywords: Popliteal cyst, diagnosis; knee, pathology; diagnostic imaging.

Rebut: 28-octubre-2015

Acceptat: 4-febrero-2016

Correspondència: felip.orient@hscor.com

Paciente de 58 años con antecedentes de artritis gotosa, que acudió a urgencias de nuestro centro por presentar dolor, edema y tumefacción a nivel de la pierna izquierda de 24 horas de evolución y sin antecedente traumático previo. Refería que el día anterior a la visita, le aparecieron de forma espontánea dos hematomas (uno en la parte medial del pie izquierdo y otro en el hueco poplíteo), presentando progresivamente dolor al caminar y posteriormente incluso al apoyar o mover el pie, asociados a malestar general, distermia y escalofríos.

En el momento de la exploración física el paciente presentaba un importante edema que afectaba a toda la pierna izquierda, con aumento de la temperatura, dolor a la palpación, empastamiento del tríceps sural y hematomas extensos a nivel de hueco poplíteo y cara interna del tobillo. Ante la sospecha clínica de trombosis venosa profunda de la extremidad inferior izquierda se le practi-

có estudio por ECO-doppler, que informaba de la presencia de un sistema venoso profundo permeable y de la presencia de una colección líquida compatible con un hematoma a nivel del hueco poplíteo. Se solicitó resonancia magnética para completar estudio por imagen que informaba de la presencia de una formación alargada a nivel poplíteo de 5 x 5 x 15cm (375cc), mal delimitada, dishomogénea, que se podía corresponder con un quiste de Baker, complicado con áreas hemorrágicas, edema y cambios inflamatorios.

Tras orientar el cuadro clínico como Quiste de Baker complicado, se procedió a realizar tratamiento conservador con reposo relativo, AINES, vendaje elástico compresivo, y tratamiento rehabilitador (magnetoterapia, ultrasonido pulsátil, crioterapia y medidas antiedema), presentando el paciente mejoría progresiva de su sintomatología hasta la resolución del cuadro clínico.

Diagnóstico: Quiste de Baker complicado

CONCLUSIONES

Las exploraciones complementarias nos ayudarán a establecer un correcto diagnóstico diferencial. El tratamiento conservador es el de elección en esta patología, quedando el tratamiento quirúrgico relegado a los casos que no mejoran, dado el importante índice de recidivas.

1. Molpus WM, Shah HR, Nicholas RW et al. Case report 731. Complicated Baker's cyst. Skeletal Radiol. 1992;21(4):266-8. ●

Figura 1.

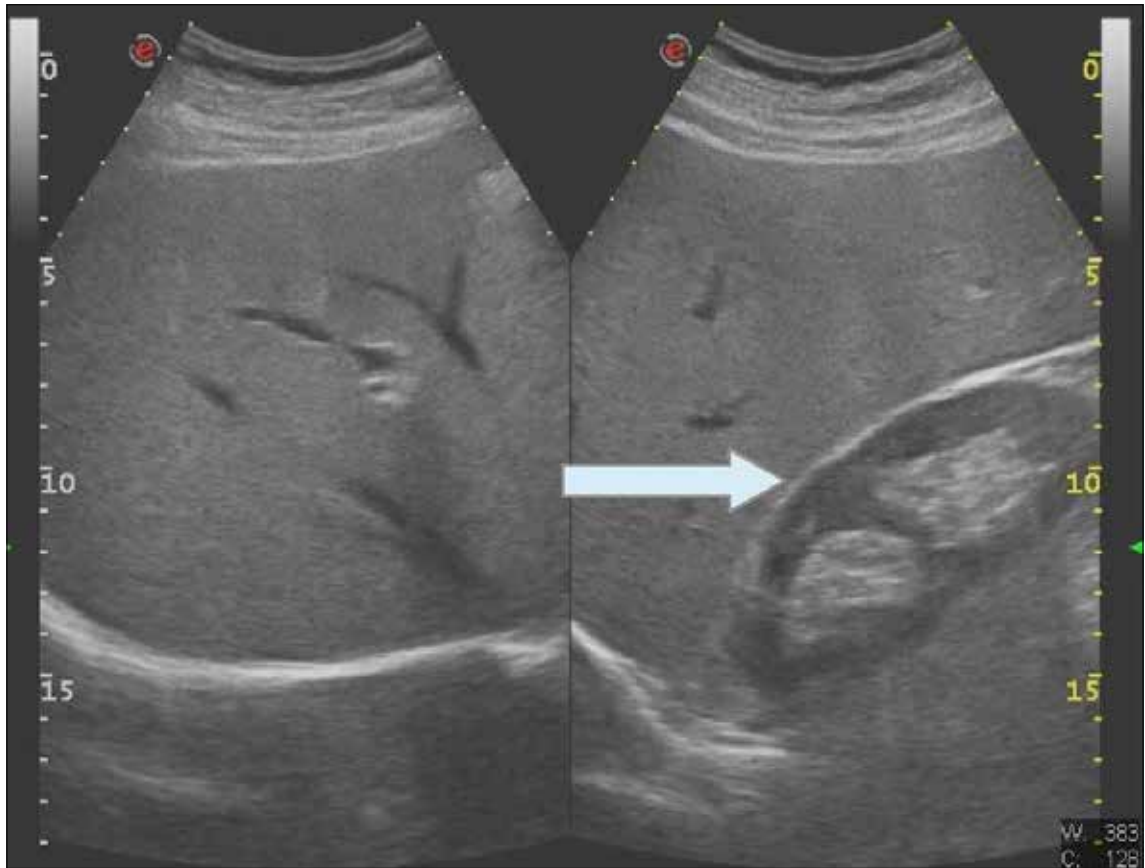
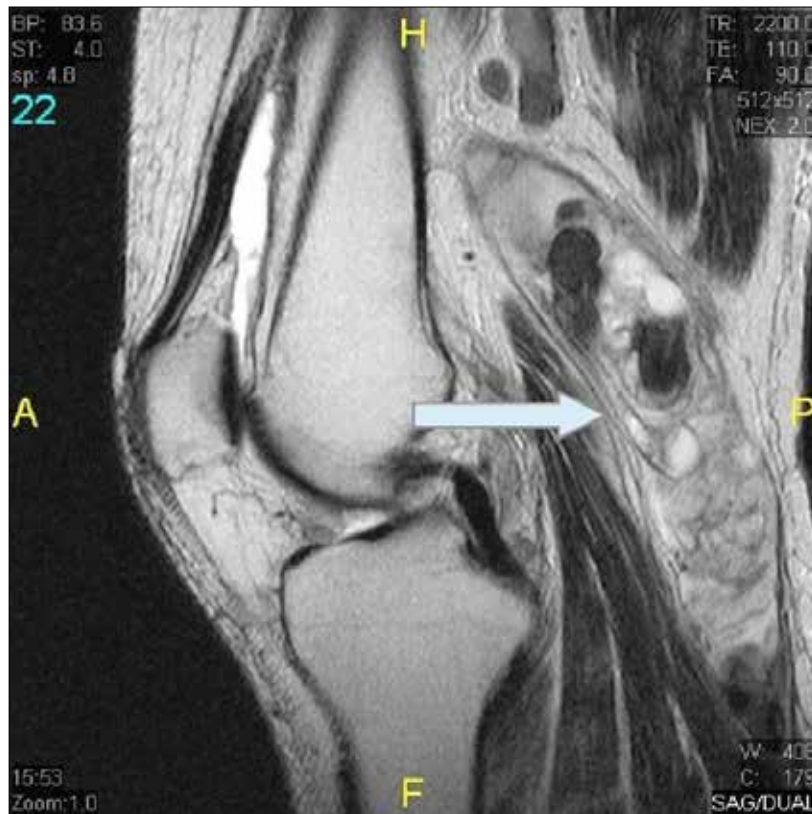


Figura 2.



Lesión parafaríngea

Lesió parafaríngia

Parapharyngeal lesion

Iacopo Ciampa, Elisenda Grivé Isern

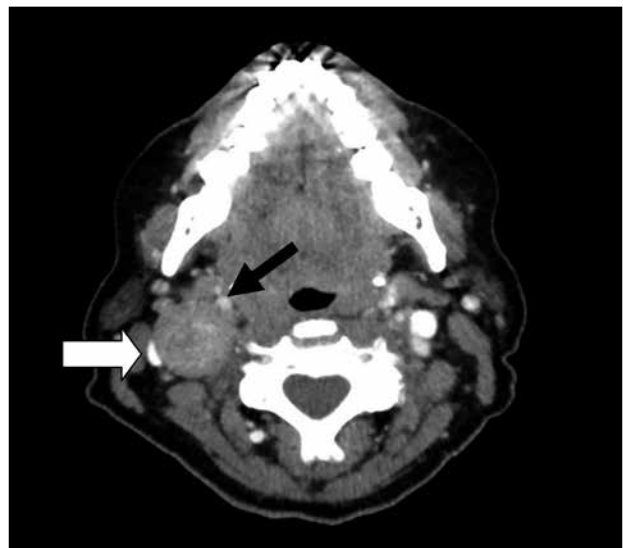
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Palabras clave: Schwannoma; neoplasias faríngeas; imagen por resonancia magnética; tomografía computarizada por Rayos X.

Keywords: Schwannoma; pharyngeal neoplasms; magnetic resonance imaging; tomography x-ray computed.

Correspondencia: iacopo.ciampa@hscor.com

TC axial con contraste



TC coronal con contraste



¿En qué espacio anatómico se encuentra la lesión que observas en la imagen?

- Masticador
- Parotideo
- Parafaríngeo pre-estiloideo
- Parafaríngeo post-estiloideo

Respuesta: El espacio parafaríngeo tiene la forma de una pirámide invertida, es lateral a la faringe y se extiende desde

la base del cráneo hasta el hueso hioides. Presenta un alto contenido graso y se divide en dos subespacios separados por la apófisis estiloideas y el diafragma estiloideo: la pre-estiloidea y la post-estiloidea. La lesión de la imagen se encuentra en el espacio parafaríngeo (EPF) post-estiloideo, también llamado “espacio carotideo” porque contiene el paquete vasculonervioso del cuello. Una manera de localizar en que región se encuentra la masa es observar el desplazamiento de los vasos.

¿Cómo se desplazan los vasos en presencia de una lesión post-estiloidea?

- La arteria carótida interna (ACI) y la vena yugular se desplazan hacia atrás.
- La ACI y la yugular se desplazan hacia adelante.
- La ACI y la yugular se desplazan medialmente.
- Los vasos están colapsados por la masa.

Respuesta: En general se puede decir que las lesiones que ocupan el EPF post-estiloideo desplazan los vasos hacia delante. Las lesiones pre-estiloideas los desplazan hacia atrás. En el TC de la imagen la flecha gruesa señala la vena yugular desplazada en sentido anterolateral y la flecha fina señala la ACI desplazada en sentido anteromedial.

¿Cuál es la etiología más frecuente de una masa post-estiloidea?

- Tumor neurogénico.
- Congénita.
- Tumor de origen glandular salival.
- Infecciosa.

Respuesta: las lesiones post-estiloideas más frecuentes son los tumores neurogénicos.

Las lesiones pre-estiloideas más frecuentes son los tumores que se originan en el tejido glandular salival.

Entre las siguientes elige el diagnóstico más probable para la lesión de la imagen:

- Paraganglioma (tumor glómico) vagal.
- Schwannoma (Neurinoma).
- Adenoma pleomorfo.
- Quiste branquial.

Respuesta: La masa de la imagen es sugestiva de Schwannoma (Neurinoma) porque es una lesión en EPF post-estiloideo, bien delimitada, de densidad similar a la de los músculos adyacentes en el TC sin contraste y que presenta importante realce homogéneo en el TC con contraste.

El diagnóstico diferencial por TC sería con un paraganglioma vagal que también puede tener la misma localización y captar intensamente el contraste aunque suele ser una captación más heterogénea.

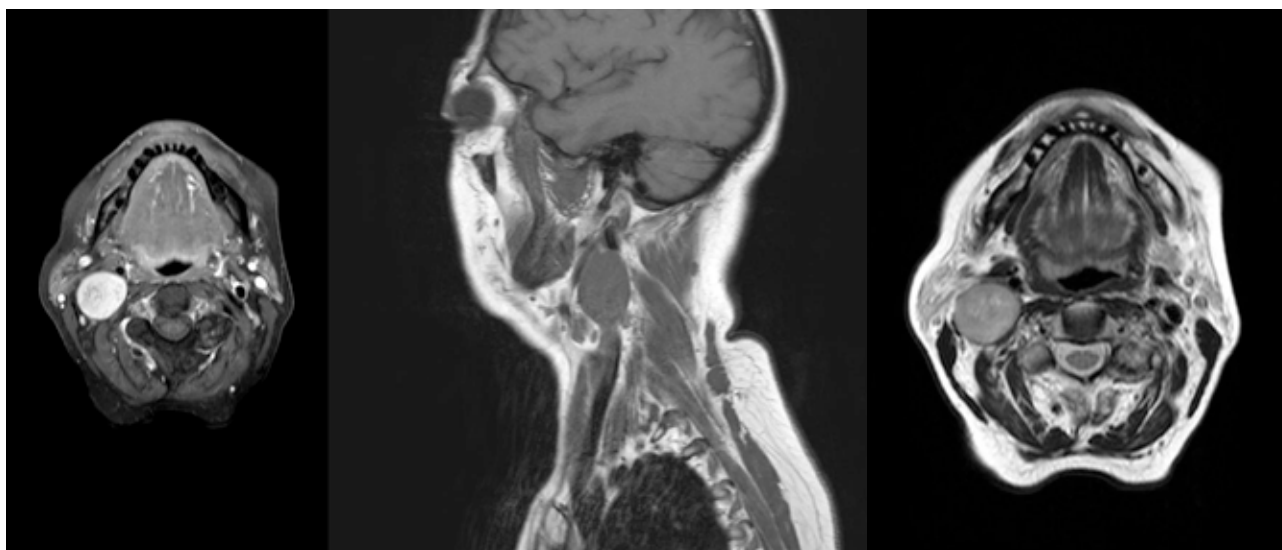
En el EPF retro-estiloideo no encontramos tejido salivar. Una lesión quística no captaría contraste centralmente.

Al paciente también se le realizó una RM:

La RM permite diferenciar el schwannoma, más homogéneo, del tumor glómico que es altamente vascularizado y suele presentar un patrón micronodulillar por múltiples vasos en su interior.

Tras la resección quirúrgica de la lesión, la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de schwannoma. ●

T1 axial, T1 sagital y T2 axial con saturación de grasa y contraste e.v.



Nota tècnica

Guía de radioprotección del personal quirúrgico del Hospital Universitari Sagrat Cor

Guia de radioprotecció del personal quirúrgic
de l'Hospital Universitari Sagrat Cor

Surgical team radiation protection guide
of the Hospital University Sagrat Cor

Mar Martí Ejarque, Carlos Castejón Sánchez, Elena Montalbán Martínez

Enfermeros. Bloque quirúrgico Hospital Universitari Sagrat Cor

Palabras clave: radiación ionizante; protección radiológica, exposición profesional, prevención y control; quirófanos.

Keywords: radiation, ionizing; radiation protection; occupational exposure, prevention & control; operating rooms.

Recibido: 10-noviembre-2015

Aceptado: 3-Diciembre-2015

Correspondencia: mmmarti@hscor.com

- Por qué nos tenemos que proteger
- Qué tenemos que proteger
- Cómo nos debemos proteger
- Dónde debemos protegernos

METODOLOGÍA

A partir de la búsqueda bibliográfica en los metabuscadores Tripdatabase, Epistemonikos, Pubmed, Uptodate y Cochrane usando los descriptores “radiación ionizante” AND “protección radiológica” y los MESH: radiation, ionizing y “radiation protection”; sin hacer restricción de idioma ni de año de publicación, y la información facilitada por expertos en radioprotección además de literatura gris, se elaboró la guía de radioprotección del personal quirúrgico en el Hospital Universitari Sagrat Cor (Quirón Salud).

RESULTADOS

¿POR QUÉ NOS TENEMOS QUE PROTEGER?

La radiación es la emisión de energía en forma de ondas, cuando ésta es capaz de arrancar los electrones del átomo re-

INTRODUCCIÓN

El personal del bloque quirúrgico en su trabajo diario se encuentra expuesto a agentes perjudiciales para su salud, uno de ellos son las radiaciones ionizantes. Existen dudas sobre cómo debemos trabajar con radiaciones ionizantes debido a la falta de formación específica en el grado de Enfermería. La finalidad de este trabajo es tener una guía que nos proporcione la información necesaria sobre:



cibe el nombre de radiación ionizante. La radiación por rayos X puede producir efectos Estocásticos (aleatorios como leucemia o malformaciones genéticas) o Deterministas (dosis-dependientes como quemaduras, cataratas y abortos).

En los quirófanos se utilizan equipos de rayos x que pueden trabajar en dos modalidades: radiografía y radioscopia.

En el primer caso, los tiempos de exposición a la radiación son muy cortos, del orden de décimas de segundo, por lo que es posible que todo el personal que no esté involucrado directamente en la intervención, pueda alejarse del equipo y del paciente en el momento del disparo. Alejarse una distancia superior a dos metros o utilizar un delantal plomado proporciona suficiente protección en este caso.

En el caso de la escopia los tiempos son largos, por lo que es posible que además del cirujano haya más personas que deban permanecer cerca del haz de radiación.

Según el principio ALARA las dosis recibidas por los trabajadores deben ser tan bajas como sea posible y siempre por debajo de los límites establecidos por la legislación.

¿QUÉ TENEMOS QUE PROTEGER?

Según el Real Decreto 783/2001 las dosis máximas permitidas por año son:

CRISTALINO: 150 mSv/ año oficial. 50 mSv si son estudiantes o personal en formación.

Es posible superar el límite anual de dosis (150 mSv) si se realizan entre 30 y 40 exploraciones al mes, sin utilizar elementos de protección adecuados.

PIEL: 500 mSv/año. Dicho límite se aplicará a la dosis promediada sobre cualquier superficie de 1 cm². 150 mSv para estudiantes y personal en formación.

TIROIDES: Los estudios han demostrado que la incidencia del cáncer de tiroides papilar ha aumentado debido a la radiación médica.

MANOS, PIES, TOBILLOS Y ANTEBRAZOS: 500 mSv/año. 150 mSv para estudiantes y personal en formación.

MUJER EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA: no realizará trabajos que supongan exposición a la radiación.

¿CÓMO NOS DEBEMOS PROTEGER?

Las normas adecuadas para la protección radiológica ante el uso de escopia son:

- Llevar delantal plomado y permanecer a la máxima distancia posible del haz directo, compatible con las funciones que hay que desempeñar en la intervención.

- Si hay que manipular sobre el paciente durante la escopia y dentro del haz de radiación se utilizarán guantes quirúrgicos con protección plomada. (Actualmente existen modelos que se asemejan en textura y sensibilidad a los normales por lo que son mucho más cómodos).
- Se debe utilizar la radioscopia el tiempo mínimo imprescindible para obtener la información necesaria.
- Los dosímetros de solapa, cuyo uso es obligatorio en este tipo de exposición, se deben colocar debajo del delantal y aquellas personas que, participando directamente en la intervención, tienen probabilidad de introducir las manos en el haz de radiación deben utilizar dosímetros de muñeca.

El historial dosimétrico de los trabajadores/as de bloque quirúrgico (cat. B, según BOE) quedará registrado en las dosis anuales o estimadas.

¿DÓNDE DEBEMOS PROTEGERNOS?

Debido a la radiación dispersa siempre se debe trabajar con el tubo (foco de radiación) debajo de la mesa quirúrgica. Se debe tener especial cuidado durante las proyecciones oblicuas y siempre tener presente la ley del cuadrado de la distancia, por la que la radiación dispersa es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia desde la fuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. «BOE» núm. 178, de 26 de julio de 2001, páginas 27284 a 27393 [Consulta 25-mayo-2015] http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-14555
2. Real Decreto 1439/2010, de 5 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, aprobado por Real Decreto 783/2001, de 6 de julio. «BOE» núm. 279, de 18 de noviembre de 2010, páginas 96395 a 96398. [Consulta 25-mayo-2015] http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-17709
3. Sociedad Española de Protección Radiológica. Las Recomendaciones 2007 de la Comisión Internacional de Protección Radiológica. [consulta 25-mayo-2015] http://www.icrp.org/docs/p103_spanish.pdf
4. Cervantes Ortega G, Álvarez Sánchez C, Francés Fonddevila A, et al. Procedimiento de radioprotección y vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes. *Prevención* 2004;169:30-42.
5. Sinnott B, Ron E, Schenider AB. Exposing the thyroid to radiation: a review of its current extent, risks, and implications. *Endocr Rev* 2010;31:756-73. ●

We call our country Ghana and this is our practice of medicine

Llamamos a nuestro país Ghana
y ésta es nuestra formación en medicina

Anomenem el nostre país Ghana
i aquesta és la nostra formació en medicina

Michael Busia, Michael Osei Agyapong

6th Year, School of Medical Sciences

Kwame Nkrumah University of Science & Technology, Ghana, West Africa



The first batch of students to smoothly transition out of the medical school in Ghana as doctors were a proud group of thirty-nine who had braved the tough but patient training that medicine required. Seven years earlier, these determined youngsters had been admitted into an infant medical school which boasted a completely local staff but was now learning to stand on its feet with firmness. There was only one fledgling medical school and all the country's doctors were foreign-trained.

Fifty-three years down the line, Ghana has four medical schools that churn out approximately 600 doctors yearly with plans underway to build at least one more. Across the country, the study of medicine is an empyreal beauty with enthusiastic young individuals gleaning the rudiments of the noble profession through devoted study and an almost apprentice-like walk with consultant doctors.

On average, medical school in Ghana runs for 6 years after which a 2 year housemanship is required before the budding doctor receives his medical license and becomes a fully-fledged medical officer. This aside, each school has their own peculiarities concerning the running of the course. My school, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST) divides this 6 year period into 2 broad phases. The first is the preclinical period where the student is exposed to the basic sciences (anatomy, bioche-



mistry, physiology, pharmacology, microbiology and pathology). Much of the work in the preclinical period is done in the lecture room. Students also get to combine chemicals and observe reactions in laboratories.

After three years of preclinical work, the student is ushered into the clinical phase and the bulk of work is shifted to the hospital ward. Almost foudroyantly, students begin the junior clerkship where they encounter real patients. The pathologies that were hitherto only described in books and heard from the mouths of lecturers grow into reality, meeting the student eyeball to eye ball. However, the student need not be overwhelmed because he does not face them alone.



Grouped into teams, students are coached by experienced consultants who walk them through the three clinical years exposing the broad disciplines of medicine and surgery as well as the subspecialties that fall under them.

It is refreshing to see students trudging confidently to the ward in their white lab coats to have their daily dose of hospital work. The Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) where students from KNUST have their clinical experience is the second largest hospital in Ghana. Named after a fetish priest in Ghana's history (who was said to be so powerful that he drove a sword into a rock and which has remained till date), the hospital has a 1200 bed capa-

city and serves as a tertiary unit and referral centre for the upper half of the country. KATH has about 12 clinical directorates ranging from the Mighty Medicine, to Surgery across the Feline Obstetrics and Gynaecology to Paediatrics, down the hill of Glowing Radiology and Anaesthesia as far as Physiotherapy, to mention but a few.

A student who goes through KATH is therefore well-prepared and poised to offer the best of health service to patients. In the fifth year, students are given the opportunity of experiencing medicine as practiced in other countries through Erasmus (exchange). I am delighted and grateful to have been given the opportunity to do so in Europe. Ghana also opens its arms wide, prepared with hospitality at its best to receive students from all over the world for Erasmus.

Our exchange officers are always keen to welcome international students and to help plan thrilling trips and eye popping adventures across the country so that our visitors have the greatest experiences ever.

Just to add a one-liner, Ghana offers postgraduate courses as well and it will only be an

understatement to say that Ghanaian doctors can match the best of their fields around the world contributing in diverse ways to the study and practice of medicine in hospitals all over the globe.

Rounding up, I present to you Ghana, which borders the salty sea along the coast of West Africa, known not only for its soil rich in minerals, but also its hospitable, peace-loving inhabitants, its tasty dishes that leave a long term saporific effect on the tongue and its decent practice of medicine. And just like our counterparts of the noble profession of medicine all over the world, we also say the physician's prayer once said by the Great Physician, Hutchinson: "From inability to let well alone, from too much zeal for the new and contempt for what is old, from putting knowledge before wisdom, science before art and cleverness before common sense, from treating patients as cases and from making the cure of the disease more grievous than the endurance of the same, good Lord deliver us." ●

<http://sms.knust.edu.gh/>



Recerca

Tesi doctoral

Factors associats i de resposta al tractament en el trastorn de joc: determinants en població clínica

Autora: M. Neus Aymamí i Sanromà

Psicòleg adjunt de la Unitat de Joc Patològic del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de Bellvitge.
Professora associada, Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica de la Universitat de Barcelona

RESUM

Tenint en compte les greus conseqüències del trastorn de joc (TJ) i la seva afectació en població general (1-2%), aquest treball pretén analitzar alguns dels factors associats al TJ i a la resposta al tractament, mitjançant la presentació d'un compendi de sis articles originals d'investigació empírica, que s'han fet a la Unitat de Joc Patològic (UJP) del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB).

Es fa una revisió de la literatura que ha explorat factors associats al TJ (com la heterogeneïtat del trastorn, factors sociodemogràfics, biològics, psicològics o situacionals) i l'eficàcia dels tractaments.

Els objectius dels sis estudis, permeten obtenir evidència empírica sobre la heterogeneïtat del TJ, determinats factors implicats en el seu curs i resultats del tractament, i sobre mecanismes subjacents de mediació. Les mostres utilitzades oscil·len entre 108 i 1470 subjectes (segons l'estudi) que van acudir a la UJP de l'HUB, entre els anys 2010 i 2015.

RESULTATS I CONCLUSIONS:

Estudi 1: Es van identificar 4 subgrups de jugadors patològics en funció de variables sociodemogràfiques, clíniques i de personalitat: I ("desorganitzat i emocionalment inestable"), II ("esquizoide"), III ("sensible a la recompensa") i IV ("altament funcional"), segons la gravetat del trastorn i els símptomes associats.

Estudi 2: L'edat d'inici precoç s'associa a més gravetat del TJ. També constitueix una variable rellevant per a comprendre millor l'heterogeneïtat del TJ. La cerca de sensacions podria esdevenir un potent factor de risc per l'inici precoç del TJ.

Estudi 3: Es troba una prevalença de trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) del 23.2% en pacients amb TJ. Els nivells més elevats de TDAH es van trobar en pacients de TJ més joves, i es va associar a més gravetat del TJ i a més psicopatologia general, així com a trets disfuncionals de personalitat. La simptomatologia del TDAH sembla tenir un paper mediador entre un patró de personalitat amb altes puntuacions en cerca de sensacions i la gravetat del TJ.

Estudi 4: Determinades dimensions de la ira estan associades als nivells de psicopatologia general, a la intensitat del TJ i als diferents trets de personalitat dels jugadors patològics, depenent del subtipus diagnòstic.

Estudi 5: L'activitat d'inversió en mercats financers, pot esdevenir un problema addictiu en determinats casos i no genera un perfil clínic diferent dels altres tipus de joc. S'associa en l'àmbit alt d'estudis i a puntuacions elevades en cooperativitat. En relació a les preferències de joc, es podria hipotetitzar que la diferència entre els diversos perfils clínics d'addicció al joc rau més en les motivacions dels pacients i en la forma en la qual s'adapten al context social.

Estudi 6: El tractament cognitivoconductual (TCC) grupal és efectiu pel TJ. Els pacients varen mostrar un canvi significatiu (puntuacions més baixes en psicopatologia general i en la gravetat del TJ).

Aquests resultats corroboren l'heterogeneïtat del TJ, aspecte rellevant per tal de dissenyar i aplicar propostes terapèutiques més eficients. Els programes de TCC han demostrat ser eficaços, tot i que s'haurien de poder dissenyar i aplicar tenint en compte les diferències indi-

viduals. És essencial seguir investigant sobre els factors associats al TJ per tal de poder implementar programes de detecció precoç i preventius per a poblacions vulnerables, com la dels joves, incidint en el maneig d'estratègies d'autocontrol, resposta a la recompensa, millora dels processos de presa de decisions o maneig de la ira, per minimitzar la simptomatologia associada i la mateixa intensitat del TJ. Així també, resulta fonamental continuar l'estudi sobre altres preferències de joc i els seus correlats clínics. ●

Comentaris i perspectives

Dr. J Delás

Si sempre és emocionant rebre a la nostra revista *Annals del Sagrat Cor* una nova tesi doctoral, aquesta de Maria Neus Aymamí i Sanromà, Psicòleg Adjunt de la Unitat de Joc Patològic del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari de Bellvitge, Professora Associada del Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica de la Universitat de Barcelona té un indubtable factor afegit.

Les tesis són sempre el darrer esglaó en la carrera universitària, però, de vegades, suposa l'opera prima de l'investigador i en altres és l'expressió d'una feina de llarg recorregut, la trajectòria científica raonada i creativa. La Dra. Aymamí fa anys es va incorporar al Servei de Medicina de l'Hospital del Sagrat Cor, com una prova més de l'esperit humanista que impregnava el Cap de Servei, Dr. Puigdollers. Hi havia una constant preocupació per la psicologia, per la Medicina Psicosomàtica que va potenciar la creació del Servei de Psiquiatria –originàriament adscrit a Medicina Interna- i que hi haguessin psicòlogues integrades en el mateix Servei com és el cas de la Neus Aymamí.

Cal dir que no solament va engegar la seva línia assistencial i la gènesis de l'actual recerca, sinó que va ser un puntal en el desenvolupament de l'equip, la seva cohesió i equilibri. No es recorda en ella una mala cara, ni quasi bé un mal moment en tota el recorregut conjunt.

En el text anterior hi ha l'oportunitat de llegir el resum de la tesi resultat de 6 publicacions 1-6 a revistes internacionals. La reconeguda capacitat de síntesis de la Dra. Aymamí ens permet familiaritzar-nos en l'existència de 4 subgrups de patologia del joc, a partir de diferències sociodemogràfiques, clíniques i de personalitat. La importància de l'edat d'inici i la prevalença d'un 23,2% de trastorn per dèficit d'atenció e hiperactivitat. I que determinades dimensions de la ira estan associades a la intensitat del trastorn del joc.

1. Álvarez-Moya EM, Jiménez-Murcia S, Aymamí MN, Gómez-Peña M, Granero R, Santamaría J et al. Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(8):498–506.
2. Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Stinchfield R, Fernández-Aranda F, Granero R, Aymamí MN, et al. Age of onset in pathological gambling: clinical, therapeutic and personality correlates. *J Gambl Stud*. 2010; 26(2):235-48.
3. Aymamí MN, Jiménez-Murcia S, Granero R, Ramos-Quiroga JA, Fernández-Aranda F, Claes L, et al. Clinical, psychopathological, and personality characteristics associated with ADHD among individuals seeking treatment for gambling disorder. *BioMed Res Int*. 2015: 965303.
4. Aymamí MN, Granero R, Penelo E, Fernández-Aranda F, Krug I, Gunnard K, et al. Anger in pathological gambling: clinical, psychopathological, and personality correlates. *Spanish J Psychol*. 2014; 17: e39, 1–12
5. Granero R, Tárrega S, Fernández-Aranda F, Aymamí MN, Gómez-Peña M, Moragas L, et al. Gambling on the stock market: an unexplored issue. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(6): 666-73.
6. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Arcelus J, Aymamí MN, Gómez-Peña M, et al. Predictors of outcome among pathological gamblers receiving cognitive behavioral group therapy. *Eur Addic Res* 2015; 21(4): 169-78. ●

Recerca

Memòria d'activitats del Comitè ètic d'investigació Clínica (CEIC) idcsalud a Catalunya 2015

Montserrat Granados Plaza, Margarita Aguas Compaired

INTRODUCCIÓ

Durant l'any 2015 el CEIC idcsalud a Catalunya ha mantingut la seva missió de vetllar per la protecció dels drets, seguretat i benestar dels pacients, avaluant la correcta metodologia, l'ètica i la legalitat dels projectes de recerca, i millorar les garanties del seu funcionament intern.

D'altra banda s'ha refermat la sistemàtica de treball iniciat el 2014 amb la fusió dels CEICs de l'Hospital Universitari Sagrat Cor i de l'Hospital General de Catalunya. Un dels principals esforços ha anat dirigit al treball comú i en especial el de millorar el seguiment dels projectes de recerca presentats al CEIC.

Com activitats destacables durant el 2015, es destaca:

- Presentació de dues comunicacions al II Congrés ANCEI, Saragossa 8 juny 2015:
 - Pòster. *Preparándonos para el futuro o lo que hemos aprendido al fusionar 2 Comités Éticos de Investigación Clínica.*
 - Comunicació Oral: *Seguimiento de Proyectos: Evaluación de una herramienta disponible en la Intranet del CEIC.*
- Procediment VHP. Participació en la prova pilot d'avaluació harmonitzada amb AEMPS. En dues ocasions, una d'elles com a CEIC de Referència.
- Assistència al CEIC de Residents i alumnes de Màsters amb interès de formació: 5 residents i 2 alumnes Màster Medicaments i Sistema Sanitari.
- Representació del CEIC en el Jurat Premis Científics Hospital General de Catalunya 2015.

COMPOSICIÓ DEL COMITÈ

Durant el 2015 s'ha produït una baixa en els membres: Dr. Jamil Ajram Maksoud (Servei Pediatria) per jubilació.

PRESIDENT: Dra. Margarita Aguas Compaired (Farmàcia Hospitalària).

SECRETARI: Sra. Montserrat Granados Plaza (Infermera i membre Comissió Investigació).

METGES. Dr. José Javier Bara Casaus (Cirurgia Maxil·lo-facial), Dr. Francesc Fernández Monràs (Servei Medicina Interna), Dr. Francisco Javier Ruiz Moreno (Medicina Intensiva), Dra. M^a Ángeles Rivas Fernández (Servei de Pediatria)

FARMACÒLEG CLÍNIC: Dr. Rafael Azagra i Ledesma, Dra. Maria Estrella Barceló Colomer

FARMACÈUTIC HOSPITALARI: Dra. Pilar Marcos Pascua

FARMACÈUTIC ATENCIÓ PRIMÀRIA: Sra. Olga Manrique Rodríguez. Professional d'Oficina de Farmàcia.

INFERMERIA: Sra. Cristina Sagrera i Felip (Infermera Responsable Seguretat del Pacient i membre del Comitè Ètica Assistencial), Sr. Màrius Trèmols Esmel (Supervisor Hospitalització i membre del Comitè Ètica Assistencial).

UNITAT ATENCIÓ A L'USUARI: Sra. Marta Tàpia. (Unitat d'Atenció a l'Usuari)

MEMBRE ALIÈ A LES PROFESSIONS SANITÀRIES: Sra. Montse Bielsa. Jurista; Sra. Louisa García Bonillo. Administrativa

FORMACIÓ

El CEIC ha de mantenir una activitat formativa a fi de garantir l'actualització dels coneixements i criteris en el desenvolupament de les seves funcions i en el funcionament del comitè. Durant el 2015 aquesta activitat formativa es va concretar en l'assistència a:

I Curs Intensiu d'Actualització en Bioètica: Up-Date en Bioètica. "Coneixements Generals de Protecció dades". Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon Llull. (1,5 crèdits).

II Congrés ANCEL. Zaragoza.

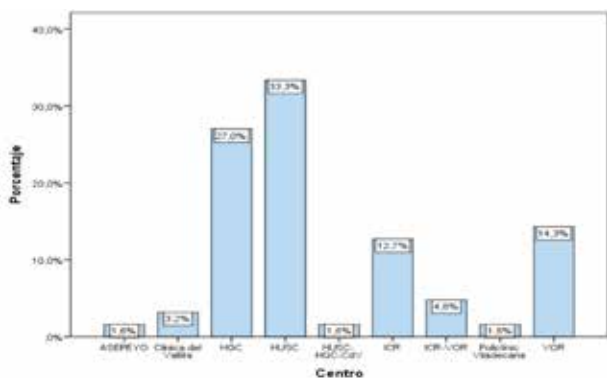
Màster Universitari en Investigació en Atenció Primària. Universitat Míguel Hernández, Alacant. Modalitat on-line. 60 crèdits.

II Jornada del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari de Bellvitge: Big data en investigació: implicacions i conseqüències.

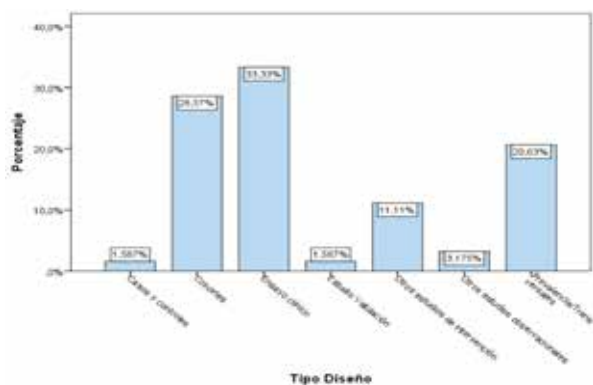
ACTIVITAT D'AVALUACIÓ

El total de projectes avaluats durant l'any 2015, ha estat de 63.

En la distribució dels projectes avaluats per centres, com es pot veure en el gràfic, destaca l'Hospital Universitari del Sagrat Cor en nombre d'estudis presentats amb un 33,3% del total.



Per tipus de disseny, més de la meitat dels projectes corresponen a Assaigs clínics amb medicaments i a estudis observacionals de Cohorts amb un 33,3% i un 28,5% respectivament del total de projectes.



Per tipus de Promotor d'estudis, és a dir per tipus de sol·licitants d'avaluació, com es pot veure en el següent quadre, l'indústria farmacèutica concentra la meitat de les sol·licituds i li segueix la promoció interna, que correspon a aquelles que són a iniciativa dels mateixos professionals i que no compten amb suport de cap indústria ni d'institucions o associacions.

	N	%
Indústria farmacèutica	32	50,8
Altres indústria biosanitària	1	1,6
Altres Institucions privades	4	6,3
Promoció Interna	21	33,3
Societat/Associació científica	1	1,6
Fundació/Institut/Asoc. investigació biomèdica	4	6,3
Total	63	100,0

Per especialitat o àrea de coneixement destaca l'activitat de recerca realitzada pel servei d'Oftalmologia, provinent de l'Institut Català de la Retina (ICR) i de Vallès Oftalmologia Recerca (VOR).

	N	%
Cardiologia	4	6,3
Cirurgia Maxil·lofacial	1	1,6
Cirurgia Ortopèdica i Traumatològica	2	3,2
Dermatologia	3	4,8
Docència	1	1,6
Infermeria	2	3,2
Farmàcia	4	6,3
Ginecologia i Obstetrícia	2	3,2
Medicina Interna	1	1,6
Nefrologia	1	1,6
Pneumologia	2	3,2
Neurologia	8	12,7
Nutrició	1	1,6
Oftalmologia	20	31,7
Oncologia Radioteràpica	1	1,6
ORL	1	1,6
Pediatria	2	3,2
Psicologia	3	4,8
UCI	3	4,8
Universitat Internacional Catalunya	1	1,6
Total	63	100,0

En l'avaluació dels projectes, quan es tracta d'assaigs clínics multicèntrics, el CEIC pot actuar com a CEIC de Referència o Implicat. En el primer cas, el CEIC nomenat actuarà

com a referent per als CEICs de la resta de centres que hi participen, d'aquesta manera centralitza tots els informes en un dictamen únic que és el que es fa arribar als promotors. Quan s'actua com a implicat, envia al de Referència l'informe resultant de la seva avaluació. Durant l'any 2015, hem actuat en sis ocasions com CEIC de Referència. En la resta d'estudis s'actua com a CEIC Local.

En la resta d'estudis s'actua com a CEIC Local.

	N	%
Referència	6	11,1
Implicat	15	22,2
Local	42	66,7
Total	63	100,0

De tots els projectes si els classifiquem en funció de la participació dels centres que es tutelen:

	N	%
Multicèntric Internacional	15	23,8
Multicèntric Europeu	13	20,6
Multicèntric Nacional	12	19,0
Unicèntric	23	36,5
Total	63	100,0

Els resultats de l'activitat avaluadora del CEIC durant el 2015 queda recollida en la següent taula:

Tipus Projectes	APR	A+APR	DEN	A+DEN	A+Pte. Resposta	Cancel·lat
AC CEIC implicat	3	6	1	1	4	
AC CEIC referència	0	4	0	0		2
IC PS	0	1	0	0	1	
EPA	3	2	0	0	2	0
No EPA	0	3	0	0	1	0

AC: Assaig Clínic.

IC PS: Investigació Clínica amb Producte Sanitari.

EPA: Estudis Post Autorització.

No EPA: No Estudis Post Autorització.

Altres: Altres estudis no inclosos en els apartats anteriors.

APR: Aprovats o amb informe favorable directament, sense haver demanat aclariments.

A+APR: Aprovats o amb informe favorable després d'haver demanat aclariments.

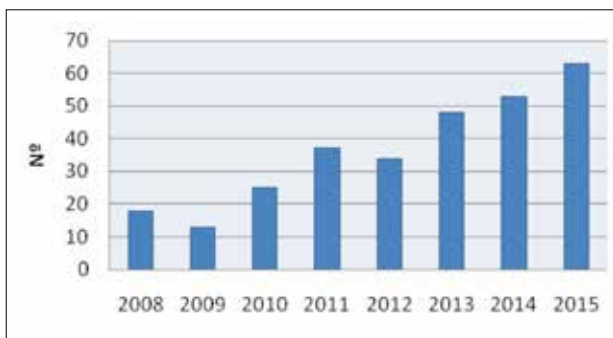
EN: Denegats o amb informe desfavorable directament, sense haver demanat aclariments .

A+DEN: Denegats o amb informe desfavorable després d'haver demanat aclariments.

A+ Pte. Resposta: Sol·licitud Aclariments pendents resposta a 31 desembre 2014.

A+Cancel·lat: Sol·licitud aclariments i cancel·lat a petició IP abans d'emetre Dictamen Final

Si analitzem el global dels projectes avaluats per anys, podem observar la tendència en positiu del seu nombre, que consolida any rere any l'activitat del nostre CEIC.



En relació a Modificacions rellevants, que poden implicar canvis importants en el desenvolupament i continuïtat dels

estudis, es van avaluar 47 esmenes d'aquesta categoria durant el 2015.

DADES DE SEGUIMENT

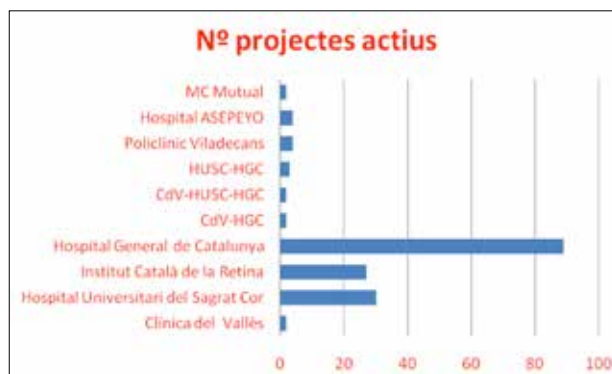
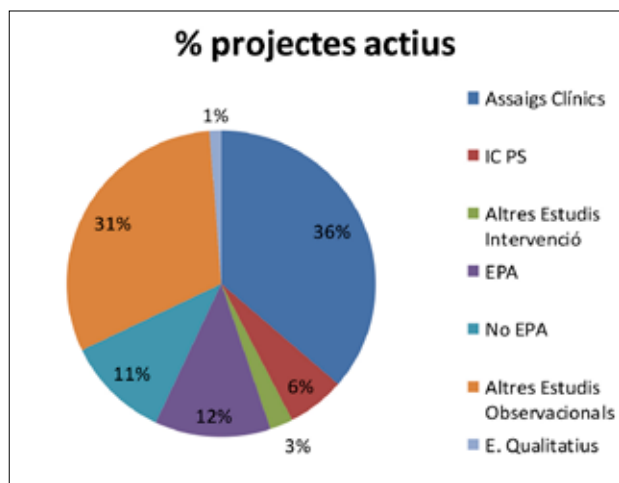
El CEIC realitza un seguiment dels projectes que es porten a terme en el nostre centre, des del seu inici fins a la recepció del seu informe final.

A data 31 de desembre de 2015 es trobaven en situació d'actius (oberts en la base de dades), 165 projectes de recerca.

Per tipus de disseny d'estudis destaquen els assaigs clínics, ja que és habitual que tinguin un període de seguiment relativament llarg (més d'un any) i els observacionals perquè són dels més representatius.

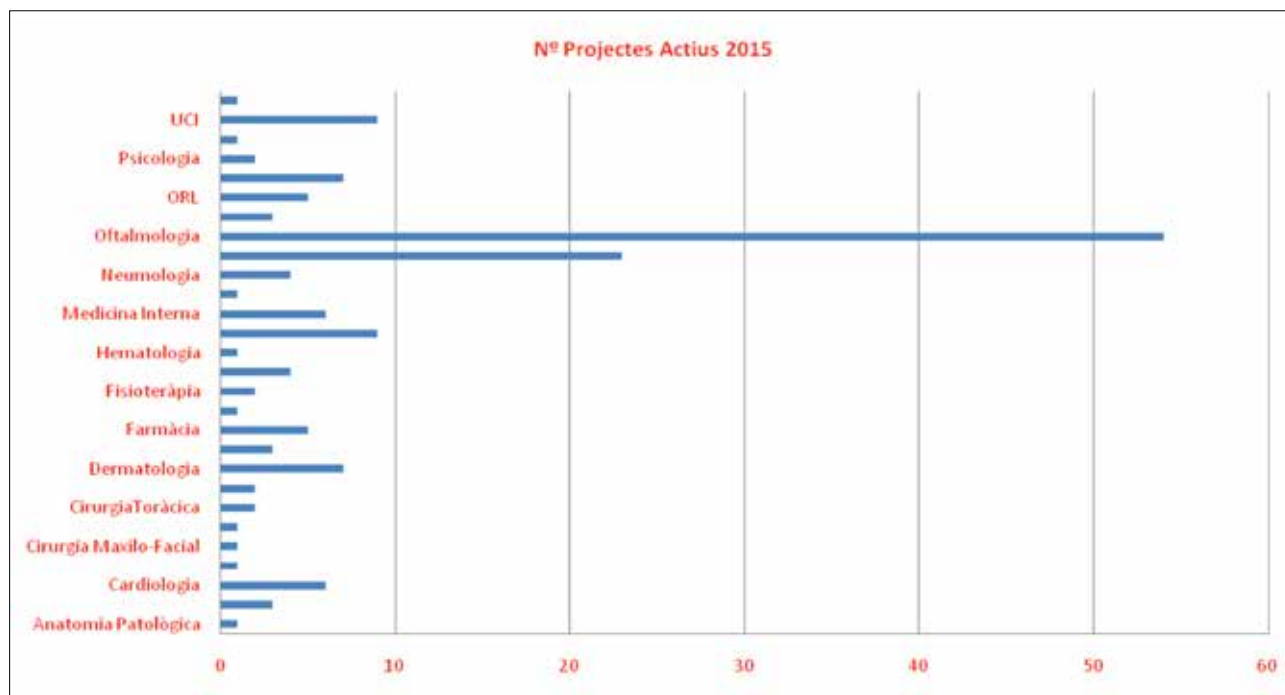
La distribució dels projectes per centres acreditats es mostren en el següent gràfic, destacant l'Hospital Universi-

tari Sagrat Cor i l'Hospital General de Catalunya que aglutinen el 72% del total de projectes actius.



Per especialitat es manté el servei d'Oftalmologia com l'especialitat amb més activitat de recerca seguit de Neurologia.

Per especialitat o àrea de coneixement:



INFORMES SEGUIMENT REALITZATS PER INVESTIGADORS

De l'activitat de seguiment realitzada per els mateixos investigadors, fins al dia de tancament de la recollida d'informes (12 febrer 2016), s'han actualitzat 130 projectes, el que suposa el 78,8% de compliment per part dels investigadors.

En la següent taula es pot observar la taxa d'informes de seguiment rebuts per centres, on els centres del nostre grup (Clínica del Vallès, Hospital Universitari Sagrat Cor i Hospital General de Catalunya) presenten un percentatge de compliment superior al 80%.

Centre de Treball	Informes rebuts	Informes sol·licitats	Seguiment realitzat (%)
Clínica del Vallès	2	2	100%
Hospital Universitari del Sagrat Cor	24	30	80%
Institut Català de la Retina	19	27	70,3%
Hospital General de Catalunya	76	89	85,4%
CdV-HGC	2	2	100%
HGC-HUSC	2	3	66,6%
CdV-HGC-HUSC	0	2	0%
Policlínic Viladecans	0	4	0%
Hospital ASEPEYO	3	4	75%
MC Mutual	2	2	100%
TOTAL	130	165	78,7%

Dels projectes que s'ha rebut informació, la situació actualitzada en la qual es troba l'estudi es pot veure en la següent taula:

	N	%
Finalitzat (Informe final enviat)	24	14,5
Finalitzat Anticipat (Informe final Enviat)	1	0,6
Finalitzat (Informe final pendent)	28	17,0
Reclutament Tancat	24	14,5
Reclutament	52	31,5
No obert	6	3,6
Cancel·lat	4	2,4
Parada temporal	1	0,6
Pendent	25	15,1
Total	165	100,0

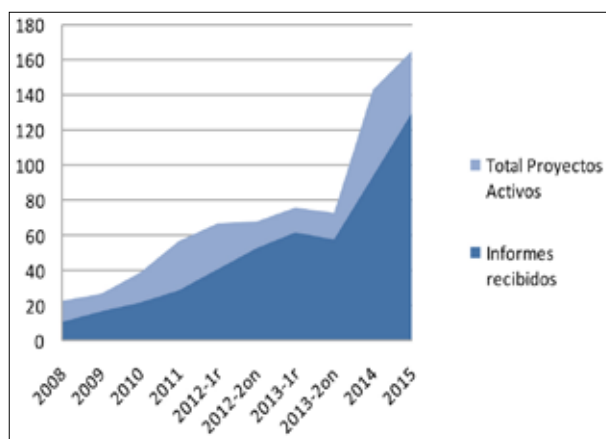
Altra informació recollida és la relativa al nombre de pacients reclutats, esdeveniments adversos.

Nombre de pacients participants: es van reclutar un global de 3.848 pacients, entre tots els centres, dels quals fins al moment han completat l'estudi o assaig 2.271. Esdeveniments Adversos Greus notificats, cap ha estat en els nostres centres.

D'ençà que es va sistematitzar la recollida de seguiment dels centres el grau de compliment ha anat en augment, tal com es pot veure en el gràfic i taula següents, encara que no hem assolit l'objectiu marcat d'arribar al 100% dels estudis actius.

Any	Informes rebuts	Total Projectes Actius	
2008	11	23	48%
2009	17	27	63%
2010	22	39	56%
2011	29	57	51%

2012-1r	41	67	61%
2012-2on	53	68	78%
2013-1r	62	76	81,58%
2013-2on	58	73	79,45%
2014	94	143	65%
2015	130	165	78,8%



CONCLUSIONS

Respecte al nombre de projectes presentats al CEIC ha augmentat un 20% respecte a l'any anterior.

En assaigs clínics multicèntrics, s'ha augmentat també en l'actuació de CEIC de Referència, enguany s'ha actuat en el 28% del total d'assaigs clínics avaluats. En relació al seguiment, s'ha pogut comprovar que la tasca de suport i formació donat als investigadors al respecte, ha revertit en un augment important del percentatge d'informes de seguiment rebuts. De totes maneres s'ha de continuar i potenciar l'activitat de seguiment dels projectes presentats en el centre. ●

Unidades de patología mamaria

Dr. Eduardo Basilio

El cáncer de mama ya era conocido en la antigüedad. En los papiros de Edwin Smith 1600 aC y de Ebers 1500 aC ya explicaban las características clínicas y aconsejaban tratarlos con la exéresis del tumor y la cauterización. La lucha contra el cáncer de mama nunca ha cesado dada su alta frecuencia, su morbimortalidad y la importante repercusión psíquica sobre la mujer que siente que pierde o se modifica su imagen corporal.

Un hito en la historia fue la figura de William Hasted que en 1981 preconiza la cirugía radical de la mama con vaciado axilar bajo la idea del tratamiento locoregional. Este concepto se mantuvo invariable durante unos 70 años con tentativas de aumentar la agresividad quirúrgica (mamaria interna, mediatino, fosa supraclavicular) y posteriormente a reducirla (Crile, Patey y Madden) hasta las publicaciones de Spitalier y Amalric de Marsella en 1960 que ofrecían buenos resultados con el tra-

tamiento conservador de la mama y que fueron confirmados con los ensayos randomizados de Fisher y Veronesi en 1981.

Todo ello se ha unido a que en estos años se ha producido una verdadera revolución en el tratamiento del cáncer de mama con la quimioterapia adyuvante y neoadyuvante con nuevas y más potentes drogas, la hormonoterapia, nuevas técnicas de irradiación, los anticuerpos monoclonales, la biopsia del ganglio centinela, mejores técnicas en el diagnóstico por la imagen, el screening mamario de grandes masa de población y de la población de riesgo, la inmunohistoquímica, la clasificación molecular y la información genética. Todo ello armonizado dentro de la unidad de patología mamaria multidisciplinaria que enriquece científicamente a sus miembros y que ofrece como resultado un tratamiento mejor e individualizado a la mujer.

Las unidades de mama hospitalarias fueron surgiendo poco a poco por el interés de especialistas en el tema y que formaban un grupo de colaboradores con reuniones periódicas. Así fueron la del Prof. Gros en Estrasburgo en 1960, Tejerina en Madrid 1961, Prats Esteve en Barcelona 1966 y Mansel en Glasgow en 1996.

En 1995 un comité de expertos del British National Health Service recomendó la creación de unidades de mama. Y es ratificado por el Parlamento Europeo en 17 febrero 2003.

La European Society of Mastology publica las condiciones que han de requerir las unidades de mama en 2000.

En España la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria fundada en 1980 tiene como objetivos principales la formación de especialistas y la creación de unidades de mama que rápidamente fueron formándose en todos los hospitales, especialmente en Cataluña. ●

Papiros de Edwin Smith




Més de 20 anys d'unitat de patologia mamària a l'HUSC. I seguim.

Dr. Santiago Barba

Al llarg de la història de l'Hospital del Sagrat Cor, i de la història dels hospitals predecessors que el defineixen com ara és el nostre, les pacients afectes de lesions mamàries (benignes o malignes) o les que s'aproparen per a revisions preventives, han estat tractades amb el màxim interès i la millor atenció des de les diferents consultes ja siguin les de Ginecologia, Cirurgia General, Cirurgia Plàstica, Oncologia o les antigues consultes de Patologia Mamària, dels diferents hospitals.

El 1993 amb la unificació dels equips mèdics de l'Hospital Central de l'Aliança i de l'Hospital del Sagrat Cor i la progressiva ubicació de tota l'activitat hospitalària i de consultes de pacients aguts en l'Hospital del Sagrat Cor (després Hospital Universitari Sagrat Cor), el Dr. Eduardo Basilio i Bonet va posar en marxa la Unitat de Patologia Mamària de l'HUSC.

pitals de l'Aliança en aquell moment, havia liderat l'atenció en patologia mamària a l'Hospital Central juntament amb els Drs. Antonio Segade, Lluís Puigdomènch, Fernando Boufard i la Dra. M^a Àngels Blasco, creant una consulta específica de "Patologia Mamària". Per altra banda a l'Hospital del Sagrat Cor aquesta atenció estava assumida des del Servei de Ginecologia i Obstetrícia liderant-la el Dr. José Antonio Rodríguez Soriano des de la seva incorporació a l'hospital (per oposició) el 1964, va simultaniejar l'activitat amb la seva plaça a la càtedra d'Anatomia Patològica a l'Hospital Clínic, pioner també en patologia mamària adquirí el primer mamògraf a Barcelona (1971) que s'ubicà al Servei de Ginecologia essent els professionals del mateix servei els que feien les mamografies i també els primers estudis anatomopatològics, els seus col·laboradors més propers en aquesta tasca van ser el Dr. Agustí Castella, el Dr. Antonio Poncela, el Dr. Joan Solsona i el Dr. Antonio Rodríguez Rigau.




**I CURS DE FORMACIO CONTINUADA
EN
PATOLOGIA MAMARIA
PER METGES DE ASISTENCIA PRIMARIA**

V CURS DE AVANÇOS EN SINOLOGIA


- Curs de Doctorat del Departament de Cirurgia i Especialitats Quirúrgiques de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona
- Reconegut d'interès sanitari per l'Institut d'Estudis de la Salut
- Patrocinat per la "Sociedad Española de Senología"
- Acreditat per el Consell Coordinador de la Formació mèdica continuada.

16 horas. Credits

Hospital del Sagrat Cor. Barcelona
Inscripció = 5000 Ptas - 10.000 Ptas
Limitat a 50 inscripcions
Evaluació final (¿Voluntaria?)



**IV CURSO DE
AVANCES
EN
SENOLOGÍA**



Barcelona 27 octubre 1998

El Dr. Basilio, Cap de Servei de Cirurgia General i Digestiva de l'Hospital Central i també Director Gerent dels dos hos-

Al 1993, el Dr. Basilio posa en marxa la Unitat de Patologia Mamària de l'HUSC de comú acord i amb la genero-

siat dels serveis de Ginecologia i Obstetrícia i de Cirurgia General i Digestiva i amb l'aprovació de la Direcció de l'Hospital. La unitat neix amb el compromís d'assumir tots els pacients amb patologia mamària que s'atenen a l'HUSC seguint el protocol diagnòstic i terapèutic elaborat per la Unitat.

Dissenyada com a unitat funcional interdisciplinària es compon de membres del Servei de Ginecologia i del Servei de Cirurgia General i Digestiva que atenen les consultes de "Patologia Mamària" i de membres dels serveis d'Anatomia Patològica, Cirurgia Plàstica, Medicina Nuclear, Oncologia Mèdica, Oncologia Radioteràpica (H. Plató), Radiodiagnòstic, Rehabilitació i Psiquiatria. Té assignada 1 infermera específica per la Unitat.



La direcció i gestió de la Unitat és independent dels serveis de Ginecologia i Obstetrícia i de Cirurgia General i Digestiva i encarregada al Cap de la Unitat de Patologia Mamària, inicialment assumida pel Dr. Basilio, amb posterioritat l'han rellevat el Dr. Antonio Segade i en l'actualitat el Dr. Santi Barba.

Durant aquests més de 20 anys, les consultes específiques de "Patologia Mamària" han estat ateses pels Drs. Eduardo Basilio, Antonio Segade, Santi Urgell, Pere Salord, Ignasi Valls, Santi Barba i la Dra. Rosa Anton, amb formació i dedicació específica a aquest camp de la medicina i tots en possessió del títol de "Màster en Senologia y Patologia Mamaria" per la Universitat de Barcelona. I la cara més amable i propera, sempre atenta a l'acompanyament i a respondre a totes les necessitats de les pacients ha estat

la de les Sres. Marquina Mateos, Fina Bravo i Maite Claromonte infermeres amb dedicació preferent a la unitat.

Des de la Unitat de Patologia Mamària del HUSC s'han organitzat sessions formatives per a dones en el format de "Curs d'autoexploració mamària", s'han organitzat "Symposium Avances en Senologia" en 5 edicions, la "IV Reunión del Capitulo Espanyol de la Societat del Mediterraneo Latino" a la seu de l'HUSC, "Curs de formació continuada en Patologia Mamària per a Metges d'Assistència Primària" i l'organització del "I Congrés Català de Sinologia i Patologia Mamària" el 2002 que es va celebrar a la Casa de la Convalescència de la UAB. Tota aquesta activitat en estreta col·laboració amb la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria de la que van ser impulsors i socis fundadors el Dr. Basilio, Dr. Segade i Dr. Puigdomenech.



Durant aquest període, s'ha consolidat el tractament conservador com a primera opció en el càncer de mama en estadis inicials, la introducció precoç de la tècnica de gangli sentinella des del 1997 amb l'objectiu d'evitar limfadenectomies innecessàries amb seqüeles greus, la introducció de la RMN mamària per la millor definició de la malaltia neoplàsica, la implementació progressiva de les diferents formes de biòpsies percutànies que han eliminat les cirurgies diagnòstiques, la categorització i seguiment del "risc de càncer de mama", la reconstrucció mamària diferida o simultània en col·laboració amb el Servei de Cirurgia Plàstica així com les tècniques oncoplàstiques per poder assolir major nombre de tractaments conservadors, la indicació de

l'estudi genètic en pacients amb alta associació de càncer familiar, la indicació de l'ús de plataformes genòmiques per la millor estratificació, diagnòstic molecular i pronòstic del càncer i poder aplicar el tractament individualitzat a cada situació, la implementació dels nous fàrmacs pels anomenats "tractaments diana", la indicació de tractaments sistèmics neoadjuvants amb la doble intenció de millorar el pronòstic de la malaltia i assolir major nombre de tractaments conservadors.

Mantenim col·laboració amb la Universitat de Barcelona, participant com a docents a les sessions teòriques i rebent alumnes en pràctiques del "Máster de Patología Mamaria y Senología".

Hem iniciat col·laboració amb Universitat Autònoma de Barcelona amb la participació amb aportació de pacients a l'estudi "Cáncer de mama y dieta" dirigit pel Professor Eduard Escrich, Director del "Grupo multidisciplinar para el estudio del cáncer de mama".

Durant el 2015 hem fet 2.975 visites (fins novembre) i 97 intervencions quirúrgiques, 75 per patologia maligna.

Tot aquest treball al llarg d'aquests més de 20 anys, s'ha pogut dur a terme per la formació continuada dels professionals amb l'assistència a cursos i congressos de l'especialitat i sobretot pel treball cooperatiu i interdisciplinari amb els membres dels altres serveis que componen la unitat funcional, de forma més concreta a la sessió Diagnòstica de Patologia Mamària (dilluns) i a la sessió del Comitè de Tumors (dimecres) on es consensuen els tractaments, essent aquesta relació professional l'actiu més valuós de la unitat.

Hem viscut diferents realitats organitzatives/administratives de l'hospital, adaptant-nos per tal de poder garantir la qualitat assistencial que demanen les nostres pacients i perseverant en el model cooperatiu de treball, ara en aquests moments de nous canvis SEGUIM amb la voluntat de continuar sent el referent de qualitat per a les pacients amb patologia mamària i pels professionals de l'HUSC.

L'hospital ha d'estar agraït al nombrós grup de professionals dels molts serveis que integren la unitat funcional, que al llarg de tots aquests anys han donat assistència de qualitat a les nostres pacients. ●

... Por goleada

Dr. Antonio Segade

Para aquellos que estas líneas lleguen a leer y para aquel a quien hacen referencia. De vuestra generosidad solicito comprensión y disculpa.

Desconozco la razón por la que se me ha encargado la tarea de glosar la figura, por otro lado irreplicable, del Dr. Dn. J. Eduardo Basilio Bonet.

Le pido disculpas a él porque es muy posible que mis puntos de vista no sean, precisamente, imparciales; ¡son tantos los años del "codo a codo"!

Al mismo tiempo recabo de los lectores la virtud de la comprensión; es seguro que los editores habrían podido encontrar mejor pluma y más imparcial relator.

Desde el momento de iniciar este escrito dos dudas me asaltan; y no cejan en su empeño. ¿Debo poner de relieve al profesional o, por el contrario, hacer hincapié en la vertiente humana del personaje?

Aquellos que desconocen al profesional, e incluso aquellos que creen conocerlo, solo tendrían que echar un vistazo a su currículum para percatarse de su categoría. No voy a transcribir aquí la totalidad de dicho historial profesional, pues para ello sería preciso utilizar el espacio de media revista pero sí, al menos, dejar alguna pincelada del mismo. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona en 1956, médico de APD por oposición en 1957, Especialista en Urología, en Cirugía General y en Cirugía del aparato Digestivo; Doctor en Medicina y Cirugía, cum laude, por la Universidad de Barcelona, amén de otras espe-

cialidades no quirúrgicas.

Profesor asociado a la Facultad de Medicina y profesor del Máster de Senología y Patología Mamaria de la Universidad de Barcelona.

A nivel hospitalario: Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Central de Quinta Salut La Alianza de 1978 a 1990. Director-Gerente del mismo hospital y del Hospital Universitario Sagrat Cor de Barcelona de 1990 a 1993. Fundador y Coordinador de la Unidad de Patología Mamaria desde 1987 hasta 1995.

Miembro de numerosas sociedades científicas – Cirugía, Oncología, Digestivo, etc. - entre las que cabría destacar la Sociedad Italiana de Terapia dei Tumori y la Association Française de Chirurgie.

Miembro fundador de la Sociedad Española de Oncología, de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, de la Sociedad Española de Cirugía del Mediterráneo Latino y de Medicus Mundi.

Miembro de honor de las sociedades: Española de Senología y Patología Mamaria, Boliviana de Cirugía, Brasileira de Mastología.

Ex-presidente de varias de las sociedades a las que con anterioridad he hecho mención.

Y, evidentemente, numerosos trabajos, comunicaciones, publicaciones, ponencias en mesas redondas, charlas, conferencias... ..Tanto a nivel nacional como internacional. Creo no equivocarme si dejo para el final aquello de lo que

creo se siente más satisfecho: MEDALLA DE ORO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SENOLOGÍA Y PATOLOGÍA MAMARIA.

¡Sólo una pincelada!

Más ¿qué decir del personaje? Supe de su existencia cuando aún no había finalizado mi paso por la Facultad de Medicina de Valladolid; es decir, alejado del área de actividad de nuestro personaje. Y hasta Valladolid me llegó información acerca de un cirujano de Barcelona: joven, con ímpetu, con inmejorable formación y enorme capacidad de trabajo; solicitado desde diversos lugares de España para ir a operar cuando los cirujanos locales se veían “apurados”; en suma, un excelente cirujano reconocido no sólo en Barcelona sino también fuera de Cataluña.

Y decidí que, cuando hubiese dado fin a mi licenciatura, intentaría formarme a su sombra.

Y así fue. Y así sigue siendo.

Descubrí un hombre joven, alto, algo tostado por el sol (color de mar), amable, de fácil conversación, con manos grandes de las que ningún hijo querría sentir sobre él, dedos regordetes, uñas bien cuidadas y unos ojos inquietos de mirada a veces dura, a veces amable. Siempre activo, siempre inquieto, aunque sin apresuramiento. Siempre a la búsqueda de algo; y ese algo acostumbraba a ser trabajo, más trabajo. Pero no tanto por el trabajo en sí mismo como por lo que conlleva de experiencia, búsqueda de lo último, en congresos, reuniones o trabajos publicados; siempre fue la bibliografía una de sus pasiones y de ello pueden dar fe en la biblioteca del hospital.

De su inquietud científica es fácil percatarse cuando se examina, siquiera sea por encima, el resumen de currículo que antecede; impulsor, fundador, presidente y colaborador de tantas y tantas sociedades.

Enorme dedicación; enorme capacidad de trabajo y ¡enorme Conchita! sin cuyo apoyo y estímulo estoy seguro de que no habría sido el mismo.

Decía Quevedo. “Erase un hombre a una nariz pegado, nariz superlativa...”, mofándose de Góngora.

Y yo digo. “Erase un hombre a una agenda pegado, superlativa agenda”. De perderla, habría perdido la corteza prefrontal con su memoria a corto plazo, el hipo-

campo con su memoria a largo plazo y hasta los ganglios basales con su capacidad de discernimiento sobre lo que querría recordar u olvidar. Es decir, de perder su agenda habría perdido prácticamente su cerebro. Pero también ese detalle habla de su capacidad de organización: cada cosa a su tiempo, una detrás de otra y ninguna para más tarde.

¿Todo magnificencia y esplendor? Pues he de reconocer que no. He definido su mirada como inquieta; a veces amable, a veces dura. Es cierto que de la exigencia para consigo mismo sea fácil deducir la exigencia para con los demás; pero esta segunda parte no siempre resulta fácil de transmitir; y si, hasta las 11 de la mañana, casi todo el mundo procuraba eludir el contacto personal, resultaba ser en aras de una mejor convivencia.

¿Alguien recuerda a la dinastía de los Anastasio Somoza, de Nicaragua? Pues Somoza fue, durante un tiempo, su sobrenombre. Y él lo sabía. Y nunca se ha enorgullecido de ello. Y creo que su fuerza de voluntad y su afán de mejora, aún a costa de violentarse a sí mismo, es lo que le ha llevado a corregir la actitud de otrora.

Los profesores tienen alumnos. Los maestros, discípulos. Sus discípulos se extienden desde los campos de refugiados de Palestina, si aún viven y espero que sí, hasta los más diversos países de Sudamérica y el Caribe; sin olvidar, por supuesto la península de la piel de toro y sus archipiélagos. Una gran labor formativa a lo largo de una vida dedicada no sólo a enseñar Cirugía, sino de transmitir una forma de entender la profesión médica como un servicio a quienes acuden a nosotros en busca de ayuda. Dedicación sin límites, sin horarios, sin festivos. Dedicación plena.

No lo conozco en familia, pero sé de su dedicación a ella, de cómo disfruta cuando consigue reunirla en torno a él y su esposa; aunque a veces proteste, pero siempre con la boca pequeña. Y sé de la admiración y cariño de su familia para con él.

De sus amistades la vida le va privando lenta pero inexorablemente. Pero son tantas las que tiene repartidas por todo el mundo que nunca le han de faltar.

¡La mirada amable gana por goleada! ●



Dr. Segade



Dr. Basilio



Dr. Barba

Dr. Carles Pijoan de Beristain

una biografia

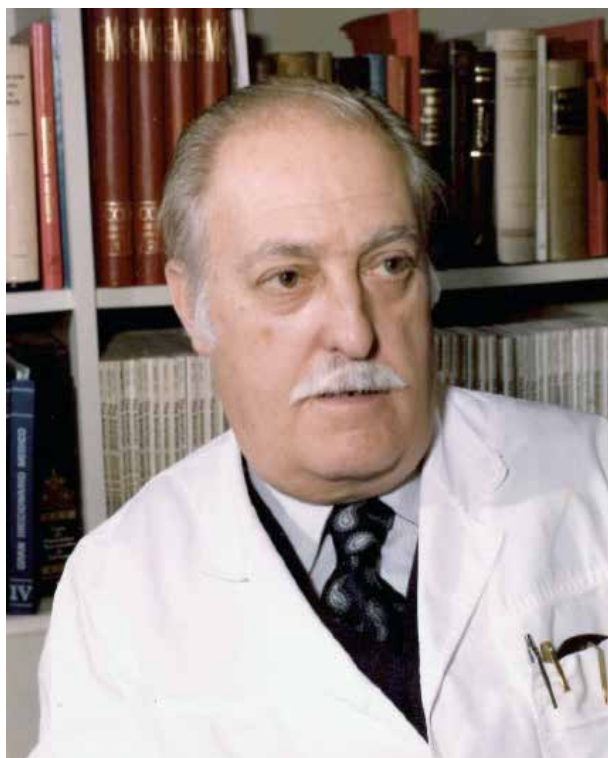
Pol Pijoan Rotgé

Fill del metge Baltasar Pijoan Soteras, fundador de l'Escola d'Infermeria de la Generalitat, i nebot de Josep Pijoan Soteras, conegut historiador de l'art, Carles Pijoan de Beristain acaba el batxiller a l'Institut de Barcelona el 1931 i passa a estudiar a la Facultat de Medicina. La Guerra Civil i el patiment d'una severa tuberculosi fan que interrompi els estudis i no es pot llicenciar fins al 1940. Alumne intern a la Clínica Mèdica A, que dirigeix el professor Agustí Pedro Pons, a l'Hospital Clínic de Barcelona, s'interessa per la Cardiologia. El mateix 1941, entra com a resident a l'Institut de Medicina Experimental, a càrrec de JM Framis de Mena i tot dos, amb pròleg de Pedro Pons, escriuen l'Atlas de introducció a la electrocardiografia.

L'any 1947, Carles Pijoan és ajudant de Joan Codina Altés, cardiòleg responsable de Cardiologia a la Clínica Mèdica B que dirigeix el professor Màxim Soriano a l'Hospital Clínic i cofundador de la Clínica Plató de Barcelona, amb qui prepara la seva tesi doctoral Las derivaciones unipolares del electrocardiograma que llegeix aquest mateix any a Madrid. Codina, esdevé el seu mestre i mentor, així com dels seus condeixebles Ramon Casares Potau i Albert Periz Sagué, amb els qui formen un grup de cardiòlegs de referència a Barcelona.

L'any 1953, Carles Pijoan ingressa a l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona que ha nomenat a Joan Codina responsable del Servei de Cardiologia, que es convertirà en un centre molt productiu en publicacions científiques, sobretot sobre la valvulopatia mitral i aòrtica. Quan, el juny de 1963 mor Codina, Pijoan es fa càrrec del Servei de Cardiologia, on es forma un nombrós grup de cardiòlegs com López Vila, Freixa Teixonera, Cadierno Carpintero, Emeterio Reig, Feliu Antúnez, Julià Roura, Soler Massana, el seu nebot Carles Pons Beristain i el seu fill Pol Pijoan Rotgé. Els anys 1970, a més, Pijoan dirigeix el Servei de Radiologia de la Policlina del Sagrat Cor.

Paral·lelament, Carles Pijoan inicia una intensa activitat en forma de conferències i participació en congressos de l'especialitat. Participa en el I Congrés Nacional de Cardiologia, celebrat a Madrid el 1944 on es funda la Societat Espanyola de Cardiologia (SEC) de la qual n'esdevindrà membre del seu Comitè Executiu l'any 1963. Assisteix a la majoria de congressos de la SEC i, concretament, en el II Congrés Nacional, Pijoan és vocal del comitè organitzador i intervé amb diverses ponències al cos-



Retrat del cardiòleg Carles Pijoan de Beristain al seu despatx professional, anys 1970. [Família Pijoan Rotgé]



Carles Pijoan. Congrés espanyol de Cardiologia, 1962.



Carles Pijoan amb Victor Salleras, als anys 60, al Monestir de Montserrat.

tat de Codina. Intervé en diferents congressos nacionals i internacionals El 1964, presenta el seu treball Los síndromes clínicos post infarto de miocardio al IX Congrés Nacional. Secretari del X Congrés Nacional de l'any 1965, Carles Pijoan organitza un concurs pel disseny del programa, que guanya el pintor català Antoni Tapies. Dos anys després, presideix el Simposi sobre Història Natural de la Pericarditis mentre que, el 1977, ho és del Simposi Internacional sobre Diagnòstic i Tractament de les Arítmies Cardíacues.

President de la Secció de Cardiologia i Angiologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears el bienni 1959- 1960 i compromès amb la professió mèdica, l'any 1970, Carles Pijoan de Beristain perd les eleccions a la presidència del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) davant Joaquim Tornos Solano, però guanya les del 1976, encapçalant un grup de metges proper al sector catalanista, líder de les lluites hospitalàries i defensor de la



Portada de la Reunió Anual de la Societat Espanyola de Cardiologia, dissenyada pel pintor català Antoni Tapias com a guanyador del concurs que convoca el Carles Pijoan de Beristain, secretari del Congrés que se celebra a Barcelona, novembre 1965. [Família Pijoan Rotgé]

sanitat pública: Antoni Mirada, Josep Corominas, Ramon Espasa, Joaquim Ramis, Jordi Mundi, Josep A Curtó, Nolasac Acarin, Xavier Trias, Francesc Fatjó i Ramon Trias Rubiès, qui el succeeix en la presidència l'any 1982, després que Carles Pijoan, greument malalt des del 1980 no es presenta a la reelecció. El mandat col·legial del president Carles Pijoan és remarcable pel debat obert i democràtic que impulsa dins la institució i amb altres societats mèdiques i la mateixa societat catalana alhora que fomenta la catalanització i modernització del Col·legi i les seves Delegacions. Destaca, l'elaboració d'uns Estatuts del COMB, els primers aprovats democràticament després la Guerra Civil. ●



Sopar amb la Dra Roure, Moises Cadierno, Carlos Pijoan i el Dr Coll Robert, anys 70-80.

El Doctor Carles Pijoan i de Beristain, *president de la primera junta democràtica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (1976-1982)*

Dr. Antoni Mirada i Canals

El dia 7 d' Abril de 1976 va tenir lloc l'elecció de la nova junta, i el resultat va provocar un veritable impacte, recollit com a primera notícia per la TV oficial i en els dies següents per tots els mitjans de premsa. Per primera vegada en les eleccions d'una institució espanyola una candidatura anomenada "candidatura democràtica" sortia elegida. Cal recordar que en aquells moments el govern estava presidit per Arias Navarro, que el dictador feia tot just cinc mesos que havia mort, que no existia cap cambra parlamentària escollida, els partits polítics tindrien que esperar l'any 1977 per a poder manifestar-se públicament i amb llibertat (i no tots) i que la Constitució no arribaria fins l'any 1978. La transició política encara era *non nata*. En aquestes circumstàncies, que una candidatura democràtica fos votada majoritàriament obria pas a l'esperança i era tot un succés. El dia de la votació des de les nou del matí s'observava gran animació a la seu col·legial i cap a les tres de la tarda la cua de votants



Conferència del doctor Carles Pijoan de Beristain durant un Congrés Nacional de Cardiologia, anys 1970. [Família Pijoan Rotgé]



Recepció de Jordi Pujol a la primera junta de govern democràtica del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. D'esquerra a dreta: Joaquim Ramis, Xavier Trias, Josep Laporte, Carles Pijoan, Jordi Pujol, Ramon Trias, Antoni Mirada, Josep Curto i Armand Redondo. Palau de la Generalitat. Barcelona. 1980. [Dr. Joaquim Ramis]

s'estenia al llarg del passeig de la Bonanova. Fins dues hores calia esperar per a votar. A la tarda, per assegurar el quòrum que exigien els estatuts aleshores vigents, es va fer una crida per les emissores de radio i van aparèixer molts metges joves (residents majoritàriament) i molts d'ells duien un clavell a la solapa (cal recordar que l'any 1974 a Portugal va tenir lloc la revolució dels clavells). A l'hora de tancar les urnes seguia encara la cua al carrer.

La candidatura democràtica es va gestar molt abans, el setembre de 1975, en unes reunions al club del Col·legi en les que participaren companys demòcrates i catalanistes de tendències molt diverses, ADM (Agrupació Democràtica de Metges), companys vinculats més o menys a alguns partits en clandestinitat (CDC, PSUC), membres de la Mesa d'Hospitals, antics candidats de les eleccions del 70, alguns residents (MIR) i metges que havien participat en les lluites hospitalàries (la primavera del 75 va tenir lloc la llarga vaga els MIR en defensa d'un contracte laboral i del propi programa MIR, i que va acabar aquí a Catalunya amb l'expulsió de 61 metges residents del total de 73 expulsats a tot l'Estat i amb ells un grup de metges d'*staff* de la Vall d'Hebron). Es va aconseguir un consens entre demòcrates catalanistes i òbviament antifranquistes i es va conformar una candidatura sense sospitar la ràpida evolució posterior dels esdeveniments arrel de la mort del dictador. La presidència s'oferí al Dr. Carles Pijoan de Beristain, eminent i respectat cardiòleg en aquell moment director del Servei de cardiologia de



El president del Col·legi de Metges de Barcelona acompanyat del metge i catedràtic d'Història de la Medicina Felip Cid, assisteixen a la XV Mostra Filatèlica que se celebra a Barcelona l'any 1981. [Col·legi Oficial de Metges de Barcelona]

L'Hospital del Sagrat Cor, fill d'un metge il·lustre, el Dr. Baltasar Pijoan Soteras, fundador i primer director de l'Escola d'Infermeria de la Mancomunitat i més tard de la Generalitat, i nebot de Josep Pijoan Soteras, historiador de l'art conegut internacionalment, i home d'acció, ja que de jove va ésser cabdal en la creació de Institut d'Estudis Catalans, en la recuperació del romànic català, i en posar els fonaments del que avui es la Biblioteca de Catalunya i el MNAC. Un demòcrata de socarel, catalanista, de vasta cultura, tolerant i obert, que en tot moment va exercir la presidència amb encert i coratge i consensuant les decisions amb els demés membres de la junta. L'escrutini va durar fins les 4 de la matinada amb el saló d'actes ple de companys i la candidatura democràtica va ésser la guanyadora. El nou president fou Carles Pijoan de Beristain, el vicepresident primer Antoni Mirada, secretari Josep Corominas, vicesecretari Ramon Espasa i tresorer Joaquim Ramis. També va resultar elegit de la candidatura encapçalada per Victor Cónill, Josep. A. Curto en representació dels metges de la Seguretat Social, i pels metges titulars, Jordi Mundi. La manca de quòrum per designar la resta de membres de la Junta va obligar a celebrar una segona volta el 3 de juny. En aquesta ocasió es proclamaren Amand Redondo, de la candidatura de V. Cónill, com a vicepresident segon (comarques) i de la nostra Francesc Fatjó vocal d'assistència col·lectiva, Ramón Trias Rubies, vocal amb més de deu anys d'exercici (el 1982 seria elegit president) i Anna Ribera vocal amb menys de deu anys d'exercici i que es convertí en la primera dona en la història del COMB a ocupar un càrrec a la junta directiva. Un temps més tard Guillem Aresté va substituir a Jordi Mundi i Anna Ribera va deixar pas a Josep Roca a les seves vocalies respectives. També en una fase posterior Alex Darnell va ésser substituït per Xavier Trias Vidal i de Llobatera. Quan Ramón Espasa va ocupar en el govern Tarradellas la conselleria de Sanitat, el seu càrrec a la Junta va restar vacant. Més endavant assistien a les juntes Jordi Gol com a representant de l'Acadèmia de Ciències mèdiques, Nolasac Acarín com a director del Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS) i Ramón Bacardí quan va substituir a

Ramón Espasa en la direcció del Butlletí. En primer lloc, la nova junta pretenia la recuperació democràtica del Col·legi garantint el poder decisor de l'Assemblea de Compromissaris que des d'aleshores es va reunir cada tres mesos per conèixer i donar el vist i plau a totes les decisions importants, es varen crear comissions assessores a cada vocalia, s'organitzaren trobades sectorials i es va donar autonomia en l'organització i administració a les delegacions comarcals i s'en van obrir de noves a Sant Feliu, Mataró-Arenys, Vic i Sabadell. En la recuperació democràtica i la normalització del COMB era fonamental i urgent la seva catalanització. D'immediat es va procedir a restablir el català a les actes, a la denominació de la institució, a la nova retolació de l'edifici, a l'edició del carnet col·legial, al butlletí d'informació col·legial (dirigit per Ramón Espasa) i el restabliment del català en tots els actes públics. Cal destacar l'esforç realitzat per a revitalitzar les seccions i es va crear una assessoria jurídica laboral, la direcció de la qual va assumir Ramon Casares i una bossa de treball. Per tal de posar-los al dia es va iniciar la redacció d'uns nous estatuts del COMB que un cop debatuts foren aprovats per Assemblea. Es va reformar la Comissió Deontològica, la presidència de la qual assumí Moises Broggi i es va procedir a redactar unes Normes Deontològiques que després de ser àmpliament debatudes per Assemblea van ésser aprovades el dia 11 de Juliol de 1978. Especialment conflictius van ésser els apartats referits a la reproducció i la mort, que van motivar una forta contestació per part d'un grup de col·legiats que van adreçar-se fins i tot al President Tarradellas. El text finalment aprovat va representar una posta al dia, equilibrada i alhora valenta i sens dubte la més avançada de l'Estat.



Trobada dels membres de la junta de govern del COMB a casa de Ramon Trias a Cabanelles. D'esquerra a dreta, de peu: l'oficial major Ferran Casas, l'advocat Xavier Fusté i els metges Ramon Espasa, Guillem Aresté, Amand Redondo, Carles Pijoan, Ramon Trias, Josep Corominas i Joaquim Ramis. Asseguts: Xavier Trias, Nolasac Acarín, Francesc Fatjó, Josep Roca. Cabanelles, primavera 1976. [Col·legi Oficial de Metges de Barcelona]

En el terreny de la projecció cívica, la Junta es va implicar en les campanyes encaminades a la consecució d'un Estat de Dret i en defensa dels drets i llibertats ciutadanes (declaració sobre la pràctica de la tortura i els maltractaments als detinguts, protesta per la prohibició de la marxa de la llibertat en la qual va ser detingut i sancionat Joan Co-



Retrat del doctor Carles Pijoan de Beristain, president del COMB del 1976 al 1982 que s'exposa a la Galeria de Presidents del Col·legi de Metges de Barcelona. Autor no identificat. [Col·legi Oficial de Metges de Barcelona]

lomines, adhesió a l'acte per l'amnistia i la llibertat promogut per l'Assemblea de Catalunya, acte de agermanament amb els metges represaliats pel franquisme, i així una extensa llista que es faria massa llarga. El Juliol del 1976 es va crear per part de la Junta, el GAPS (Gabinet d'assessoria promoció de la salut) com una oficina tècnica del COMB, sota la direcció de Nolasc Acarín. El GAPS va néixer en un moment que feia molta falta i durant molt temps va ésser pràcticament en solitari un centre de referència per l'anàlisi i assessorament en temes sanitaris. Exercint una funció vicariant va assessorar, no solament al nostre país, ans també a moltes de les incipients autonomies arreu d'Espanya, va organitzar els primers cursos de salut pública i va dur a terme una sèrie d'informes de gran transcendència (*El metge de capçalera en un nou sistema sanitari, L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya, El medi ambient i la salut, El centre de salut integrat, El risc laboral, El paper del metge en la educació sanitària*, tots ells publicats pel Col·legi i l'editorial Laia en una col·lecció titulada "Salut i Sanitat". Altres informes que també es van publicar són, *L'assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona, Les formes de provisió de places en els establiments sanitaris públics, La formació del postgraduat, Salut i treball*. Tot això abans no es constituís una administració sanitària pròpia. El GAPS va crear un servei de documentació i una biblioteca de consulta i el documentalista fou Joan Clos. Hi havia un Comitè Assessor format per I. Asagó, J. M. Artigues, R. Espasa, J. Gol, J. M. Jaen, H. Pardell, F. Solé Sabarís, i R. Bonal. A nivell de l'Estat ens varem ocupar d'impulsar un canvi democràtic i adaptat a la nova estructura autonò-

mica del Consejo General de Colegios de Médicos. Es va confeccionar un projecte de reforma de la Organización Médica Colegial (OMC) per fer-la més democràtica, sota el signe de la participació i autonomia, desmantellant el corporativisme franquista. Una dura batalla que va durar diversos anys i va passar per fases molt contradictòries per acabar en uns estatuts aprovats el Novembre del 79 i que van ésser molt decebedors per lo qual Junta i Assemblea van acordar abstenir-se de la assistència a les reunions del CG i la retenció de les quotes que li estaven destinades. Paral·lelament, tot i algunes inicials discrepàncies, es van intensificar les relacions amb els altres col·legis catalans i l'any 1981 es va constituir el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya que també havíem impulsat redactant l'avant projecte i que fou discutit al parador de Sau. L'aspecte cultural es tingué molt en compte i un exemple en foren el cicle de conferències sobre la vida i la mort que ompliren el saló d'actes durant el curs 79-80. Hi participaren J. Gol, A. Colodron, J. L. Aranguren, F. Cordon, E. Nàjera i P. Folch Mateu. Posteriorment foren recollides en un llibre. També ens adherirem a la campanya per la restitució del monument al Dr. Robert, i es va participar en el Congrés de Cultura Catalana. Ja abans s'havia donat suport al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà, represa dels congressos emmudits pel franquisme, i en general es va participar en tots els problemes ciutadans que eren motiu de debat. El doctor Pijoan fou un excel·lent president i en tot moment va exercir un paper de directori moderador en les decisions adoptades, buscant sempre el màxim consens i acceptant sempre discutir les discrepàn-



cies en un sentit positiu i mantenint sempre harmonia entre tots. L'any 1979 per raons de salut va tenir que resignar accidentalment les seves funcions en el vicepresident primer per un període proper a any. Posteriorment es reincorporà a la presidència fins a finalitzar el mandat el Maig de 1982. Els quatre col·legis catalans el proposaren l'any 1982 per la Creu de Sant Jordi. ●

En el centenario de un maestro y amigo: *el Dr. Carlos Pijoan de Beristain*

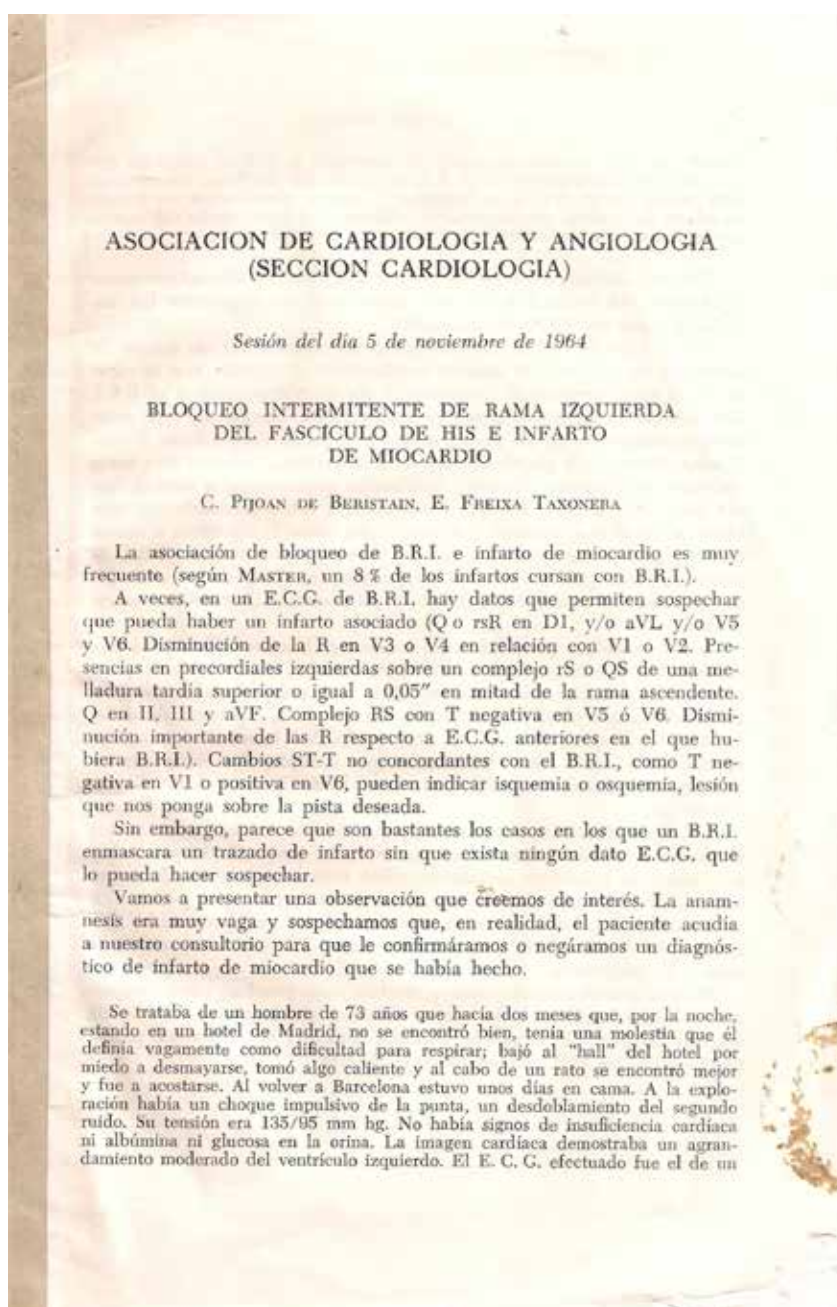
Moisés Cadierno

Al filo del Centenario de su nacimiento, afloran en mi memoria unos recuerdos que estaban como dormidos entre la niebla del tiempo. Admito que siento una evidente tendencia, quizá ineludible necesidad, a redactar unas líneas sobre el amigo que hoy celebramos; una exigencia que me dicta el corazón, y a la que difícilmente puedo sustraerme.

Siempre he pensado que el panegírico de los vivos peca de adulador, e incluso de oportunista. El de los muertos es más generoso, objetivo y desinteresado. Personalmente me dignifica más enjuiciar la memoria de quien ya no está con nosotros que el laudatorio (a veces con resultados gratificantes, producto del pago a la vanidad del halago), del integrado en la legión de los vivos.

Al Dr. Pijoan jamás dediqué, públicamente, unas letras de lisonja a su persona. Con disimulada sorna, me decía hace años: "Sé que me quieres, pero espero que no tengas que elogiarme cuando se publique mi esquela". Ahora que no puedo complacer sus oídos con la justa admiración y cariño que le profesaba, me veo en la imperiosa necesidad de evocar su recuerdo en el Centenario de su nacimiento, quizá torpemente, pero con el mayor sentimiento.

Hace más de cincuenta años que conocí al Dr. Pijoan. Dictaba entonces aquellas enseñanzas a las que tantos cardiólogos de mi época debemos la mayor parte de nuestra formación profesional. Las recuerdo nostálgicamente, demasiado alejadas por el tiempo y el lugar donde las aprendí.



Cuando vuelvo la vista atrás, me parece imposible el que se pudiera aprender tanto desde un servicio con tan pobres recursos, con escasas camas en aquel viejo Hospital del Sagrado Corazón, si medios generosos de exploración, y con el auxilio de un viejo electrocardiógrafo y de una primitiva instalación de radiodiagnóstico que engendraba, a menudo, como una tormenta de magia con más truenos que rayos. Pero el generoso desinterés y la ilusionada vocación del inolvidable Maestro, salvaban todas las dificultades.

Cuentan que cierto famoso cirujano francés, al suplicarle una alta dignidad eclesiástica cuidados más escrupulosos que los que dispensara a los enfermos benéficos, respondió vivamente: “Eminencia, trato a todos mis enfermos de hospital como si fueran Arzobispos de París”. El Dr. Pijoan podía suscribir la afirmación todavía más eficiente y provechosa de que todos sus pacientes, vulgares o selectos, pobres o ricos, fueron siempre “sus” enfermos. Con unos y con otros prodigó a manos llenas cuidados y afectos, inmejorable asistencia médica y humanos consuelos. Lección de la que también aprendimos un conocimiento de particular eficacia, que en la Medicina hay algo que vale tanto y que hasta parece más útil que la propia Ciencia, la Bondad, acaso porque el bien es hermano de la sabiduría.

Su vitalismo se recreaba en la amistad, pensando, como Cicerón, que “vivir sin amigos no es vivir”. El Pijoan Maestro supo inculcar a sus discípulos el amor al trabajo como única ruta honesta en el ejercicio de la más humana de las profesiones. Y así logró enseñar, estudiando él constantemente, que la única línea de conducta para el desempeño de nuestra profesión es la de “ser estudiante toda la vida”.

Logró ser un Cardiólogo en toda la acepción de la palabra. Pocas palabras escapaban a su dominio, y éstas, sabía rechazarlas, fiel a unos principios éticos de no inmiscuirse en campos en que no se sentía con total dominio resolutivo. Decir que enseñó Cardiología como nadie es la pura verdad, de la que somos permanentes voceros cuantos escuchamos con asiduidad sus enseñanzas (Alberto Periz, Ramón Casares Potau, Josep López Vila, Emeterio Reig, Feliu Antunez, Josep María Soler, Julia Roure, José María Galván, Carlos Pons y muchos más que tendrán que disculpar mi memoria).

Su espíritu asomaba a unos ojos vivos, brillantes, escudriñadores; unos ojos inquisitivos que admitían siempre la posible razón del interlocutor como si supiera que, en lo humano, nada absoluto existe en las propias y ajenas razones. Eran los ojos de un filósofo que conoce a fondo los misterios de la sístole y la diástole, el sincronismo de los dos grandes ríos que conducen el canal de nuestra vida. Eran los ojos de un Médico cuya filosofía fue naciendo entre cama y cama de esa gran escuela que se llama Hospital.



bloqueo completo de rama izquierda. Al registrarse la V 6 se comprobó que los complejos característicos del B. R. I. desaparecieron de forma intermitente. Esto motivó que el E. C. G. se registrase de nuevo, obteniéndose un trazado de infarto anteroseptal que afectaba probablemente al tercio medio del septum por la desaparición de la r en V 1 y V 2.

Tal caso nos indica que, si no hubiese desaparecido intermitentemente el bloqueo, nos podía haber pasado inadvertido un diagnóstico tan importante como un infarto de miocardio.

En un caso de B. R. I., sospechemos o no clínicamente un infarto de miocardio, es conveniente intentar bradicardizar el corazón con la esperanza de hacer desaparecer, aunque sólo sea momentáneamente, el B. R. I. Esto a veces se logra con la respiración profunda, presión del seno carotídeo o compresión de los globos oculares, o dando drogas como Neostigmina, Reserpina o gluconato cálcico. Si se consigue alcanzar esta meta, podremos registrar complejos con conducción intraventricular normal, que nos permitirán ampliar nuestros conocimientos sobre el estado del miocardio y, en el caso concreto que nos ocupa, sobre la existencia o ausencia de signos de necrosis o isquemia. Si en un paciente con B. R. I. se presentan extrasístoles, a veces éstos pueden indicar Q de necrosis que no existe en los complejos de B. R. I., y así podemos diagnosticar infarto asociado.

Si las maniobras para hacer desaparecer el bloqueo fallan y no hay extrasístoles, o éstos no indican necrosis, entonces es conveniente practicar E. C. G. frecuentes en caso de B. R. I. para comprobar las pequeñas variaciones a que antes hacíamos referencia o con la esperanza de poder registrar un bloqueo intermitente. Otra posibilidad interesante es la desaparición del B. R. I. con el tratamiento (por ejemplo, al mejorar una insuficiencia cardíaca), y así, si existe un infarto, aparece el E. C. G. característico.

No hemos de olvidar, sin embargo, que muchos son los pacientes que tienen un B. R. I. sin haber un infarto asociado, pero vale la pena efectuar todas las maniobras antedichas, sobre todo cuando exista la menor sospecha clínica para desenmascarar los casos en los que pudieran ir asociadas las dos afecciones, como en nuestra observación presentada. Esto sería especialmente cierto en los sujetos con B. R. I. y sin otra evidencia clínica de cardiopatía.

Es una contraindicación relativa efectuar estas pruebas, como compresión del seno carotídeo, a los viejos, enfermos graves o con insuficiencia vascular cerebral y siempre que los datos clínicos y de laboratorio permitan asegurar, sin más, el diagnóstico de infarto.

El Dr. Pijoan producía físicamente la sensación de escudriñar la semilla de la vida, como la escudriña el labriego para lanzarla a la sementera. A su vez, su enorme contenido humanístico y cultural le nimbaba con ese aura especial al que Unamuno aludía en “Don Quijote y Sancho”.

Había en él una cierta inquisitividad que impresionaba. No hizo misterio de su ciencia, sino claridad. Por ello sus discípulos saben lo que le deben y son como razones vivientes de su permanencia en el recuerdo.

Uno de los hombres más vitalistas que he conocido. Con Carlos Pijoan he hecho realidad la sentencia de aquel pensador calvinista del siglo XVII, Pierre Bayle: “Un hermano es un amigo que nos da la naturaleza; un amigo es un hermano que nos da la sociedad”. He tenido la inmensa fortuna de que un amigo se transformara en un hermano, y hoy celebrar el Centenario del nacimiento de ese hermano y Maestro.

Que empiece ahora otro siglo de eternidad para el Dr. Carlos Pijoan de Beristain. ●

Les primeres eleccions democràtiques al Col·legi de Metges de Barcelona¹

Comité de Redacció dels Annals del Sagrat Cor

El set d'abril de 1976 es van celebrar al COMB les primeres eleccions democràtiques. La candidatura del Dr. Carles Pijoan va aconseguir la majoria de vots en unes eleccions que es recorden com a úniques, ja que la participació va ser extraordinària i les "cues sortien al carrer", com recorda el Dr. Miquel Bruguera, president del COMB entre 1994 i 2010.

Un total de 9.462 de col·legiats va acudir a les urnes per escollir entre sis candidatures ben diferents. Finalment va guanyar la que portava com a eslògan principal la catalanització del Col·legi, encapçalada pel Dr. Carles Pijoan.

MEMBRES DE LA JUNTA

Dr. Carles Pijoan	President
Dr. Antoni Mirada	Vicepresident 1 (en 1979 va assumir la presidència accidental per malaltia del Dr. Pijoan) ^{1 2}
Dr. Josep Corominas i Busqueta	Secretari
Dr. Ramon Espasa i Oliver	Vice-secretari
Dr. Joaquim Ramis I Coris	Tresorer
Dr. Josep A. Curtó	Vocal SOE
Dr. Jordi Mundí	Vocal del metges titulars
Dr. Ramon Trias i Rubies	Vocal de metges d'exercici lliure

Les iniciatives que van marcar aquest mandat (1976-1982) van ser la renovació democràtica, l'adaptació als canvis de la transició i la **catalanització**.

En aquest sentit, la Junta del Dr. Pijoan va instaurar la cooficialitat de les dues llengües (català i castellà) i va restablir l'ús del català en les actes. Es va catalanitzar la denominació de la Institució i els rètols de l'edifici, així com la titulació i retolació de la revista col·legial i l'edició del carnet de col·legiat.



Equip del Servei de Cardiologia de l'Hospital del Sagrat que dirigeix el doctor Carles Pijoan de Beristain, assegut i envoltat del seus col·laboradors. D'esquerra a dreta, els metges: Nadim Aboudan, Feliu Antunez Seguí, Enric Emeterio Reig, Carles Pons de Beristain -nebot de Carles Pijoan- i Josep Maria Soler Masana. Amb ells, la infermera Mercè i la secretària Maria José. Barcelona, c. 1975. [Família Pijoan Rotgé]

DR. MIQUEL BRUGUERA, CRÒNICA D'UNS MOMENTS EXCEPCIONALS²

En aquelles eleccions s'havien presentat cinc candidatures, encapçalades per metges destacats, com el cirurgià Miquel Molins Benedetti, el ginecòleg Manuel Carreras Roca, el catedràtic de Ginecologia, Victor Conill, l'apòstol del cooperativisme mèdic, el Dr. Josep Espriu Castelló, i l'esmentat Carles Pijoan. Van ser unes eleccions renyides i la candidatura del doctor Pijoan va ser la que va tenir més vots. El Dr. Ramón Trias era llavors un cirurgià destacat. Fill del professor Joaquim Trias i Pujol i deixeble del Dr. Joan Puig Sureda, era professor titular de cirurgia de la Universitat Autònoma de Barcelona i responsable de la cirurgia digestiva de l'Hospital de Sant Pau, on tenia un gran prestigi per ser pioner en la cirurgia de la hipertensió portal. La junta presidida pel Dr. Pijoan, en la que el doctor Ramón Trias era el vocal d'exercici lliure, estava composta per metges amb força prestigi professional. Va fer una feina de catalanització del Col·legi de Metges de Barcelona molt no-

¹ <https://blogcomb.cat/2010/11/25/34-anys-de-democracia-al-col%C2%B7legi-de-metges-de-barcelona/>

² Bruguera M. El Dr. Ramon Trias i Rubiés, un President exemplar del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Gimbernat, 2012 (***) vol. 58; 227-232. <http://www.comb.cat/Upload/Documents/6727.PDF>

table. Aquesta junta va tenir una projecció social i dins de la professió considerable, ja que membres molt destacats, com els Drs. Ramon Espasa i Nolasc Acarín, van tenir un paper determinant en la confecció del mapa sanitari de Catalunya.

L'any 1982, acabat el mandat de la junta del doctor Pijoan, hi tornen a haver eleccions al Col·legi de Metges. En aquella contesa electoral hi havia dues candidatures en joc: la que presidia el doctor Mirada, el vicepresident de la junta anterior, i la encapçalada pel doctor Ramón Trias. El doctor Trias, que va guanyar per una majoria considerable i va ser president (1982-1994)³. Va morir l'any 2012

EL GAPS⁴

La creació del GAPS, a l'octubre de 1976, va ser una de les primeres decisions que va prendre la Junta del Col·legi de Metges de Barcelona presidida per el Dr. Carles Pijoan.

Aquesta iniciativa volia ser la continuació dels esdeveni-

³ https://www.facebook.com/permalink.php?id=173813755966175&story_fbid=171916352941284

⁴ http://www.caps.cat/images/stories/caps/memoria_25anys_assemblea09.pdf

ments sanitaris succeïts en anys anteriors a Catalunya, com al setembre del mateix 1976 a Perpinyà la celebració del Xe Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana, amb la seva importantíssima i novedosa segona ponència "La Funció Social de la Medicina" i més tard la cloenda del procés de discussió i participació de "L'àmbit d'estructura Sanitària del Congrés de Cultura Catalana".

Aquests esdeveniments unitaris i d'àmplia repercussió en el món sanitari, anaven configurant la sanitat que volíem en la nova democràcia. El GAPS va durar de 1976 al 1982, amb una Junta nomenada pel Col·legi de Metges i constituïda per: Nolasc Acarín. President Josep Martí. Secretari Felip Soler Sabaris Jordi Gol Ramon Espasa. Fins el seu nomenament com a Conseller de Sanitat Ignasi Aragó Josep Artigas Helios Pardell Josep M^a Jaen Ramon Bacardí Raimon Bonal. Substituït a l'any per Jesus Marcos.

Posteriorment es varen integrar a la Junta: Joan Clos Jaçint Reventos Andreu Segura I com a col·laboradors i responsables de línees de treball: J.M^a Antó, Elisabet Jané, Josep Cuervo, Elisa Seculi, Raimon Belenes, Mercè Casas, Elvira Mendez, Ricard Gutierrez, Dolors Capella, Gloria Arbonès, J.M^a Casanelles, i portant la secretaria del GAPS la Nuria Agell. ●

Dr. Pijoan al cor

Dr. Carles Pons de Beristain

Nebot i Cardiòleg

No temis la mort, sinó la vida no aprofitada

Ja fa molts anys que el Dr. Pijoan de Beristain ens va deixar, tanmateix el seu llegat inunda constantment a tots els que el vam conèixer.

Per un seguit de raons familiars que ningú ja recordava amb precisió, no el vaig tractar fins que era prop de la seixantena.

Em vaig trobar un home fort, radiant, agut, que parlava un francès com si hagués nascut a Perpinyà, un anglès fluid com si llegís a Yeats i explicava llargs acudits en alemany de molt difícil comprensió per nosaltres pobres mortals bilingües.

No era culte per el molt que sabia, sinó per les moltes coses que l'interessaven. Amb tot, no tenia problemes per esgronar el reguitzell dels reis de la Casa d' Àustria, amb les seves interminables esposes i amants.

Tot i que el cor no es més que un vas modificat, no tinc millor racó on guardar el seu record. No tan sols em va ensenyar Cardiologia, sinó que me la va fer estimar, em va empenyar a marxar a França a ampliar estudis, sempre va tenir

un mot de suport i malgrat el seu posat una mica eixut, traspuava afecte i inclús en ocasions, se li descosia la tendresa.

Malgrat aix. tot sent a militar en la curiositat universal,ó, la seva millor lliçó no va raure a l'ECG ni en el Cor Pulmonale. Amb ell vaig aprendre a gaudir buscant el coneixement, a que la vida s'ha de viure intensament en totes les seves vessants i que es pot ser un fantàstic professional de la medicina, sense renunciar a cap experiència enriquidora.

Va patir, catalanista i republicà, una generació marcada per el Cop d'Estat del 36, la Guerra Incivil i una dura postguerra que li va negar la identitat i el passaport. Amb tot aixó i una tuberculosi pulmonar habitual per l'època, va viure durant anys, una mena d'exili interior que tant li feia esculpir en fusta, magnífiques figures romàniques de Crist creu-clavat, com convertir-se, juntament amb el seu mestre, el Dr. Codina-Altés, en els veritables forjadors de la Cardiologia a Catalunya.

Un agnòstic com jo, no li podia desitjar a un altre agnòstic com ell que descansés en pau. Tots dos dubtàvem que després de aquest enigmàtic i commovedor procés de la mort , hi hagués descans o pau , però sí que li voldria dir Dr. Pijoan, home sagaç i salaç, que segueixo guardant el seu record. ●

L'Hospital Universitari del Sagrat Cor conjuntament amb el Col·legi de Metges de Barcelona presenta la sessió científica

Dr. Carles Pijoan de Beristain

l'home, el cardiòleg, el personatge

Dijous, 2 de juny de 2016. 12 hores
Sala d'actes 7ª planta. Hospital Universitari del Sagrat Cor

En memòria del que va ser Cap de Servei de Cardiologia de l'Hospital del Sagrat Cor
i President del Col·legi de Metges de Barcelona durant la transició

Moderador: **Dr. Miquel Balcells**. Cap de Servei de Neurologia de l'Hospital del Sagrat Cor (1974)
i Director de l'Hospital del Sagrat Cor (1990-1994)

Inauguració de l'acte. **Dra. Noemí Pou i Ribalta**, directora de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor

“L'Home i el Cardiòleg”. **Dr. Pol Pijoan i Rotgé**, cardiòleg i fill del Dr. Carles Pijoan de Beristain.

“El Dr. Pijoan en un temps de canvis”. **Dr. Antoni Mirada i Canals**,
Vice-President del Col·legi de Metges en la Junta presidida pel Dr. Pijoan (1976 al 1982)

“El President del Col·legi”. **Dr. Miquel Bruguera**, president del Col·legi de Metges de Barcelona (1994-2010)



Amb la participació dels metges del Servei de Cardiologia del Servei del Dr. Pijoan de Beristain

